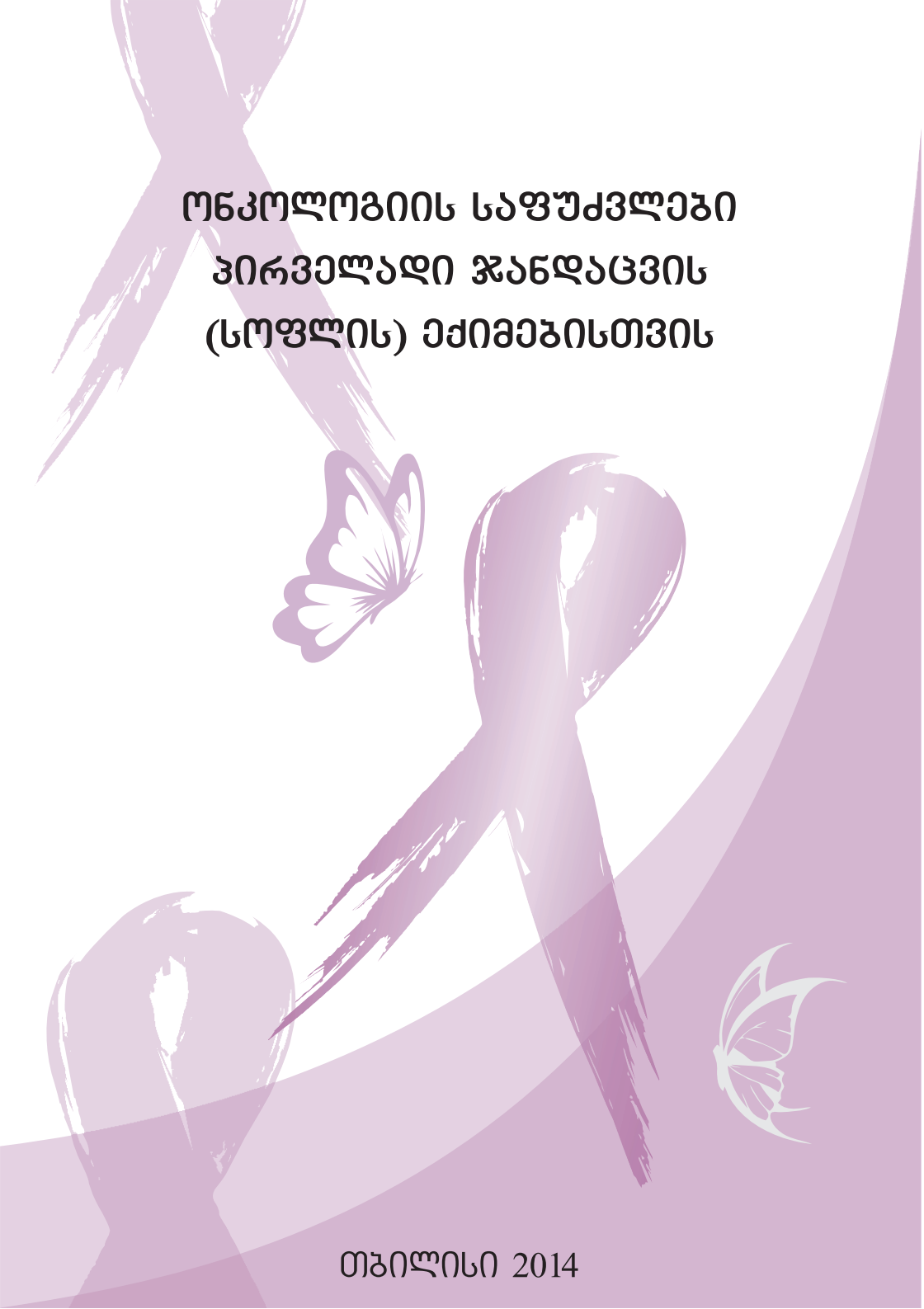
ონკოლოგიის საფუძვლები პირველადი ჯანდაცვის (სოფლის) ექიმებისთვის



თბილისი 2014

ონკოლოგიის საფუძვლები
პირველადი ჯანდაცვის
(სოფლის) ექიმებისთვის

CZECH REPUBLIC
DEVELOPMENT COOPERATION

CANCER PERVENTION CENTER

Caritas Czech Republic

TANADGOMA
თანადგომა

თბილისი 2014

ონკოლოგიის კურსი პირველადი ჯანდაცვის (სოფლის) ექიმებისა და ექთნებისთვის

ზუგდიდი, 2014

CZECH REPUBLIC
DEVELOPMENT COOPERATION

CANCER PERVENTION CENTER

Caritas Czech Republic

TANADGOMA თანადგომა

წინამდებარე ბროშურა მომზადებულია პროექტის ფარგლებში „ონკოლოგიის სფეროში სოფლის ამბულატორიის სამედიცინო პერსონალის განათლება“, რომელიც ხორციელდება ორგანიზაციების „კარიტასი - ჩეხეთის რესპუბლიკა“ და „ონკოპრევენციის ცენტრი“, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრის „თანადგომა“ თანამშრომლობითა და ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით.

ბროშურა განკუთვნილია ზუგდიდის სოფლების პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისთვის, რომლებმაც ა.წ. ოქტომბერ-ნოემბერში პროექტის ფარგლებში გაიარეს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესიული საბჭოს მიერ აკრედიტებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა „ონკოლოგიის კურსი პირველადი ჯანდაცვის სფეროს ექიმებისთვის“, კიბოს კონტროლის, პრევენციისა და ადრეული დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, რეაბილიტაციის და პალიატიური ზრუნვის საკითხებზე.

ტრენინგს უძღვებოდნენ ონკოლოგიის დარგში წამყვანი ჩეხი და ქართველი ექსპერტები ლუბომირ სკოპალი და კატარინა კუბაჩკოვა, რემა ღვამიჩავა და იოსებ აბესაძე, რომლებმაც ტრენინგის თემატიკის შესაბამისად შეიმუშავეს წინამდებარე ბროშურა.

პროექტის შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის შეგიძლიათ ეწვიოთ ჩეხეთის კარიტასის ვებ-გვერდს
http://svet.charita.cz/en/
ან დაგვიკავშირდეთ მობილურზე +995 593 314504
ონკოპრევენციის ცენტრი +995 599 900319

სარჩევი:

- კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 5
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი პრევენცია..... 7
- ონკოლოგიურ დაავადებათა მეორადი პრევენცია: ადრეული გამოვლენა, სკრინინგი..... 9
- ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სამსახურის პრიორიტეტების განსაზღვრა..... 12
- კიბოს ეტიოლოგია..... 15
- ძუძუს კიბო..... 16
- საშვილოსნოს ყელის კიბო..... 18
- ფილტვის კიბო..... 20
- წინამდებარე ჯირკვლის (პროსტატის) კიბო..... 21
- კუჭის კიბო..... 22
- კოლო-რექტული კიბო..... 24
- თავისა და კისრის სიმსივნეები..... 25
- ფარისებრი ჯირკვლის კიბო..... 26
- ლეიკემია..... 26
- კიბოს მკურნალობის პრინციპები..... 27
- ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია/ მკურნალობა..... 34
- ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა..... 36

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია

ჯანმო-ს მონაცემებით, მსოფლიოში ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის მაჩვენებელი 2020 წლისათვის 20 მლნ. გადააჭარბებს. ხოლო სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მიაღწევს 12 მლნ.

საქართველოში კიბოს ახალი შემთხვევა წელიწადში 7.000-ს აღწევს, ხოლო ლეტალობა – 4.370, მ.შ. 2500 დიაგნოზის დადგენიდან I წელს.

სტატისტიკურად ჩვენს ქვეყანაში ყოველ დღე დაახლოებით 20-ს, ანუ ყოველ 1 საათში 1 ადამიანს უდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი! ყოველ დღე იღუპება 12 კიბოთი დაავადებული ადამიანი!

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით კიბოს ინციდენტობა პირველადი პრევენციის ღონისძიებების გატარებით შესაძლოა შემცირდეს 30%-ით. თუმცა, რადგანაც პირველადი პრევენციის შედეგებს ხანგრძლივი დროის შემდეგ უნდა ველოდოთ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, უკვე დაავადებულ ადამიანებს დროულად დავუსვათ დიაგნოზი. კიბოს ადრეული გამოვლენა და დროული მკურნალობა კონტროლის თვალსაზრისით სწრაფი წარმატების საშუალებაა.

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის პროფესიონალური ორიენტაცია ეფუძნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებას, მოიცავს ღონისძიებათა ერთობლიობას და გულისხმობს ონკოლოგიის სხვადასხვა სფეროში მომუშავე პროფესიონალთა კოორდინირებულ მოქმედებას, რათა მიღებული იქნას მაქსიმალური შედეგი.

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის ძირითადი მიზნებია:

-კიბოს კონტროლის თვალსაზრისით ქვეყანაში არსებული სიტუაციის შეფასება;

-კიბოს კონტროლის მრავალმხრივი სტრატეგიის დაგეგმვა;

- პრიორიტეტული ღონისძიებების და მიღწევადი მიზნების განსაზღვრა კიბოს კონტროლის სხვადასხვა მიმართულებით - პრევენცია, ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი, დიაგნოსტირება, სპეციფიკური და პალიატიური მომსახურება და რეაბილიტაცია;

- ეპიდზედამხედველობა და პოპულაციური რეგისტრის ფუნქციონირება.

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის სპეციფიური მიზნებია:

- ონკოლოგთა და ოჯახის/სოფლის ექიმთა/ექთანთა სწავლება ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-O) დანერგვის მიზნით;
- მუშაობა ონკოლოგებთან და ოჯახის/სოფლის ექიმებთან/ექთნებთან ონკოლოგიურ პაციენტთა შესახებ სტანდარტული და დროული ინფორმაციის მოწოდების თვალსაზრისით;
- სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის ზრდის პარალელურად კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლინების თვალსაზრისით არსებული დინამიკის შეფასება;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მოწოდების კონტროლი (პერიოდულად შემთხვევების აქტიური მოძიება).

ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი პრევენცია

პირველადი პრევენცია კიბოს ეფექტური კონტროლის მნიშვნელოვან მიდგომას წარმოადგენს. ყველა ძირითადი რისკ-ფაქტორის კონტროლის გზით, ონკოლოგიურ დაავადებათა სიკვდილიანობის 40%-ის პრევენცია არის შესაძლებელი (Cancer Control, Knowledge into Action, Prevention, WHO, 2007). სამეცნიერო კვლევებით დასტურდება უდავო კავშირი ცხოვრების წესსა და კიბოს განვითარებას შორის. ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვად რისკის ფაქტორებს შორის გამოყოფენ:

- თამბაქოს მოხმარებას, რომელიც მსოფლიოში ყოველწლიურად პასუხისმგებელია კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის 1.5 მილიონი შემთხვევაზე;
- ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებას - სიკვდილიანობის 351 000 შემთხვევა;
- ჭარბ წონას, სიმსუქნესა და დაბალ ფიზიკურ აქტივობას კიბოს სიკვდილიანობის 274 000 შემთხვევით.

სხვა მართვადი რისკ-ფაქტორებია მზის სხივების პირდაპირი ზემოქმედება ხანგრძლივი დროის მანძილზე, კანცეროგენებით ზემოქმედება სამუშაო ადგილზე და საცხოვრებელ გარემოში, ზოგიერთი ინფექციური აგენტი (ადამიანის პაპილომა ვირუსი, ჰეპატიტიB -ს ვირუსი). კიბოს პრევენცია ადმიანებს იცავს დაავადების მძიმე გამოსავალისგან: ჯანმრთელობის შერყევა და ადრეული სიკვდილობა, ხარისხიანი სიცოცხლის წლების შემცირება, ძლიერი ტკივილი, შემცირებული შემოსავალი და მკურნალობაზე დახარჯული დიდი თანხები.

პირველად პრევენციას მოქმედების ფართო სპექტრი გააჩნია, რადგანაც კიბოს რისკის ფაქტორთა უმეტესობა საერთოა სხვა არაგადამდები დაავადებებისთვისაც. პირველადი პრევენცია აერთიანებს სხვადასხვა ღონისძიებებს, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და პრევენციულ პროგრამებს, რომლებიც ფოკუსირებულია მართვად რისკის ფაქტორებზე და დაკავშირებულია ცხოვრების ჯანსაღი

წესის დამკვიდრებასთან, ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო საცხოვრებელი და სამუშაო გარემოს ფორმირებასთან.

პირველადი პრევენციის მიზნით შემუშავებული სტრატეგიები მოიცავს:

- საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება ძირითად მართვად რისკის ფაქტორებსა (თამბაქო, ალკოჰოლი, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, ჭარბი წონა, სიმსუქნე) და კიბოს შორის არსებული მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების შესახებ;
- სამედიცინო პერსონალის ხვედრითი წილის გაზრდა, რომლებიც საკუთარ პაციენტებს გაუწევენ კონსულტაცია/ რეკომენდაციებს კიბოს პირველადი პრევენციის შესახებ;
- თამბაქოს მოხმარების, ალკოჰოლის მავნე ზემოქმედების, არასწორი კვების, დაბალი ფიზიკური აქტივობის, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის კონტროლის ღონისძიებების დანერგვა შესაბამისი ეროვნული სტრატეგიების სამოქმედო გეგმის მიხედვით;
- თამბაქოს და ალკოჰოლის მავნე ზემოქმედების მქონე ადამიანთა რიცხვის შემცირება;
- ჭარბი წონის და სიმსუქნის პრევალენტობის შემცირება;
- ფიზიკური აქტივობის გაზრდა ბავშვებში, მოზარდებში, ახალგაზრდებსა და მოზრდილებში;
- თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მსურველთათვის ხელშეწყობა;
- თამბაქოს მოხმარების დაწყების საწინააღმდეგო ღონისძიებების განხორციელება;
- კიბოს ოჯახური ანამნეზის ან გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე პაციენტთათვის სპეციფიკური პრევენციული რეკომენდაციების პაკეტის შექმნა და დანერგვა.
- ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ინფექციური აგენტების მონიტორინგი.

სამედიცინო პერსონალის მონაწილეობა პაციენტთა კონსულტირებაში.

სტრატეგიის განსახორციელებლად აუცილებელია:

- სამედიცინო პერსონალის ხვედრითი წილის გაზრდა, რომლებიც საკუთარ პაციენტებს გაუწევენ კონსულტაცია/ რეკომენდაციებს კიბოს პრევენციის შესახებ:
- ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების, ექთნების განათლება კიბოს განვითრების ხელშემწყობი რისკის ფაქტორების და პაციენტთა კონსულტირების შესახებ;
- საგანმანათლებლო მასალების, საკომუნიკაციო გზავნილების რეგულარული მიწოდება პაციენტთა კონსულტირებაში ჩართულ ექიმებისა და ექთნებისადმი;
- პჯდ რგოლის ექიმების, ექთნების ჩართულობის გაზრდა კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდის თვალსაზრისით;
- კიბოს დიაგნოზთან დაკავშირებული სტიგმის დაძლევა როგორც სამედიცინო პროფესიონალებში (ექიმი, ექთანი), ისე საზოგადოებაში;
- მუშაობა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან ხარისხიანი პროგრამების დანერგვის მიზნით, რომლებიც უზრუნველყოფენ იმ პაციენტთა რიცხვის ზრდას, რომლებმაც მიიღეს ჯანმრთელობის შეფასება და ცხოვრების წესთან დაკავშირებული ქცევების შესახებ კონსულტაცია.

ონკოლოგიურ დაავადებათა მეორადი პრევენცია

კიბოს სკრინინგი

ონკოლოგიურ დაავადებათა უმეტესობის მკურნალობა ბევრად წარმატებულია, თუ მათი დიაგნოსტირება მოხდება ადრეულ სტადიაზე. ადრეული გამოვლენა ნიშნავს დაავადების აღმოჩენას (დიაგნოზის დადგენას) ადრეულ სტადიაზე, როცა განკურნების შანსი მაღალია (მაგ., საშვილოსნოს ყელის, ძუძუსა და კოლორექტალური კიბოს

დროს). სკრინინგული პროგრამებით კიბოთი ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირების მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მიზნობრივი პოპულაციის მოცვა მაღალია, კერძოდ, არანაკლებ 70%-ის ამასთან, სერვისები უნდა იყოს ხარისხიანი და კოორდინირებული.

კიბოს სკრინინგის თვალსაზრისით არსებული ბარიერების აღმოფხვრის გზები:

- კიბოს სკრინინგის რეგიონალური ცენტრების დაარსება (სამეგრელო, იმერეთი, აჭარა, კახეთი);
- სკრინინგ-ცენტრებისადმი შეზღუდული ხელმისაწვდომობისას მიზნობრივი პოპულაციის ორგანიზებული ტრანსპორტირება აღნიშნულ ცენტრებში და/ან მობილური ჯგუფების მივლინება გეოგრაფიულად დაშორებულ ტერიტორიებზე, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში;
- სკრინინგული მომსახურებისთვის გაზრდილი სამუშაო საათების შეთავაზება.

მიზნობრივი პოპულაციის მონაწილეობის (მოცვის) მაჩვენებლების გაზრდა

- სკრინინგის ეფექტურობის შესახებ საგანმანათლებლო კამპანიების დანერგვა და განვითარება, რომლებიც მიმართული იქნება როგორც ფართო მასებისკენ, ასევე მაღალი რისკის პოპულაციისკენ;
- თემის მობილიზაციის ეფექტური მეთოდების დანერგვა;
- სკრინინგის შესახებ საგანმანათლებლო კამპანიებსა და კიბოს ადრეულ გამოვლენაში ჯანდაცვის პირველადი რგოლის და ოჯახის ექიმთა ჩართულობის გაზრდა;
- გამოცდილი პროფესიონალებით დაკომპლექტებული სკრინინგის მობილური ჯგუფების დახმარებით სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის პოპულარიზაცია სოფლის მოსახლეობაში;
- პირველადი ჯანდაცვის ექიმების კომპეტენციების ფარგლებში, მათი პრაქტიკული ჩართვა სკრინინგის ეროვნულ პროგრამაში;
- გამოცდილი პროფესიონალებით დაკომპლექტებული სკრინინგის მობილური ჯგუფების დახმარებით სოფლის ექიმებისა და ექთნების ე.წ. on-the-job-training-ების განხორციელება;
- ავტორიტეტული პირებისა და კიბოსგან „გადარჩენელთა“ (გამარჯვებულ ქალთა კლუბი) მიერ სწორი მესიჯების მიწოდება მოსახლეობისათვის კიბოს სკრინინგის აუცილებლობის შესახებ;
- შეხსენების სისტემის დანერგვა, რომელიც რეკომენდებული ასაკის დადგომისას ან განსაზღვრული ინტერვალის გავლის შემდეგ მიზნობრივ პოპულაციას შეახსენებს სკრინინგული კვლევის შესახებ.

კიბოს სკრინინგის ხარისხის, ეფექტურობის და (დადებითი შედეგის შემთხვევაში) მეთვალყურეობის სერვისების გაზრდა

- ოჯახის და ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმთა წახალისება მათ უბანზე მოცვის მაღალი მაჩვენებლების მიღწევისას;
- სკრინიგის მიზნით გამოყენებული ლაბორატორიული კვლევის მეთოდების მუდმივი განახლება არსებული რეკომენდაციების შესაბამისად;
- სკრინინგის მიზნით საჭირო აპარატურის (ციფრული მამოგრაფები, კოლონოსკოპები და სხვ.) განახლება.

სკრინინგ პროგრამები და მათი სამიზნე ჯგუფების ასაკობრივი კრიტერიუმები:

- ძუძუს კიბოს სკრინინგი – 40–70 წწ;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი – 25–60 წწ;
- კოლორექტული (მსხვილი და სწორი ნაწლავი) კიბოს სკრინინგი – 50–70 წწ;
- პროსტატის კიბოს სკრინინგი – 50–70 წწ;

სკრინინგის ეროვნული პროგრამის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა:

• სკრინინგის ეროვნული პროგრამა ვრცელდება საქართველოს ყველა მოქალაქეზე და პრაქტიკულად ხელმისაწვდომია მთელი საქართველოს მასშტაბით.

დამატებითი ინფორმაცია სკრინინგის პროგრამების შესახებ შეგიძლიათ მიიღოთ შემდეგ ნომერზე:
ეროვნული სკრინინგ ცენტრის ცხელი ხაზი:
220 35 35
http://gnsc.ge/

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სამსახურის პრიორიტეტების განსაზღვრა

არსებითი მნიშვნელობა აქვს პრიორიტეტების განსაზღვრას, რადგან მატერიალური რესურსები არასდროს იძლევა ჯანდაცვის ყველა მოთხოვნის დაკმაყოფილების საშუალებას; ამდენად, საჭიროა ძალიან მცირე რესურსების ყველაზე რენტაბელურად გამოყენება. იმისათვის, რომ დარწმუნებული ვიყოთ სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსამსახურების ეფექტურობაში, იგი უნდა წარმოადგენდეს კიბოს კონტროლის ეროვნული გეგმის ნაწილს.

სამედიცინო მომსახურების პირველადი დონე

ოჯახის ექიმი (ონკოლოგის საშტატო ერთეული პოლიკლინიკების დიდ ნაწილს დღესდღეობით აღარ აქვს), წარმოადგენს პაციენტთან შეხების პირველ რგოლს. იგი ატარებს მიზნობრივ პროფილაქტიკურ გასინჯვებს და კიბოზე და კიბოსწინა დაავადებებზე საეჭვო შემთხვევაში პაციენტს აგზავნის გაღრმავებულ ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე; ახორციელებს აღრიცხვაზე მყოფი ონკოლოგიური ავადმყოფების მონიტორინგს (დისპანსერულ მეთვალყურეობას) დადგენილ ვადებში; კომპეტენციის ფარგლებში (ლიცენზია სპეციალობით „ონკოლოგია“) ატარებს ამბულატორიულ ქიმიოთერაპიას მარტივი სქემებით; ახორციელებს ონკოინკურაბელური ავადმყოფების ადეკვატურ სიმპტომურ მკურნალობას და პატრონაჟს.

პირველი დონის მომსახურება ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვისა და დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, რაც ასევე გულისხმობს ექიმთა ტრეინინგს და მოსახლეობის პროფილაქტიკური განათლების დონის ამაღლებას. სამწუხაროდ, ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობა (70-75%) მიმართავს სპეციალიზებულ დაწესებულებებს დაავადების III-IV სტადიაში. III-IV სტადიაში გამოვლენილ პაციენტთა 50% ინკურაბელურია, დანარჩენი ნაწილი საჭიროებს ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ მკურნალობას, რომლის ეფექტურობაც დაბალია; სერიოზულ სამედიცინო, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის ძირითადი მიზეზებია:

• მოსახლეობის მიერ პრევენციული ღონისძიებებისადმი არასერიოზული მიდგომა
• ოჯახის ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლე
• ქრონიკული და კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფთა მეთვალყურეობის დაბალი დონე
• არსებული სკრინინგ-პროგრამებით მოსახლეობის არასრული დაფარვა.

ამასთანავე, მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ იცნობს ონკოლოგიური დაავადების ნიშნებს და არ აქვთ გაცნობიერებული ექიმისათვის დროულად მიმართვის აუცილებლობა, რაც ქვეყანაში კიბოს საწინააღმდეგო პროპაგანდის დეფიციტსა და საგანმანათლებლო მუშაობის სისუსტეზე

მიუთითებს. მოცემულ ეტაპზე პირველი რიგის ამოცანად ისახება პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რგოლის ექიმების განათლება და ონკოლოგიური სიფხიზლის ამაღლება. აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ეფექტური და ორმხრივი კომუნიკაცია მეორეულ და მესამეულ დონესთან.

ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ნებისმიერი მოქალაქისთვის ჯანდაცვის ყველა დონეზე ხარისხიანი მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის ღონისძიებები სამედიცინო მომსახურების პირველად დონეზე მოიცავს შემდეგს:

- პირველადი დონის ფუნქციების განსაზღვრა ონკოლოგიურ პაციენტთა მომსახურების თვალსაზრისით;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა მართვის გაიდლაინებში პირველადი რგოლის ფუნქციების ასახვა როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეტაპზე, ასევე შემდგომ პერიოდში (დინამიური მეთვალყურეობა);
- პჯდ რგოლის ექიმთა ტრეინინგები ონკოდაავადებების პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკაში, მკურნალობის საფუძვლებში და მათი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების მართვაში, ნამკურნალევ პაციენტთა მკურნალობის შემდგომ მონიტორინგში, რეაბილიტაციის და პალიატიური მზრუნველობის საფუძვლებში;
- პჯდ რგოლის ექიმების პერიოდული პროფესიული განათლების ამაღლების პროგრამების განვითარება;
- პირველად დონეზე კიბოს ადრეული გამოვლენის რეგულარული მონიტორინგი;
- განსაზღვრულ საექიმო უბანზე დაგვიანებულ სტადიაზე გამოვლენილი კიბოს შემთხვევების დიდი პროპორციის შემთხვევაში გამომწვევი მიზეზების შესწავლა;
- ოჯახის ექიმებისათვის საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღების მეთოდოლოგიის სწავლება;
- სასწავლო კურიკულუმებში ონკოლოგიის და ფსიქო-ონკოლოგიური საათების გაზრდა;
- ონკოლოგიური პაციენტების დინამიური მეთვალყურეობის მენეჯმენტი.

კიბოს ეტიოლოგია

კიბო არ არის ერთი დაავადება, ეს არის მრავალი პათოფიზიოლოგიური ტიპის, ლოკალიზაციისა და გენეზის დაავადებების გამაერთიანებელი სახელი. ყველა ეს დაავადება თავისი სპეციფიკური თვისებებითა და მიმდინარეობით ხასიათდება, თუმცა მათ აქვთ საერთო ნიშნებიც. ყველა ტიპის ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარება იწყება ერთეული უჯრედების გაავთვისებიანებით, რასაც მოსდევს მათი უკონტროლო გამრავლება და სიმსივნურ წარმონაქმნად ჩამოყალიბება. ამავე დროს ავთვისებიანი სიმსივნეების დამახასიათებელია სიმსივნის ადგილობრივი გავრცელება (მეზობელ ორგანოებში და ქსოვილებში ჩაზრდა), და მეტასტაზირება (შვილობილი სიმსივნური წარმონაქმნების განვითარება შორეულ ორგანოებში და ლიმფურ კვანძებში). სწორედ ამ საერთო ნიშნების გათვალისწინებით არის ეს დაავადებები გაერთიანებული ერთ ჯგუფში და ერთი საერთო სახელით – კიბო.

ძუძუს კიბო

სარძევე ჯირკვლის კიბო ქალთა ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის სიხშირით პირველ ადგილეზეა. იშვიათად, სარძევე ჯირკვლის პრობლემები მამაკაცებსაც აღენიშნებათ. კაცებში ძუძუს კიბოს სიხშირე 1%.

რისკ-ფაქტორები:

ასაკი – არსებობს პირდაპირი კავშირი ასაკსა და დაავადების რისკს შორის, რომელიც მკვეთრად იზრდება 40 წლიდან. ქალებში სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნით ავადობა ყველაზე მაღალია 50-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში.

- მემკვიდრეობითობა – ოჯახურ ანამნეზში ძუძუს კიბოს არსებობა 8-10-ჯერ ზრდის ძუძუს კიბოს რისკს.
- ძუძუს კიბოს არსებობა ანამნეზში (რეციდივის საფრთხე).
- ესტროგენების გამოყოფის გახანგრძლივება – ნაადრევი მენსტრუაცია (11 წლის ქვემოთ) და გვიანი მენოპაუზა (50 წლის შემდეგ), გვიანი მშობიარობა (30 წლის ზევით), უშვილობა, სქესობრივი ცხოვრების არქონა ან ნაადრევი შეწყვეტა, ლაქტაციის პერიოდში ძუძუთი კვებისაგან თავის შეკავება.
- მენოპაუზის შემდგომ ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპია.
- ენდოკრინულ-მეტაბოლური დარღვევები (საკვერცხეების დისფუნქცია, რომელიც ხელს უწყობს სარძევე ჯირკვლის ფიბროზულ-კისტოზურ ცვლილებებს, სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპოთირეოზი).
- გინეკოლოგიური დაავადებები (მიომები, ენდომეტრიოზი, ანთებითი პროცესები მცირე მენჯის ორგანოებში).

- ძუძუს ტრავმები და გადატანილი მასტიტები.
- ძუძუს იმპლანტები (სილიკონი,)
- ადრეულ ასაკში რენტგენის სხივებით ხშირად დასხივება.
- დაბალი ფიზიკური აქტიობა.
- პერორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი გამოყენება.
- ანტიპერსპირანტების უკონტროლო გამოყენება.
- ხშირი აბორტები.
- კვების ხასიათი (ცხიმიანი საკვების, ალკოჰოლის, ყავის ჭარბად გამოყენება).
- სტრესი.
- მაიონიზირებელი რადიაცია.
- პესტიციდებით და ესტროგენების გამოყოფის ხელშემწყობი ნივთიერებებით დაბინძურებული გარემო.
- ნარკოტიკების, ნიკოტინის გამოყენება.

ტიპური სიმპტომებია:

- ნებისმიერი გამაგრება მკერდზე;
- ცალი ძუძუს უჩვეულო გადიდება;
- ცალი ძუძუს უჩვეულო ჩამოშვება;
- კანის დანაოჭება მკერდის არეში;
- ძუძუსთავის ჩაბრუნება;
- მკლავის უჩვეულო შესივება;
- ძუძუსთავის ნებისმიერი ცვლილება;
- ლიმფური კვანძების გადიდება;
- ნებისმიერი უჩვეულო გამონადენი დვრილებიდან.

საშვილოსნოს ყელის კიბო

საშვილოსნოს ყელის კიბო დღეს მთელ მსოფლიოში ქალთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა. განვითარებად ქვეყნებში ის ქალების ერთ–ერთი ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეა.

- *მსოფლიოში ყოველ წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოს დაახლოებით 370 ათასი დიაგნოზი ისმება.*
- *განვითარებულ ქვეყნებში ამ დავადების გამო იღუპება 100 ათასი ადამიანიდან ერთი.*

ბოლო წლებში ეს მაჩვენებელი შედარებით შემცირდა, რადგან კვლევის ახალი მეთოდების შემოღებამ შესაძლებელი გახადა კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა. საწყის ეტაპზე ამ დაავადების მკურნალობა საკმაოდ ეფექტურია: ქალს მკვეთრად უხანგრძლივდება სიცოცხლე, შეუძლია შეინარჩუნოს ნორმალური ცხოვრების წესი, შრომის და რიგ შემთხვევებში შვილოსნობის უნარიც.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს აღმოცენების რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- ასაკი – 50-59 წელი
- ნაადრევი ან დაგვიანებული სქესობრივი მომწიფება (მენარქე 11 წლამდე ან 16 წლის შემდეგ)
- მენოპაუზა 40 წლამდე ან 50 წლის ზემოთ
- ადრეული პარტნიორი (18 წლამდე) მრავალი სექსუალური პარტნიორი
- პირველი მშობიარობა 18 წლამდე ან 28 წლის შემდეგ
- 5 ან მეტი აბორტი და მშობიარობა

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკა:

- მოწესრიგებული სქესობრივი ცხოვრება;
- სასურველია მხოლოდ ერთი სქესობრივი პარტნიორი;
- სასურველია სქესობრივი კონტაქტის სიხშირე იყოს კვირაში არაუმეტეს 5-ისა;

- შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტისას აუცილებლად გამოიყენეთ პრეზერვატივი
- გინეკოლოგის რეგულარული მეთვალყურეობა;
- კიდევ ერთი წარმატებული ნაბიჯია ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის შემოღება, რომელიც ადამიანის პაპილომავირუსის მე-16 და მე-18 შტამების ეფექტურ პრევენციას განაპირობებს.

სიმპტომები:

- "ხორცის ნარეცხის" ფერი გამონადენი საშოდან მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა პერიოდში;
- სისხლიანი გამონადენი საშოდან სქესობრივი ურთიერთობის შემდეგ;
- ჩვეულთან შედარებით მნიშვნელოვნად გახანგრძლივებული მენსტრუაცია (7 დღეზე მეტი);
- ზოგადი ინტოქსიკაციის (მოწამვლის) ნიშნები: საერთო სისუსტე, უმადობა, სხეულის წონის კლება, ტემპერატურის მატება და სხვა;
- ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში.

სკრინინგი:

- საშვილოსნოს ყელის ვიზუალური დათვალიერება და ციტოლოგიური კვლევა PAP მეთოდით;
- საშვილოსნოს ყელის კოლპოსკოპიური კვლევა (ჩვენების მიხედვით);
- საშვილოსნოს ყელის ჰისტომორფოლოგიური კვლევა ბეთესდას მეთოდით.

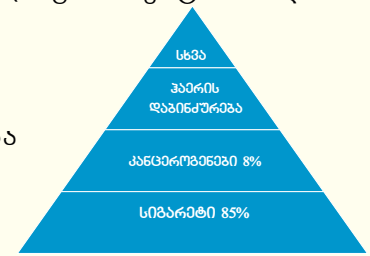
აცრები: რუტინულად ვაქცინაცია რეკომენდებულია 11-12 წლის გოგონებისთვის, მაგრამ თუ ამ ასაკში აცრა არ მოხერხდა და ქალი ჯერ კიდევ არ ეწევა სქესობრივ ცხოვრებას, ვაქცინის შეყვანა შეიძლება 13-26 წლის ასაკშიც. ვაქცინა 6 თვის განმავლობაში 3 ინექციად კეთება.კვლევებზე დაყრდნობით ეს ვაქცინა საკმაოდ უსაფრთხოა.

ფილტვის კიბო

- *ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 25% არის ფილტვის კიბო;*
- *მსოფლიოს მასშტაბით ყველაზე ხშირი ფორმა.*
- *თანაფარდობა ქალებს და მამაკაცებს შორის 3:1.*

ეტიოლოგია:

- სიგარეტის მოწევა.
- ქიმიური ნივთიერებები (მაგ. აზბესტი, რადონი,
- ბენზიპირინი და ა.შ.)
- ფილტვის ნაწიბური
- პასიური მოწევა
- ოჯახური მემკვიდრეობა
- კვება



სიმპტომები:

- ხველა სისხლიანი ნახველით
- უმადობა, სისუსტე, წონაში დაკლება
- სუნთქვის უკმარისობა
- გულმკერდის არეში ტკივილი
- ტემპერატურის მატება

პრევენცია: ფილტვის კიბოს პრევენციაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება პირველად პრევენციას ანუ ცხოვრების ჯანსაღ წესს. ამ მიმართებაში განსაკუთრებით აქტუალურია თამბაქოს საწინააღმდეგო კამპანია. მეორადი პრევენცია ფილტვის კიბოს პროფილაქტიკაში ნაკლებ მნიშვნელოვანია.

წინამდებარე ჯირკვლის (პროსტატის) კიბო

წინამდებარე ჯირკვლის კიბო სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზეა მამაკაცებში. განსაკუთრებით ხშირად დიაგნოსტირდება 60 წლის ზევით.

კლინიკური ნიშნები:

- გახშირებული შარდვა, განსაკუთრებით ღამით;
- შარდის ბუშტის არასრული დაცლა;
- შარდვის ნაკადის შესუსტება;
- ვლინდება ტკივილი შარდვის დასაწყისში;
- სისხლი შარდში.

დიაგნოსტიკა:

- თითით გამოკვლევა
- ცისტოსკოპია
- ულტრასონოგრაფია
- ტრანსრექტული ბიოფსია და მასალის მორფოლოგიური შესწავლა
- კომპიუტერული ტომოგრაფია, ბირთვულ–მაგნიტური რეზონანსული კვლევა

პროსტატის კიბოს სკრინინგი:

- სკრინინგის სამიზნე ჯგუფი – 50–70 წლის მამაკაცები;
- სკრინინგის არეალი – თბილისი და საქართველოს რეგიონები;
- სკრინინგის მეთოდოლოგია – სისხლში პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის განსაზღვრა.

კუჭის კიბო

კუჭის კიბო მსხვილი ნაწლავის კიბოსთან ერთად ავთვისებიან სიმსივნეთა სიხშირით მესამე-მეოთხე ადგილზეა. თუმცა, მაშინ როდესაც კოლორექტული სიმსივნეების სიხშირე მატულობს, კუჭის კიბოს სიხშირე მთელ მსოფლიოში თანდათან კლებულობს,

კუჭის კიბოს დიაგნოსტირებული 100 შემთხვევიდან, 95-ზე მეტი (95%) არის ადენოკარცინომა. ეს ნიშნავს, რომ კიბო იწყება კუჭის საფარის ჯირკვლოვან უჯრედებში, რომლებშიც ჩვეულებრივ ხდება ლორწოსა და კუჭის წვენის გამოიმუშავება.

რისკ-ფაქტორებია:

შინაგანი

- ასაკი, სიმსივნე ძირითადად ვითარდება 50 წელს ზევით .
- სქესი,ხშირია მამაკაცებში.
- საკვებში მარილებისა და ნიტრატების მაღალი, ხოლო A და C ვიტამინების დაბალი შემცველობა.
- თანმხლები დაავადებებიდან: ატროფიური გასტრიტი, პოლიპები.
- გენეტიკური ფაქტორები.
- გარეგანი:
- ჰელიკობაქტერია პილორი, ებშტეინ ბარის ვირუსი, პროფესიული ფაქტორები, სიმსუქნე, თამბაქოს მოხმარება, წყლულოვანი დაავადება.

სიმპტომები:

- კუჭის კიბოს ადრეულ ფორმას ტიპიური კლინიკური სურათი არ გააჩნია, უმრავლეს შემთხვევაში დაავადება მიმდინარეობს ფარულად;
- კიბოს ადრეულ ეტაპზე გამოვლინდება დაავადების ზოგადი სიმპტომები: მადის დაკარგვა, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება, ანემია;
- კიბოს დროს წამყვანი სიმპტომებია: სიმსივნური წარმონაქმნი და ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, სიმძიმის შეგრძნება, დისპეპსური მოვლენები;

- მოგვიანებითი სიმპტომია: დიარეა, გასტროინტესტინური სისხლდენა, გულძმარვა, მელენა, სიყვითლე.

პროფილაქტიკა

კიბოს ნებისმიერი ფორმის პროფილაქტიკის ძირითადი გზაა კიბოსწინარე დაავადებების (ამ შემთხვევაში - საყლაპავის აქალაზიის, ბარეტის საყლაპავის, პოლიპების) დროული გამოვლენა და მკურნალობა, ასევე - კიბოს გამოვლენა საწყის სტადიებში, რაც ეფექტური მკურნალობის საშუალებას იძლევა. სასურველია, ადამიანმა რეგულარულად ჩაიტაროს პროფილაქტიკური კვლევა.

ვინაიდან არასწორი კვება (ცხელი საკვების, ცხარე კერძისა და საწებლის ხშირი მიღება,A და C ვიტამინების დეფიციტი), თამბაქოსა და ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება საყლაპავის კიბოს განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია, დაავადების პროფილაქტიკისთვის მიზანშეწონილია, მოწესრიგდეს კვების რეჟიმი და რაციონი.

კოლო-რექტული კიბო

რისკ ფაქტორები:

- ასაკი 50-75 წელი
- ოჯახური ანამნეზი
- ჭარბი წონა
- კვების სტილი (ცელულოზის მცირე რაოდენობა)
- მოწევა
- ალკოჰოლი

კიბოს წინა დაავადებები:

- კოლინჯის პოლიპი და პოლიპოზი (თანდაყოლილი ოჯახური პოლიპოზის დროს მალიგნიზაცია70-100%)
- კრონის დაავადება
- წყლულოვანი კოლიტი
- lynch-სინდრომი

სიმპტომები:

- დიარეა (ფაღარათი) ან შეკრულობა
- შეგრძნება თითქოს დეფეკაციის შემდეგ ნაწლავები ბოლომდე არ იცლება
- განავალში სისხლის არსებობა
- ჩვეულებრივზე წვრილი (ლენტისებური განავალი)
- ტენეზმები (ცრუ ჭინთვები)
- აირების დაგროვება, მუცლის სისავსის ან შებერილობის შეგრძნება
- წონის უმიზეზო კლება
- მუდმივი დაღლილობის შეგრძნება
- გულის რევა ან ღებინება

თავისა და კისრის სიმსივნეები

ეტიოლოგია:

- ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარება (მათ შორისაა ბოლის გარეშე თამბაქო, რომელსაც ზოგჯერ უწოდებენ "საღეჭ თუთუნს" ან "შესასუნთქს");
- ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) მსგავსი ვირუსებით გამოწვეული ინფექციები, განსაკუთრებით HPV-16, რომელიც თავისა და კისრის კიბოს ზოგიერთი სახეობის, კერძოდ კი ოროფარინგიალური კიბოს (რომელშიც ჩართულია ნუშისებრი ჯირკვლები ან ენის ძირი) გამომწვევი რისკ ფაქტორია).

მკურნალობის მეთოდები:

- ქირურგიული ოპერაცია
- სხივური თერაპია - კიბოს უჯრედების გასანადგურებლად, მაღალი გამოსხივების რენტგენული სხივების ან რაიმე სხვა ნაწილაკების გამოყენება.
- ქიმიოთერაპია
- ტარგეტული (დამიზნებითი) თერაპია - მკურნალობა, რომელიც მიმართულია კიბოს ზრდისა და სიცოცხლის შენარჩუნების ხელშემწყობ კონკრეტულ გენებზე, პროტეინებსა ან ქსოვილებზე.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბო

ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს სიმპტომებია:

- აფონია.
- სუნთქვის გაძნელება.
- ქოშინი ფიზიკური დატვირთვის დროს.
- საყლაპავის მიჭყლეტის შემთხვევაში ვითარდება დისფაგია.

დიაგნოსტიკა:

-
- TSH განსაზღვრა.
- ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი კვლევა.
- ფარისებრი ჯირკვლის კვანძის ბიოფსია ციტოლოგია.
- ფარისებრი ჯირკვლის სცინტიგრაფიული გამოკვლევა.

ლეიკემია

ლეიკემია (სისხლის კიბო, ლეიკოზი, ლიმფოსარკომა) – არის მთელი რიგი სიმსივნური დაავადებები, რომლებიც ხასიათდებიან სისხლმბადი უჯრედების არაკონტროლირებადი პროლიფერაციითა და სხვადასხვა ხარისხის დიფერენციაციით. ამასთანავე, ლეიკემიური უჯრედები ერთი მუტაციური უჯრედის შთამომავლებს წარმოადგენენ .

ტრადიციული კლასიფიკაციის მიხედვით, ლეიკემიის ყველა სახე იყოფა ორ, მწვავე და ქრონიკულ ლეიკემიად. მწვავე ლეიკემიის დროს სისხლში დიდი რაოდენობით გროვდება არადიფერენცირებული ანუ ბლასტური (უმწიფარი, განვითარების ადრეულ სტადიაზე მყოფი) უჯრედი, ქრონიკული ლეიკემია კი იძლევა დიფერენცირებულ (წესისამებრ, გრანულოციტურ) უჯრედთა პოპულაციას, რომლებიც თანდათანობით ენაცვლება პერიფერიული სისხლის ნორმალურ უჯრედებს.

კიბოს მკურნალობის პრინციპები

- მულტიდისციპლინური მიდგომა

ონკოლოგიაში ხოლო მკურნალობის სპეციფიკური მეთოდებია ქირურგიული მკურნალობა, ქიმიოთერაპია (მედიკამენტური მკურნალობა) და სხივური თერაპია.

მკურნალობის საუკეთესო შედეგების მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ სპეციფიკური მკურნალობის მეთოდების კომბინირებული და კომპლექსური გამოყენებით ანუ მულტიდისციპლინური მიდგომით. ცალ–ცალკე განვიხილოთ ონკოდაავადებათა მკურნალობის მეთოდები.

ქირურგიული მკურნალობა

ქირურგია კვლავ რჩება სიმსივნეების წინააღმდეგ ბრძოლის ყველაზე ეფექტურ საშუალებად, თუმცა პაციენტთა უმრავლესობა მაინც მეტასტაზების გამო იღუპება. გადარჩენილ პაციენტთა რაოდენობის გასაზრდელად საჭიროა სხივური და ქიმიოთერაპია, მით უმეტეს, რომ ის სიმსივნეთა უმეტესობისთვის სისტემური თერაპიის ძირითადი საშუალებაა.

რადიკალური მკურნალობის ძირითადი პრინციპია:

- ორგანოს რეზექცია ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში, თითოეული ორგანოსთვის დადგენილი რეგიონული ლიმფური ბარიერის მოცილებით;
- ზონალობისა და ფუტლარობის პრინციპების დაცვა – სიმსივნეს ამოკვეთენ ჯანმრთელი ქსოვილების ფასციური ფუტლარის ფარგლებში ანდა ორგანოს ნაწილთან ერთად.

სიმსივნისგან თავისუფალი ორგანოების ფუნქციის მაქსიმალური შენარჩუნება:

- რეკონსტრუქციული პლასტიკის სრულფასოვანი გამოყენება.
- ორგანოების ვრცელი დეფექტების ზონაში ავთ-

ვისებიანი პროცესის ადრეულ სტადიებზე ორგანოდამზოგველი რეზექციების უფრო ფართოდ გამოყენება რადიკალობის პრინციპის დარღვევის გარეშე.

ქიმიოთერაპია

ქიმიოთერაპია ტარდება სიმსივნის ზრდის შესაჩერებლად, ანუ იმ უჯრედების დასაშლელად, რომლებიც შეიძლება გავრცელდეს საწყისი კერებიდან სხეულის სხვა ნაწილებში, კიბოს ზრდის შესანელებლად ან სიმსივნით გამოწვეული სიმპტომების (მაგალითად, სიმსივნის ზეწოლით გამოწვეული ტკივილის, ინტოქსიკაციის და სხვა) შესამსუბუქებლად.

- წამლებით მოქმედების უპირატესობა არის სისტემური მოქმედება
- ქიმიური პრეპარატები შეჰყავთ უშუალოდ სისხლის მიმოქცევის სისტემაში.

გვერდითი მოვლენები!

უახლესი პერიოდის გვერდითი მოვლენები (მკურნალობიდან 1 კვირის განმავლობაში). ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელია გულისრევა, ღებინება, ფაღარათი, ტემპერატურული რეაქციები, მადის დაკარგვა, საერთო სისუსტე, დაღლილობა, გამონაყარი კანზე, გრიპისმაგვარი სიმპტომები.

მოგვიანებითი პერიოდის გვერდითი მოვლენები (I კვირის ბოლოდან III კვირამდე) - ლეიკოციტებისა და თრომბოციტების დაკლება, ანემია და ამასთან დაკავშირებული პრობლემები (ინფექციების აღმოცენება და სისხლდენის რისკის მომატება), პირის ღრუსა და ლორწოვანი გარსის ანთებითი და წყლულოვანი პროცესები, ცვლილებები პერიფერიული ნერვული სისტემის და სქესობრივი ფუნქციის მხრივ.

გადავადებული პერიოდის გვერდითი მოვლენები (მკურნალობიდან ერთი თვის შემდეგ) - თმის ცვენა, იმუნიტეტის დაქვეითება, გართულებები გულის, ღვიძლისა და

ფილტვების, ასევე სხვა ორგანოების მხრივ.

გადავადებული შორეული ეფექტი, რაც გამოიხატება რამდენიმე ათეული წლის შემდეგ მეორეული კიბოს აღმოცენებით (ძალზე იშვიათად).

გვერდითი ეფექტი	I მსუბუქი	II მსუბუქი	III მძიმე	IV სიცოცხლისთვის საშიში
დიარეა	24 სთ-ში 2-3-ჯერ	24 სთ-ში 4-6-ჯერ	24 სთ-ში 7-9-ჯერ ან შეუკავებლობა	>10-ზე, ან მწარდი სისხლიანი დიარეა ან პარენტერული კვება
გულისრევა	კვებაზე გავლენას არ ახდენს	კვება გაძნელებულია, მაგრამ შენარჩუნებული	საკვების მიღება შეუძლებელია	მონაცემი არ არის
ღებინება	1 ეპიზოდი 24 სთ-ში	2-5 ეპიზოდი 24 სთ-ში	6-10 ეპიზოდი 24 სთ-ში	>10-ზე 24 სთ-ში ან პარენტერული კვება
სტომატიტი	უმტკივნეულო ერითემა	მტკივნეული ერითემა, წყლულები კვება შენარჩუნებულია	მტკივნეული ერითემა, საკვების მიღება შეზღუდულია	საჭიროა პარენტერული/ ენტერული კვება
ხელ-ფეხის გულის სინდრომი (კლინიკური)	მგრძნობელობის დაქვეითება/ ჩხვლეტა, უმტკივნეულო ერითემა-შეშუპება	მტკივნეული შეშუპება/ ერითემა	სველი დესქვამაცია/ ვეზიკულობი, დაწყლულება, ძლიერი ტკივილი	მონაცემი არ არის
ხელ-ფეხის გულის სინდრომი (ფუნქციური)	დისკომფორტი ყოველდღიური ფუნქციის დაურღვეველად	დისკომფორტი ყოველდღიური ფუნქციის დარღვევით	გამოხატული დისკომფორტი, ყოველდღიური საქმიანობა შეუძლებელია	მონაცემი არ არის

ქიმიოთერაპიული გართულებების კლინიკური კლასიფიკაცია

ქიმიოპრეპარატის ტოქსიკურ მოქმედებასთან დაკა-ვ შირებული გართულებები;

- *ადგილობრივი გამღიზიანებელი მოქმედება – ტოქსიკური დერმატიტი, ანთებითი ინფილტრატი და კანქვეშა ქსოვილის ნეკროზი, ინფუზიის შემდეგ ვენების გაყოლებით ტკივილი;*
- *სისტემური შედარებით არასპეციფიკური თანმხლ-ე ბი გართულებებია ლეიკოპენია, მიელოდეპრესია, პანციტოპენია, თრომბოციტოპენია, ანემია, დის-პეფსიური სინდრომი, ანორექსია, გულისრევა/ღ-ე ბინება, დიარეა;*
- *კანისა და მისი დანამატების დაზიანება ჰიპერპი-გ მენტაციის, ჰიპერკერატოზისა და დერმატიტის სახით ალოპეცია, ტროფიკული ცვლილებები ფრჩხ-ილების დაკარგვით;*
- *რეპროდიქციული ფუნქციის მოშლა: ოლიგო და ანიზოსპერმია, ამენორეა და დისმენორეა;*
- *ტერატოგენული (ემბრიოტოქსიკური) ეფექტი;*
- *კანცეროგენული მოქმედება (მეორეული სიმსივნე-ე ბის წარმოშობის).*

სისტემური შედარებით სპეციფიკური თანმხლები გარ-თულებებია:

- ნეიროტოქსიკური – ინტოქსიკაციური ფსიქოზები, პარესთეზიები, ნევრიტები, პოლინევრიტები;
- ჰეპატოტოქსიკური – ჰეპატოპათიები, ტოქსიკური ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი;
- კარდიოტოქსიკური – მიოკარდიტი გულ-სისხლძ-არღვთა მწვავე უკმარისობაში გადასვლით, მიო-კარდიუმის დისტროფია;
- ფილტვების დაზინება – მწვავე ტოქსიკური ინტეს-ტიციული პულმონიტი;

- შარდის გამომყოფი სისტემის დაზიანება – ქიმიური ცისტიტი;
- სისხლის შედედების მხრივ – კოაგულოპათიები ჰემორაგიული სინდრომით;
- ენდოკრინული ცვლის მოშლა – ჰიპო- და ჰიპერ-გლიკემია;

იმუნურ დისბალანსთან დაკავშირებული გართულებ-ე ბი;

- *ინტერკურენტული ინფექცია (ბაქტერიული, ვირ-უ სული, სოკოვანი);*
- *ალერგიული რეაქციები (კონტაქტური ან ექტოპი-ურ დერმატიტი);*
- *ავტონომიური რეაქციები (ლეიკოპენია, თრომბო-ც იტოპენია, ანემია, აგრანულოციტოზი);*

ციტოსტატიკების აუტანლობით განპირობებული;

- იდიოსინკრაზიის ან თანდაყოლილი აუტანლობის გამო (მიელოდეპრესია).

ციტოსტატიკებისა და სხვა პრეპარატების ურთიერთ-ქ მედებასთან დაკავშირებული გართულებები.

ქიმიოთერაპიის უკუჩვენებები:

- ავადმყოფის საერთო მძიმე მდგომარეობა;
- სისხლწარმოქმნის დათრგუნვა;
- ჩირქოვანი პროცესები და სიმსივნის დაშლა;
- ინფექციური დაავადებები;
- სისხლიანი ხველება (ჭარბად);
- მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- ტვინში სისხლისმიმოქცევის მწვავე მოშლა;
- გამოხატული გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა;
- ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციის მძიმე დარღვევა;
- მძიმე ფორმის შაქრიანი დიაბეტი;

სხივური თერაპია

სხივური თერაპიის სახეები:

რადიკალურ სხივურ თერაპიას ატარებენ მრავალი (კანის, თავ-კისრის, საშვილოსნოს ყელის და ა.შ.) ავთვისებიანი სიმსივნის დროს, რომელებიც დიაგნოსტირებულია ადრეულ სტადიებზე ან გააჩნია მაღალი რადიომგრძნობელობა (ავთვისებიანი ლიმფომები, სემინომები).

- დამხმარე სხივური თერაპია;
- წინასაოპერაციო სხივური თერაპია;
- პოსტოპერაციული სხივური თერაპია;
- ინტრაოპერაციული სხივური თერაპია;

პალიატიური სხივური თერაპიის ამოცანებში შედის სიმსივნის ზრდის შეფერხება და მისი მოცულობის შემცირება.

სხივური თერაპიის ჩატარებისას ვხვდებით ტერმინებს:

- ერთჯერადი კეროვანი დოზა - დასხივების ის დოზა, რომელიც მოდის დასხივების კერაზე ერთი პროცედურის დროს;
- ჯამური კეროვანი დოზა - დასხივების ის ჯამური დოზა, რომელიც მოდის დასხივების კერაზე დასხივების კურსის დასრულებისას;
- წვრილფრაქციული დასხივება - როცა ერჯერადი კეროვანი დოზა არის მცირე (2 გრეი);
- მსხვილფრაქციული დასხივება - როცა ერჯერადი კეროვანი დოზა არის მაღალი (5-6 გრეი).

ასევე:

- დასხივების ველი - რადიოთერაპიის ჩატარების ველი. შესაძლოა იყოს 1 , 2 ან 3;
- სხივური თერაპიის დაგეგმარება - სხივური თერაპიის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავება (ე.კ.დ., ჯ.კ.დ., დასხივების ველი და სხვა). დაგეგმარების ჩასატარებლად საჭიროა კ.ტ. კვლევა.

სხივური თერაპიის გვერდითი მოვლენები შეიძლება იყოს:

- მწვავე – ვითარდება თერაპიის დასრულებიდან 2-3 კვირის განმავლობაში; კანის სხივური დამწვრობა, ქსოვილის შეშუპება, ლეიკოპენია ანემია;
- ქრონიკული – ვლინდება კვირების ან წლების გასვლის შემდეგ.

რადიოთერაპიის შორეული შედეგები:

- სხივური თერაპიის შორეული შედეგები დამოკიდებულია არა მხოლოდ სიმსივნის ტიპზე, არამედ მის გავრცელებაზეც;
- რადიოთერაპიის თანმხლები სხვადასხვა რეაქციები და გართულებები დამოკიდებულია ერთჯერად და ჯამურ დოზებზე, დასხივების მოცულობაზე, ორგანიზმის ინდივიდუალურ თავისებურებებზე, ქსოვილების მდგომარეობაზე დასხივების ზონაში. სხივური თერაპიის მთელი კურსის პერიოდში საჭიროა მუდმივი დაკვირვება პაციენტის მდგომარეობაზე, სიმსივნის რეგრესიის სიჩქარესა და ხარისხზე, ზოგადი და ადგილობრივი რეაქციებისა და გართულებების განვითარებაზე.

სხივური თერაპიის აბსოლუტური უკუჩვენებებია:

- სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციის დეკომპენსაცია;
- ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, რომლებიც კორექციას არ ექვემდებარება;
- სეფსისი;
- სისხლდენის საშიშროებით სიმსივნის დაშლა;
- სიმსივნური კახექსია.

ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია/მკურნალობა

ონკოლოგიური დაავადება პაციენტის და მისი ოჯახის ცხოვრებას ხშირად მძიმე დაღს ასვამს. დრამატული ცვლილებები ვლინდება არა მარტო ფიზიკური, არამედ ფსიქიკური და სოციალური მდგომარეობის თვალსაზრისითაც; პაცინტთა, სულ ცოტა, 50% იტანჯება სიმპტომებით, რომლებიც დაკავშირებულია დაავადებისა და მკურნალობის სტრესულ გარემოებებთან, შიშის, აღგზნების, დემორალიზაციის და დეპრესიის ჩათვლით. ბევრ შემთხვევაში ვითარდება ფსიქო-პათოლოგიური მდგომარეობა, როგორიცაა დეპრესია და პოსტ-ტრავმული სტრესული დარღვევები. ფსიქოლოგიურმა დის-სტრესმა შესაძლოა გამოიწვიოს მკურნალობის არასასურველი შედეგები, სიცოცხლის წლების დაბალი ხარისხი, ტკივილის ძლიერი შეგრძნება, სუიციდისკენ მიდრეკილება.

ფსიქო-ონკოლოგიური მკურნალობა მოიცავს ინტერვენციებს, რომლის მიზანს წარმოადგენს კიბოს ემოციური ზეგავლენის შესწავლა და პაციენტთა ფიზიკური და მორალური შესაძლებლობების გაზრდა დაავადებასთან, მკურნალობასთან და ცხოვრების წესის ცვლილებასთან დაკავშირებული სირთულეების გადალახვის მიზნით. როგორც კვლევები უჩვენებენ, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია როგორც სტანდარტული მკურნალობის შემადგენელი ნაწილი, ამცირების პაციენტის ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს მკურნალობისა და შემდგომ პერიოდში. ამდენად, აუცილებელია ფსიქოლოგიური დისტრესის ადრეულ ეტაპზე გამოვლინების სისტემის დამკვიდრება, ისევე როგორც ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიული რეაბილიტაცია და ფსიქოფარმაკოთერაპია. ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის მნიშვნელოვან პროფესიონალურ კომპონენტს წარმოადგენს პაციენტისთვის მეტად სტრესულ სიტუაციებში ადეკვატური კომუნიკაციის უნარების ფლობა.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის ყველა დონეზე ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა.

- ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სტანდარტულ კომპონენტებში სპეციფიკური ფსიქო-სოცილური ინტერვენციების (ფსიქოთერაპია, ფსიქო-ფარმაკოლოგია) ჩართვა და მათი რესოციალიზაციისადმი ხელშეწყობა;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის თვალსაზრისით პროფესიონალთა (ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, ფსიქიატრები) ადექვატური რაოდენობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების ყველა - პირველად, მეორად და მესამეულ დონეზე.
- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცის 20-30%-ის ბინის პირობებში განხორციელება;
- ფსიქოლოგიისა და სოციალური სამსახურის ფაკულტეტებზე ონკო-ფსიქოლოგიისა და ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კურსის შექმნა/დანერგვა;
- არსებული პროფესიონალებისათვის (ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები) გადამზადების ტრენინგ-კურსების შემუშავება;

ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა

პალიატიური და/ან დამხმარე (SUPPORTIVE) მზრუნველობა უნდა ჩაერთოს მულტიდისციპლინურ გუნდში კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან. ის უზრუნველყოფს პაციენტის ცხოვრების სასურველ ხარისხს და მოიცავს ტკივილის და სხვა თანმხლები სიმპტომების მენეჯმენტს, მენტალური, სოციალური და სულიერი პრობლემების შემსუბუქებას, პაციენტთათვის სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლებელი ხარისხიანი წლების უზრუნველყოფას, პაციენტის ოჯახისადმი მხარდაჭერას. ქვეყნის მასშტაბით უზრუნველყოფილი უნდა იყოს პალიატიური მზრუნველობის

როგორც ფინანსური, ისე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრნველობა არ განსხვავდება სხვა დაავადების მქონე პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობისგან და ყოველივე ეს ჩამოყალიბებულია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ პროგრამაში.

პალიატიური მზრუნველობა უნდა ტარდებოდეს სამედიცინო მომსახურების პირველად, მეორე და მესამე დონეებზე, ასევე პაციენტთა ბინაზე, როცა ბინაზე არსებული სიტუაცია და პაციენტის სიმპტომები პალიატიური მზრუნველობის საშუალებას იძლევა. პალიატიურ მზრუნველობას კოორდინაციას უწევს რეგიონალური კოორდინატორი. სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე შესაძლოა ჩართული იყვნენ მოხალისეები. მოხალისეთა შესაბამის შერჩევასთან ერთად, მათ უნდა გაიარონ ტრეინინგი და საჭიროა განისაზღვროს მათი პასუხისმგებლობები.
სამედიცინო მომსახურების თითოეულ დონეზე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს განსაზღვრული (აუცილებელი მოხმარების) მედიკამენტები; ამჟამად საქართველოში სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით პაციენტების უწყვეტ და ხელმისაწვდომ უზრუნველყოფაზე.

პალიატიური დახმარების ქსელის დამკვიდრება სამედიცინო მომსახურების პირველად, მეორე და მესამე დონეებზე, რომელიც მოემსახურება მსგავსი საჭიროების მქონე ნებისმიერ ონკოლოგიურ პაციენტს

- პალიატიური და/ან დამხმარე მზრუნველობის ჩაერთვა მულტიდისციპლინურ გუნდში კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან;
- პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა ადამიანური რესურსებით;
- კიბოს ტერმინალური სტადიით დაავადებულ პირთათვის პალიატიური მზრუნველობის სერვისებისადმი (ბინაზე ზრუნვა, სტაციონალური პალიატიური მზრუნველობა-ჰოსპისი) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და გეოგრაფიული მოცვის გაზრდა;

- პალიატიური მზრუნველობაში მოხალისეთა ჩართვა და მათი შესაბამისი სწავლების პროცესის უზრუნველყოფა;
- პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა სპეციალური კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით.

საკონტაქტო ინფორმაცია:
კარიტასი - ჩეხეთის რესპუბლიკა
http://svet.charita.cz/en/
მობილური: +995 593 314 504
ონკოპრევენციის ცენტრი: +995 599 900 319