

**ონკოლოგიის საფუძვლები
პირველადი ჯანდაცვის
(სოფლის) ემთნეზისთვის**



თბილისი 2014

ონკოლოგიის კურსი პირველადი ჯანდაცვის
(სოფლის) ექიმებისა და ექთნებისთვის
ზუგდიდი, 2014



სარჩევი:

- კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია..... 4
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი პრევენცია..... 5
- ონკოლოგიურ დაავადებათა მეორადი პრევენცია: ადრეული გამ-
ოვლენა, სკრინინგი..... 8
- ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და
მკურნალობის სამსახურის პრიორიტეტების განსაზღვრა..... 11
- კიბოს მკურნალობის პრინციპები..... 13
- ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია/
მკურნალობა..... 19
- ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა..... 21

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 ექთნებისთვის, რომლებმაც ა.წ. ოქტომბერ-ნოემბერში პროექტის ფარგლებში გაიარეს ტრენინგი 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
+995 599 900319



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 1 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 მიმარ-

თულებით - პრევენცია, ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი, დიაგნოსტიკა, სპეციფიკური და პალიატიური მომსახურება და რეაბილიტაცია;

- ეპიდზედამხედველობა და პოპულაციური რეგისტრის ფუნქციონირება.

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის სპეციფიკური მიზნებია:

- ონკოლოგთა და ოჯახის/სოფლის ექიმთა/ექთანთა სწავლება ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-O) დანერგვის მიზნით;
- მუშაობა ონკოლოგებთან და ოჯახის/სოფლის ექიმებთან/ექტნებთან ონკოლოგიურ პაციენტთა შესახებ სტანდარტული და დროული ინფორმაციის მონოდების თვალსაზრისით;
- სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის ზრდის პარალელურად კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენების თვალსაზრისით არსებული დინამიკის შეფასება;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მონოდების 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 (აღამიანის პაპილომა ვირუსი, ჰეპატიტი B-ს ვირუსი). კიბოს პრევენცია აღმნიშნებს იცავს დაავადების მძიმე გამოსავალსგან: ჯანმრთელობის შენარჩუნება 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 აღამიანთა რიცხვის შემცირება;

- ჭარბი წონის და სიმსუქნის პრევალენტობის შემცირება;

- ფიზიკური აქტივობის გაზრდა ბავშვებში, მოზარდებში, ახალგაზრდებსა და მოზრდილებში;

- თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მსურველთათვის ხელშეწყობა;

- თამბაქოს მოხმარების დაწყების სანინაალმდეგო 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 განვითარების ხელშეწყობის 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 დიაგნოსტიკა მოხდება ადრეულ სტადიაზე. ადრეული გამოვლენა იწვევს 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 მონანიღეობის (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;
- სკრინინგის 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 მომსახურების ეფექტურობაში, იგი უნდა წარმოადგენდეს კიბოს კონტროლის ეროვნული გეგმის ნაწილს.

საგედიციწო მომსახურების პირველადი დონა

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 პალტიონაჟს.

პირველი დონის მომსახურება ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვისა და დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, რაც ასევე გულისხმობს ექიმთა ტრენინგს 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 ტრენინგები ონკოდაავადებების პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკაში, მკურნალობის საფუძვლებში და მათი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების მართვაში, ნამკურნალე 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 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 პრინციპი:

- 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 ავთვისებიანი 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 სანყისი კერებიდან სხეულის სხვა ნაწილებში, კიბოს ზრდის შესანელებლად ან სიმსივნით გამოწვეული სიმპტომების (მაგალითად, სიმსივნის ზენოლით 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, ფალარათი, 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.

გვერდითი ეფექტი	I მს.უზ.ში	II მს.უზ.ში	III მძიმე	IV სიმოცხლისთვის საშიში
ღიარება	24 სთ-ში 2-3-ჯერ	24 სთ-ში 4-6-ჯერ	24 სთ-ში 7-9-ჯერ ან შეუკავებლობა	>10-ზე, ან მზარდი სისხლიანი ღიარება 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 ერთიემა	მტკივნეული ერთიემა, წყლულები კვება შენარჩუნებულია	მტკივნეული ერთიემა, საკვების მიღება შეუძლებელია	საჭიროა პარენტერული/ ენტერული კვება
ხელ-ფეხის გულის სინდრომი (კლინიკური)	მგრძობელობის დაქვეითება/ ჩხვლეკა, უმტკივნეულო ერთიემა-შეშუპება	მტკივნეული შეშუპება/ ერთიემა	სველი დესქამაცია/ ვემიკულოზი, დაწყლულება, ძლიერი ტკივილი	მონაცემი არ არის
ხელ-ფეხის გულის სინდრომი (ფუნქციური)	დისკომფორტი ყოველდღიური ფუნქციის ლაურღვევლად	დისკომფორტი ყოველდღიური ფუნქციის ღარღვევით	გამოსაგული დისკომფორტი, ყოველდღიური საქმიანობა შეუძლებელია	მონაცემი არ არის

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).

ქიმიოთერაპიული გართულებების კლინიკური კლასიფიკაცია

ქიმიოპრეპარატის ტოქსიკურ მოქმედებასთან დაკავშირებული გართულებები;

- ადგილობრივი გამლიზიანებელი მოქმედება – ტოქსიკური დერმატიტი, ანთებითი ინფილტრატი და კანქვეშა ქსოვილის ნეკროზი, ინფუზიის შემდეგ ვენების გაყოლებით ტკივილი;
- სისტემური შედარებით არასპეციფიკური თანმხლები გართულებებია ლეიკოპენია, მიელოდეპრესია, პანციტოპენია, თრომბოციტოპენია, ანემია, დისპეფსიური სინდრომი, ანორექსია, გულისრევა/ღებინება, დიარეა;
- კანისა და მისი დანამატების დაზიანება ჰიპერპიგმენტაციის, ჰიპერკერატოზისა და დერმატიტის სახით ალოპეცია, ტროფიკული ცვლილებები ფრჩხილების დაკარგვით;
- რეპროდიქციული ფუნქციის მოშლა: ოლიგო და ანიზოსპერმია, ამენორეა და დისმენორეა;
- ტერატოგენული (ემბრიოტოქსიკური) ეფექტი;
- კანცეროგენული მოქმედება (მეორეული სიმსივნეების წარმოშობის).

სისტემური შედარებით სპეციფიკური თანმხლები გართულებებია:

- ნეიროტოქსიკური – ინტოქსიკაციური ფსიქოზები, პარესთეზიები, ნევრიტები, პოლინევრიტები;
- ჰეპატოტოქსიკური – ჰეპატოპათიები, ტოქსიკური ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი;

- კარდიოტოქსიკური – მიოკარდიტი გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობაში გადასვლით, მიოკარდიუმის დისტროფია;
- ფილტვების დაზიანება – მწვავე ტოქსიკური ინტესტიციული პულმონიტი;
- შარდის გამომყოფი სისტემის დაზიანება – ქიმიური ცისტეტი;
- სისხლის შედედების მხრივ – კოაგულოპათიები ჰემორაგიული სინდრომით;
- ენდოკრინული ცვლის მოშლა – ჰიპო- და ჰიპერგლიკემია;

იმუნურ დისბალანსთან დაკავშირებული გართულებები;

- ინტერკურენტული ინფექცია (ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი);
- ალერგიული რეაქციები (კონტაქტური ან ექტოპიური დერმატიტი);
- ავტონომიური რეაქციები (ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, ანემია, აგრანულოციტოზი);

ციტოსტატიკების აუტანლობით განპირობებული;

- იდიოსინკრაზიის ან თანდაყოლილი აუტანლობის გამო (მიელოდეპრესია).

ციტოსტატიკებისა და სხვა პრეპარატების ურთიერთქმედებასთან 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, რომლებიც 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 ერთჯერადი კეროვანი დოზა არის მცირე (2 გრეი);
- მსხვილფრაქციული დასხივება - როცა ერთჯერადი 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; პაციენტთა, სულ ცოტა, 50% იტანჯება სიმპტომებით, რომლებიც დაკავშირებულია დაავადებისა და მკურნალობის სტრესულ გარემოებებთან, შიშის, ალგზნების, დემორალიზაციის და დე-

პრესიის ჩათვლით. ბევრ შემთხვევაში ვითარდება ფსიქო-პათოლოგიური მდგომარეობა, როგორცაა 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, ამცირებს 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-სოციალური ინტერვენციების (ფსიქოთერაპია, ფსიქო-ფარმაკოლოგია) ჩართვა და მათი რესოციალიზაციისადმი ხელშეწყობა;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის თვალსაზრისით პროფესიონალთა (ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები,

ფსიქიატრები) ადეკვატური რაოდენობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების ყველა - პირველად, მეორად და მესამეულ დონეზე.

- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის 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 მზრუნველობა 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 კოორდინა-

ციას უწევს რეგიონალური კოორდინატორი. სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე შესაძლოა ჩართული იყვნენ მოხალისეები. მოხალისეთა შესაბამის შერჩევასთან ერთად, მათ უნდა გაიარონ ტრენინგი 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 ძალის დაგვიძრება
სამედიცინო მომსახურების პირველად, მეორე და
მესამე დონეებზე, რომელიც მომსახურება მსგავსი
საჭიროების მქონე ნაზისმიერ 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 სპეცილური კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით.

საკონტაქტო ინფორმაცია:

კარიტასი - ჩეხეთის რესპუბლიკა

<http://svet.charita.cz/en/>

მობილური +995 593 314504

ონკოპრევენციის ცენტრი: +995 599 900319