

# ნევროლოგიური და ფსიქიატრიული სიმპტომების მართვა პალიატიურ პრაქტიკაში

მარგალიტა გოგოლაძე, გიორგი ასათიანი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი

პასუხისმგებელი პირი: მარგალიტა გოგოლაძე, margalita.gogoladze@tsmu.edu

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2023.11.65-67>

## რეზიუმე

ნევროლოგიური და ფსიქიკური დაავადებები XXI საუკუნის ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული პათოლოგიებია, რითაც მსოფლიოს მასშტაბით, ყოველდღიურად, მილიონობით ადამიანი იტანჯება. უმეტეს შემთხვევაში ამის მიზეზი თანამედროვე რეალობაში არსებული პრობლემებია, როგორებიცაა: სოციალური საკითხები, უმუშევრობა, დაბალი ანაზღაურება, ემოციური სტრესი, ომები და სხვა. ყოველივე ეს უდიდეს ზიანს აყენებს ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქიკას და განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში ამყოფებს, მათ, ვისი ძირითადი დიაგნოზი არის ავთვისებიანი სიმსივნე – IV კლინიკური ჯგუფი, სხვადასხვა ქრონიკული თუ მოპროგრესირე დაავადებები დეკომპენსირების ფაზაში, ტერმინალური სტადია და სხვა. პაციენტები, რომლებიც პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტში იმყოფებიან, ხშირად უჩივიან ისეთი ტიპის ნევროლოგიურ თუ ფსიქიკურ პრობლემებს, როგორებიცაა: ტკივილი, შფოთვა, ასთენია, ინსომნია და სხვა. პალიატიური მზრუნველობის უმთავრესი პრინციპიც სწორედ მსგავსი სახის სიმპტომების შემცირებაა, რათა პიროვნებამ შეძლოს თავისი დარჩენილი სიცოცხლის ღირსეულად გატარება. სწორედ ამ საკმაოდ მნიშვნელოვან პრობლემას და მასთან გამკლავების მეთოდებს ეხება აღნიშნული სტატია.

საკვანძო სიტყვები: პალიატიური პრაქტიკა, ნევროლოგიური და ფსიქიატრიული სიმპტომების მართვა

ნევროლოგია და ფსიქიატრია XXI საუკუნის სტიგმაა, რაც სრულიად ბუნებრივად აღიქმება დღევანდელობაში. ჩვენი გონება მუდმივ შეჭიდებაშია ისეთ ყოფით პრობლემებთან როგორებიცაა: სოციალური უთანხმოებები, უმუშევრობა, დაბალი ანაზღაურება, ემოციური დატვირთვა, ყოველდღიური სტრესები, ომები თავისი დამანგრეველი შედეგებით, გამეფებული მედია – ნეგატიური ინფორმაციები და, ერთ-ერთი ყველაზე წამყვანი ფაქტორი, ადვილად ხელმისაწვდომი საინფორმაციო „ოკეანე“ და მისი არაკომპეტენტური (უმეტესად მცდარი) კონტენტი, საკუთარ თავზე მორგებულობა, ან სულაც, ინფორმაციის გადაუმუშავებლობა. ეს ყოველივე კიდევ უფრო აღრმავებს როგორც ნევროლოგიურ, ასევე ფსიქიატრიულ პრობლემებს ჯანმრთელ მოსახლეობაში და „რაოდენ გასაკვირიც“ არ უნდა იყოს პალიატიური მზრუნველობის ქვემდებარე პაციენტებში, რომლებიც პირველ რიგში ცხოვრობენ ისეთ ძირითად დაავადებებთან ერთად როგორებიცაა ავთვისებიანი სიმსივნეები – IV კლინიკური ჯგუფი, სხვადასხვა ქრონიკული მოპროგრესირე დაავადებები დეკომპენსაციის ფაზაში, ტერმინალურ სტადიაზე.

## პალიატიურ დეპარტამენტებში პაციენტების მართვის უმთავრესი პრინციპებია:

1. პატივი ვცეთ პაციენტს და მისი ოჯახის წევრებს;
2. თანაგრძნობით მოვეკიდოთ პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების სურვილებს;
3. გამოვიყენოთ ის საშუალებები, რომელსაც აირჩევს პაციენტი;

4. შევუმსუბუქოთ ტკივილი და სხვა მტანჯველი სიმპტომები;
5. ზუსტად განვსაზღვროთ პაციენტის ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი/რელიგიური მოთხოვნები;
6. ჩავატაროთ როგორც ტრადიციული, ასევე ალტერნატიული მკურნალობები, რომლებიც გააუმჯობესებენ პაციენტის სიცოცხლის ხარისხს;
7. პაციენტს აქვს უფლება, უარი თქვას შეთავაზებულ მკურნალობაზე;
8. ექიმს, აქვს უფლება პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან შეთანხმებით, საჭიროების შემთხვევაში, შეწყვიტოს დანიშნული მკურნალობა.

## პალიატიურ პრაქტიკაში პაციენტებს აღნიშნებათ შემდეგი ნევროლოგიური და ფსიქიატრიული სიმპტომები

- კიდურების სისუსტე (პარალიჩი);
- სიარულის, წონასწორობის და კოორდინაციის დარღვევები;
- მგრძნობელობის მოშლილობები;
- მეხსიერების დაქვეითება;
- თავბრუს;
- ტკივილი (ძირითადი დაავადებიდან გამომდინარე);
- თავის ტკივილი;
- უძილობა;
- ხასიათის და გუნება-განწყობილების დარღვევები – მოწყენილობა, იმედგაცრუება, დათრგუნულობა;
- შფოთვა, ზედმეტი წუხილი, ფობიები;
- აზროვნების დარღვევები, ყურადღების და კონცენტრაციის დაქვეითება;
- აგრესიულობა, გადაჭარბებული რისხვა, მტრობა;
- დაღლილობა, აპათია, ენერჯის დაქვეითება.

როგორც ვხედავთ, საკმაოდ სერიოზული და ვრცელი ჩამონათვალია. თუმცა, დღეს, გამოვყოფ და ყურადღებას გავამახვილებ რამდენიმე ძირითად სიმპტომზე – ქრონიკული ტკივილი, ძილის დარღვევები, შფოთვები და ასთენია. აღსანიშნავია, რომ ჩამოთვლილი სიმპტომებით ყველაზე ხშირად პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პაციენტები მოგვმართავენ.

### ტკივილი

„ტკივილი კაცობრიობის ყველაზე დაუნდობელი მბრძანებელია, უფრო დაუნდობელი ვიდრე თავად სიკვდილი“ – წერდა 1931 წელს ალბერტ შვეიცერი (ნობელის პრემიის ლაურეატი მშვიდობის განმტკიცებაში – „ვილსოფისთვის სიცოცხლის პატივისცემა“).

ტკივილის შემსწავლელი საერთაშორისო ასოციაციის განსაზღვრებით ტკივილი – „ეს არის უსიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდა, რომელიც განპირობებულია ქსოვილების არსებული დაზიანებით და (ან) ამგვარი დაზიანების აღწერას წარმოადგენს“.

ტკივილი სრულიად მოიცავს ადამიანის როგორც ფიზიკურ, ასევე სულიერ ასპექტებს და გამოიხატება სხვადასხვა სახით:

- ხასიათობრივი ცვლილებები;
- შფოთვა;
- დისკომფორტი;
- დაძაბულობა;
- ცრემლი.

„ტკივილი ისევე კლავს ადამიანს, როგორც სისხლდენა“ წერდა გ.დიუპიუიტრენი (1777-1835).

### ტკივილის კლასიფიკაცია ხანგრძლივობის მიხედვით შემდეგია:

- ტრანზიტორული;
- მწვავე;
- ქრონიკული.

### ტკივილის პათოფიზიოლოგიური კლასიფიკაცია

1. ნოციცეპტური – (პერიფერიული) ტკივილი დაკავშირებულია რეცეპტორებთან, რომლებიც აღიქვამენ მტკივნეულ გაღიზიანებას.
  - სომატური (ძვლები, სახსრები, კანი);
  - ვისცერული (შინაგანი ორგანოები, პლევრა, პერიტონეუმი)
2. ნეიროპათიული ტკივილი – პერიფერიული და ცენტრალური ნერვული სისტემების დაზიანებით მიმდინარე.
  - ჰიპერალგეზია;
  - ალოდინია (პერიფერიული ნერვული დაბოლოებების დაზიანება);
  - ჰიპერპათია (მგრძობელობის დარღვევა, რომელიც ხასიათდება ინტენსიური, მყარი ტკივილის შეგრძნებით);
  - კაუზალგია (მუდმივი მწველი ტკივილი, რომელიც ძლიერდება შეხების და გახურების შემთხვევაში);
  - ტკივილის ანესთეზია.
3. ფსიქოგენური.

### შფოთვა

შემდეგი ყველაზე ხშირი სიმპტომია შფოთვა – იგივე ემოციური განცდა, რომელიც ხასიათდება დისკომფორტით გაურკვეველი პერსპექტივის გამო.

სტატისტიკური მონაცემებით, განვითარებულ ქვეყნებში, შფოთვითი დარღვევები მოსახლეობის 10-20%-ს აღენიშნება. მსოფლიოში მოსახლეობის 25%-ს სიცოცხლეში 1-ჯერ მაინც აქვს გადატანილი შფოთვითი აშლილობა.

შფოთვითი აშლილობის გავრცელება ზოგად სამედიცინო პრაქტიკაში რამდენჯერმე უფრო მაღალია, ვიდრე ჩვეულებრივ პოპულაციაში: სომატური დაავადებების მქონე პაციენტების ≈70-90%-ს, ვინც ექიმებთან ხვდება, აღენიშნებათ შფოთვა. ბოლო პერიოდში, ხშირად საუბრობენ ე.წ. „შფოთვით-დეპრესიულ აშლილობაზე“. აღსანიშნავია, რომ შფოთვითი აშლილობა ქალებში 20-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში.

ძირითადი ფსიქიკური სიმპტომები წარმოდგენილია შფოთვით ან რაიმე საფრთხის გაურკვეველი მოლოდინით. პაციენტებს „ემინიათ და ელიან უარესს“, აჭარბებენ მოუსვენრობის გამომწვევი მიზეზის მნიშვნელობის შეფასებაში, ისინი მუდმივად დარდობენ თავის მომავალზე და უჭირთ შფოთვის და წუხილის დათრგუნვა. შფოთვა ვლინდება დღის ნებისმიერ მონაკვეთში და ძლიერდება ღამით. პაციენტები ხშირად უჩივიან ყურადღების კონცენტრაციის გაძნელებას და მეხსიერების დაქვეითებას.

### ასთენია

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომია ასთენია – ნერვულ-ფსიქიკური და ფიზიკური სისუსტე, რომელიც ვლინდება მომატებული დაღლილობით, ხანმოკლე ფიზიკური თუ გონებრივი დაძაბვის შემდეგ.

სხვადასხვა მონაცემზე დაყრდნობით, ასთენიური სინდრომი აღინიშნება მთელი პოპულაციის 10-45%-ში.

### ასთენიის სახეები:

**ჰიპერსთენიური ასთენია:** შფოთვა, გაღიზიანება, მომატებული მგრძობელობა ნორმალურ გარეგან გამაღიზიანებლებზე.

**ჰიპოსთენიური ასთენია:** გამოფიტვა, დაღლილობა, ცრემლიანობა, ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება. პაციენტს აღენიშნება ენერჯის მკვეთრი დეფიციტი.

### ჩივილები:

- მეხსიერების დაქვეითება;
- კონცენტრირების დეფიციტი;
- ახალი ინფორმაციის აღქმა;
- გაღიზიანებადობა;
- ემოციური ლაბილობა;
- დეპრესია;
- ძილის დარღვევა.

ცერებროვასკულური და ნეიროდეგენერაციული პროცესებისგან განსხვავებით, ამ დროს ვლინდება არა ჟანგბადის დეფიციტი უჯრედებში, არამედ ენერგეტიკული პროცესების შენელება.

**ძილის პროცესის დარღვევა**

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი სიმპტომია უძილობა, ანუ ძილის პროცესის დარღვევა.

ძილის დარღვევა გულისხმობს მისი ნებისმიერი ფაზის ცვლილებას. ეს შეიძლება იყოს ჩაძინების პროცესის გახანგრძლივება (ანუ ჩაძინების გაძნელება), არასაკმარისად ღრმა ძილი, და ხშირი გამოღვიძებები ძილში.

სტატისტიკურად სტრესთან დაკავშირებული უძილობა აწუხებს პლანეტის მოსახლეობის დაახლოებით 1/4-ს.

ზოგადად განარჩევენ დისსომნიებს და პარასომნიებს, რაც გამოიხატება შემდეგი დარღვევებით:

- შინაგანი მოშლილობები;
- ფსიქოფიზიოლოგიური ინსომნია;
- ძილის აღქმის დარღვევა;
- კიდურების პერიოდული მოძრაობები ძილში;
- მოუსვენარი ფეხების სინდრომი;
- ძილის ფაზის ცვლილება;
- დაბნეულობა ძილში;
- ძილში სიარული;
- შიშები ძილის დროს;
- ძილში ლაპარაკი;
- ფეხების კრამპი ძილში;
- ღამის შიშები (კომმარები);
- დამბლა ძილში;
- ღამის ენურეზი;
- ძილის დროს ნერწყვის გადაყლაპვის გაძნელება;
- უეცარი სიკვდილი ღამით;
- ჩვეული ხერინვა.

ზემოთ ჩამოთვლილ ნევროლოგიურ, ასევე ფსიქიატრიულ სიმპტომებთან გასამკლავებლად პალიატიური

განყოფილებების პრაქტიკაში გამოიყენება შემდეგი ჯგუფის მედიკამენტები, რომელთა დოზის შერჩევა დამოკიდებულია პერსონალურად პაციენტის დიაგნოზზე, სიმპტომატკასა და კლინიკური მდგომარეობის შეფასებაზე:

**ანესიოლიზური ფსიქოაქტიური პრეპარატები**

- **ბენზოდიამინები**, საძილედატრანკვილიზატორული მოქმედებით: მიდაზოლამი (15მგ/3მლ), დიაზეპამი (10მგ), ფენაზეპამი (0,5 ან 1მგ);
- **ნეიროლეპტიკები**: ტიზერცინი (50-300მგ);
- **ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები**: ამიტრიპტილინი (25-75მგ/დღეში);
- **ანტიკონვულსანტები**: კარბამაზეპინი (100მგ, 2-ჯერ; 200მგ, 2-ჯერ);
- **გლუტოკორტიკოსტეროიდები**: დექსამეტაზონი (დღიური დოზა მერყეობს 8-12მგ), პრედნიზოლონი (60-220მგ, კურსის ხანგრძლივობა 3-4 კვირა);
- **არასტეროიდები (ასს)**: კეტოგენი (30მგ/1მლ);
- **მიორელაქსანტები**: მიდოკალმი (100მგ/1.0მლ, 2-ჯერ დღეში, სხვა შემთხვევებში 50-150მგ, 3-ჯერ დღეში);
- **ოპიატური ანალგეტიკები**: მორფინი (1%/1.0მლ).

და ბოლოს, კიდევ ერთხელ ხაზი მინდა გავუსვა, პალიატიური მართვის უმთავრეს პრინციპებს: პაციენტზე ზრუნვა, მისი ცხოვრების სტილის და ხარისხის გაუმჯობესება, ღირსეული ცხოვრების პირობების შექმნა როგორც სამედიცინო, ასევე სულიერი და ფსიქო-სოციალური ასპექტების და მოთხოვნილებების გათვალისწინებით.

**ლიტერატურა:**

**References:**

1. რუხაძე, თ., დოლიძე, ხ., სურმავა თ. და სხვ., (2005) პალიატიური მზრუნველობა. დ. კორძაიას რედაქციით, თბილისი.
2. Alt-Epping, B., Sitte, T., Nauck, F., & Radbruch, L. (2010). Sedation in palliative medicine: Guidelines for the use of sedation in palliative care: European Association for Palliative Care (EAPC). *Der Schmerz*, 24, 342-354.
3. Ropper A.H., & Samuels M.A., & Klein J.P., & Prasad S(Eds.), (2019). *Adams and Victor's Principles of Neurology*, 11e. McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1477&sectionid=85536145>

**MANAGEMENT OF NEUROLOGICAL AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN PALLIATIVE PRACTICE**

Margalita Gogoladze, Giorgi Asatiani

Tbilisi State Medical University, Department of General Surgery

Contact person: Margalita Gogoladze, [margalita.gogoladze@tsmu.edu](mailto:margalita.gogoladze@tsmu.edu)

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2023.11.65-67>

**Resume**

Neurological and mental diseases are one of the most widespread pathologies of the XXI century, from which millions of people around the world suffer every day. Most of the reasons for this are problems in modern reality, such as social issues, unemployment, low pay, emotional stress, wars, etc. All this causes the greatest damage to the psyche of a healthy person and makes those whose main diagnosis is a malignant tumor – IV clinical Group, various chronic or progressive diseases in the decompensation phase, terminal stage, etc. Patients who are in the palliative care department often complain of neurological or mental problems such as pain, anxiety, asthenia, insomnia, etc. The main principle of palliative care is to reduce such symptoms so that a person can spend the rest of his life with dignity. This article deals with this very important problem and methods of dealing with it.

**Key words:** Palliative practice, treatment of neurological and psychiatric symptoms