

განდგომის  
ექსპერიმენტული  
მეთოდები



საფორმალო კანონები  
თავის თავი  
თავის ვადავი  
ვითარების დამაბიძე

2007 წელი

## პრობლემა

ეპილექსია თავის ტვინის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული და უნივერსალური ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც შეიძლება განუვითარდეს ნებისმიერი ასაკის, სქესისა და სოციალური ფენის ადამიანს. იგი განსაკუთრებით ხშირია ბავშვებში, მოზარდებში და ხანშიშესულ ადამიანთა შორის.

განვითარებულ ქვეყნებში ეპილექსიით დაავადებულია მოსახლეობის 0.6-1.0%-ი, განვითარებად ქვეყნებში კი 4-11%;

ევროპაში ყოველი 100 000 ადამიანიდან ეპილექსიით ყოველწლიურად ავადდება 40-70 ადამიანი.

საქართველოში 40 000-მდე აქტიური ეპილექსიით დაავადებულია და მათ რიცხვს ყოველწლიურად 2000-მდე ახალი შემთხვევა ემატება.

**ეპილექსიის დიაგნოსტიკა და მართვა** საკმაოდ რთული და ხანგრძლივი პროცესია. ეფექტური გამოსავლის შემთხვევაში, მკურნალობა, სულ ცოტა, 5 წლის მანძილზე, ხშირად კი სიცოცხლის ბოლომდე გრძელდება. მკურნალობის ეფექტურობა დამოკიდებულია მრავალ სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ფაქტორზე.

ანტიეპილექსიური მართვის ეფექტურობის განმსაზღვრელი სამედიცინო და არასამედიცინო ფაქტორები		
სამედიცინო	ფსიქოლოგიური	გართულებითი
<ul style="list-style-type: none"> <li>დაავადების დროული და ზუსტი დიაგნოზი;</li> <li>დროული ადეკვატური ანტიეპილექსიური მკურნალობა;</li> <li>დაავადების მიმდინარეობის მონიტორინგი;</li> <li>ხანგრძლივი ანტიეპილექსიური მკურნალობის უწყვეტობა;</li> <li>თანმხლები დაავადებების დროული დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მკურნალობა.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>დაავადების და დაავადებულის მიმართ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ადეკვატური დამოკიდებულება;</li> <li>მკურნალობის რეჟიმისადმი პაციენტის დაქვემდებარება;</li> <li>პაციენტისათვის ადეკვატური ყოფითი, სასწავლო, სამუშაო და საზოგადოებრივი გარემო;</li> <li>საზოგადოებაში ეპილექსიის სტიგმის მინიმუმამდე დაბალი ხარისხი;</li> <li>პაციენტის ცხოვრების მაღალი ხარისხი.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ეპილექსიის პრობლემისადმი მკაფიოდ განაზღვრული პოლიტიკა;</li> <li>ეპილექსიის სხვადასხვა ფორმების სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის სტანდარტები;</li> <li>პაციენტთა დაზღვევისა და სოციალური უზრუნველყოფის პროგრამული სამსახური;</li> <li>ორგანიზებული ეპილექსიოლოგიური სამსახური პირველადი ჯანდაცვის რგოლიდან სპეციალიზირებულ დონემდე;</li> <li>საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ეპილექსიის პრევენციის, მკურნალობისა და პაციენტთა რეაბილიტაციის ორგანიზებული მართვისა და მონიტორინგის სისტემა;</li> <li>სწორ მარკეტინგულ გათვლებზე დამყარებული უწყვეტი წამალთმომარაგების სისტემა;</li> <li>ადგილობრივი წამალთწარმოება;</li> <li>პაციენტთა საგანმანათლებლო, შრომითი მოწყობის, ოჯახის შექმნის, მატრიმონიალური, მოქალაქეობრივი და სხვა უფლებების დამცავი ჯანონმდებლობა.</li> </ul>



**როდესაც დაწყულია აღნიშნული ზირობები, ეპილექსიით დაავადებულთა 80%-ში მიღწევალია გულყრების სრული უზირობა და მათგან 60-70% განაურნებალია**

*წინააღმდეგ შემთხვევაში, ეპილექსიით დაავადებულთა შორის გულყრების ეპიზოდებისა და დაავადებისგან განჯურების შანსი მინიმალურია, რაც მნიშვნელოვან სოციალურ, ეკონომიკურ და საზოგადოებრივ პრობლემებს უქმნის არა მარტო პაციენტსა და მის ოჯახს, არამედ სახელმწიფოს, რადგან, ასეთ შემთხვევაში, საგრძნობლად იზრდება უმუშევართა, უმწეოთა, ინვალიდთა, პენსიონერთა, ტრავმატიზებული, სტიგმატიზებული, ასოციალური და დანაშაულებრივი ქცევის მქონე ადამიანთა რაოდენობა.*

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ეპილექსიას სახელმწიფო მნიშვნელობის პრობლემათა რანგში განიხილავს და მასთან ბრძოლას ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებად მიიჩნევს. ეპილექსიასთან მებრძოლი საქართველოშიც, მიმდინარეობს ტრანსნაციონალური ჯამპანია დევიზით: **„გამოვიყვანოთ ეპილექსია ჩრდილიდან!“** ჯამპანიის მიზანია, ეპილექსია ყველა ქვეყანაში გამოცხადდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებად, რადგან ამ პრობლემის არასწორი მართვის შედეგი მნიშვნელოვანი ეკონომიკური ზარალია როგორც განვითარებადი, ისე განვითარებული ქვეყნების ბიუჯეტისთვის.

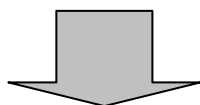
**ეპილექსიის ეკონომიკური ასპექტების** შესწავლა 1990-იანი წლებიდან დაიწყო და მისი აუცილებლობა განსაზღვრა რამოდენიმე ფაქტორმა:

1. 1970 წელს აშშ-ს ჯანმრთელობის ნაციონალურმა ინსტიტუტმა (NIH) გამოაქვეყნა ეპილექსიის სოციალური და ეკონომიკური კვლევის შედეგები, რომლის მიხედვითაც, იმ პერიოდში, აშშ-ში ეპილექსიის პრობლემაზე ყოველწლიურად იხარჯებოდა 3.0 მილიარდი ამერიკული დოლარი.

1990 წელს, ეპილექსიის ხარჯის აღეკვებურობის დასადგენად, **შვეიცარიაში, დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში** ერთდროულად წარიმართა განსხვავებული დიზაინის კვლევები.

დაავადების **ინსიდენსზე** დაფუძნებული კვლევებით ისაზღვრებოდა ავადობის მანძილზე ინდივიდური ხარჯის მთლიანი ოდენობა; **პრევალენსზე** დაფუძნებული კვლევებით კი დაავადების წლიური ხარჯი.

## კვლევის შედეგები



ქვეყანა (1990 წ)	ეპილეთესიის ხარჯი 1 წლიდან (1990წ)	ხარჯი ერთ ჰაშიზე 1 წლის მანძილზე (1990 წ)		
		ზოგადად	არაკონტრო- ლირებადი გულყრებით	კონტროლი- რებადი გულყრებით
შვეიცარია	354 მლნ. შვ. ფრანკი	7000 შვ./ფრანკი		
დიდი ბრიტანეთი	1930 მლნ. ფ/სტერლინგი	4492 ფ/სტერლინგი		
აშშ			\$ 138 602	\$ 4 272
დასავლეთ ევროპა - სულ	€18 მილიარდი	€4000		

*განვითარებულ ქვეყნებში* წარმოებულმა გამოკვლევებმა გამოავლინა, რომ კონტროლირებადი გულყრების შემთხვევაში ეპილეთესიის ეკონომიკური ხარჯი მნიშვნელოვნად უფრო დაბალი იყო (33-ჯერ), ვიდრე არაკონტროლირებადი გულყრების დროს. აქედან გამომდინარე, გარდაუვალი გახდა კონტროლირებადი გულყრების მქონე პირების რაოდენობის გაზრდა და არაკონტროლირებადი გულყრების მქონე პირთა ოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირება, რომლის აუცილებელ პირობას წარმოადგენდა ეპილეთესიის მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა ეპილეთესოლოგიური სამსახურების ფორმირებისა და პრობლემის კოორდინირებული მართვის გზით. ამიტომ, 1990-იანი წლებიდან მსოფლიოს მოწინავე ქვეყნებში აქტიურად დაიწყო ეპილეთესოლოგიური სამსახურებისა და პრობლემის მართვის ეფექტური მოდელების ფორმირება.

*განვითარებად ქვეყნებში*, მდგომარეობა კიდევ უფრო დრამატულად გამოიყურებოდა, რადგან დაავადებულთა 80% ან საერთოდ არ მკურნალობდა, ან ლეზიონობდა არაადეკვატურ პრეპარატს. შესაბამისად, ასეთ ქვეყნებში საგრძნობლად მაღალი უნდა ყოფილიყო არაკონტროლირებადი გულყრების მქონე პაციენტების რაოდენობა, რაც მნიშვნელოვნად ზრდიდა არა მხოლოდ კონკრეტული ქვეყნების ბიუჯეტის, არამედ მსოფლიო ბანკის ეკონომიკურ ზარალს.

2. 1990-იან წლებში ფარმაკოლოგიურ ქსელში გამოჩენილი ახალი თაობის საკმაოდ ეფექტური, მაგრამ ძვირადღირებული ანტიეპილეთესიური წამლები ხელმიუწვდომელი იყო განვითარებული ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში მცხოვრებ დაავადებულთა უმრავლესობისთვისაც კი. განვითარებად ქვეყნებში კი ასეთი პრეპარატების შეძენა მხოლოდ ერთეული ადამიანებისთვის იყო შესაძლებელი. აღნიშნული მდგომარეობა აფერხებდა ახალი თაობის ეფექტური ანტიეპილეთესიური წამლების გამოყენებისა და წარმატებული მკურნალობის შესაძლებლობას, რაც ზრდიდა ეპილეთესიის ეკონომიკურ ხარჯს; აბრკოლებდა ფარმაკოლოგიური წამალთწარმოების შემდგომი განვითარების პროცესს.

ზემოაღნიშნული გარემოებების გათვალისწინებით, 1994 წლიდან, ეპილეთესიის წინააღმდეგ მებრძოლი საერთაშორისო ლიგის (ILAE) გამგეობის გადაწყვეტილებით

გააქტიურდა ეპილექსისის ეკონომიკური პრობლემების კვლევებისა და ეპილექსისის ხარჯთაღმწესი მკურნალობის გზების ძიების პროცესი, რათა ეპილექსისის ეკონომიკურ საკითხებში დროულად მომხადებულყო შესაბამისი რეკომენდაციები როგორც განვითარებული, ისე განვითარებადი ქვეყნებისთვის.

## *ეპილექსისის ეკონომიკური ხარჯი*

**ეპილექსისის ეკონომიკურ ხარჯში იგულისხმება ბენეფიციარის ანტიეპილექსიური მკურნალობისათვის საჭირო თანხები და საზოგადოების მიერ ბენეფიციარზე დახარჯული თანხების ეკონომიკური ტვირთი.**

ეპილექსით დაავადებულ ადამიანებს ესაჭიროება დაავადების სადიაგნოსტიკო და შემდგომი აუცილებელი პერიოდული გამოკვლევები, ხანგრძლივი მკურნალობა ანტიეპილექსიური პრეპარატებით, რაც გარკვეულ ეკონომიკურ ხარჯებს მოითხოვს. ამ აუცილებელი თანხების გარდა, შესაძლოა, საჭირო იყოს სხვა მრავალი დამატებითი ხარჯის გაღებაც. მაგ.: ანტიეპილექსიური პრეპარატების გვერდითი მოვლენების არსებობისას, რომელიც არცთუ იშვიათია მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე, საჭიროა, დამატებითი გამოკვლევები, სამედიცინო მანიპულაციები და მკურნალობა; გულყრის მიზეზით მიღებული ტრავმული დაზიანებების შემთხვევებში, ხშირად, აუცილებელია, ტრავმატოლოგიური პროფილის ამბულატორიული ან სტაციონარული მკურნალობა; გულყრა, შესაძლოა, ქონებრივი ზარალის მიზეზიც გახდეს (მაგ.: გულყრის დროს ავტოავარია, საყოფაცხოვრები ნივთების დაზიანება, ხანძრის შემთხვევები და სხვ.). გარდა ამისა, ეპილექსისის მქონე ადამიანებისთვის საჭიროა ადეკვატური სასწავლო თუ სამუშაო გარემო პირობების შექმნა, რაც დამატებით თანხებს მოითხოვს საგანმანათლებლო და შრომითი მოწყობის სამსახურების მხრიდან. ჩამოთვლილი და კიდევ სხვა მრავალი პრობლემა, თავისთავად, მნიშვნელოვნად ზრდის საპენსიო, სადაზღვევო და სამედიცინო მომსახურების ხარჯს.

ეკონომიკური ფაქტორი საკმაოდ მტკივნეული და მძიმე ტვირთია ეპილექსისის მქონე ადამიანებისთვის. ანტიეპილექსიური წამლების უმრავლესობა საკმაოდ ძვირადღირებული პრეპარატებია და ხელმიუწვდომელია პაციენტთა უდიდესი კონტიგენტისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო ათი წლის მანძილზე განვითარებული ეკონომიკის ევროპულ ქვეყნებში ეპილექსით დაავადებული ადამიანების ჯანმრთელობაზე გაღებული ხარჯები მნიშვნელოვნადაა გაზრდილი და გარკვეულწილად დარეგულირებულია წამლების ღირებულება ანუ შეჩერებულია მათი ფასების ზრდის ტენდენცია, ჯერ კიდევ დასახვეწია ასეთი პაციენტების მომსახურების მრავალი საკითხი. მაგ.: შეუმუშავებელია ეპილექსისის ქირურგიული მკურნალობის პროგრამები.

განვითარებად ქვეყნებში დაავადებულთა მდგომარეობა ძალზე სავალალოა, რადგან ასეთი ქვეყნების უმრავლესობას არ გააჩნია კვალიფიციური კადრი და ეპილექტოლოგიური სამსახური, ეპილექსიით დაავადებულთა სახელმწიფო სტანდარტები და პროგრამები, მყურნალობისათვის თითქმის არ გამოიყენება ახალი თაობის ძვირადღირებული პრეპარატები და ინიშნება მხოლოდ ძველი თაობის იაფფასიანი ანტიკონვულსანტები (ფენობარბიტალი, ფენიტონინი, კარბამაზეპინი, ვალპროატი). სათანადო სპეციფიკური ეპილექტოლოგიური ცოდნის დაბალი დონის მიზეზით მნიშვნელოვნადაა გაზრდილი დიაგნოსტიკური შეცდომების, არაადეკვატური მყურნალობის, პოლითერაპიისა და შესაბამისად, არაკონტროლირებადი გულყრების მქონე დაავადებულთა ხვედრითი წილი, რაც საგრძობლად ზრდის ეპილექსიის ხარჯს და მძიმე ეკონომიკურ ტვირთად აწვება როგორც გადატყვეულ მოსახლეობას, ისე ასეთი ქვეყნებისა და მსოფლიო ბანკის ბიუჯეტს.

ეპილექსიის პირდაპირ და არაპირდაპირ ხარჯს მნიშვნელოვნად ზრდის არამატერიალური ხარჯი - **ეპილექსიის სტიგმა**, რომლის „საფასურსაც“ ჰაციენტი მთელი სიცოცხლის მანძილზე „იხდის“, ეპილექსიისაგან თუნდაც სრული განკურნების შემთხვევაშიც კი. ეპილექსიის სტიგმა ის დამლაა, რის გამოც საზოგადოება ჰაციენტს უწესებს დამამძიმებელ შეზღუდვებს სწავლის, დასაქმების, ოჯახის შექმნის, შთამომავლობის შექმნისა და სხვა მრავალ საკითხში. აქედან გამომდინარე, დაავადება „ეპილექსია“, რომლის დიაგნოსტიკა, მედიკამენტური მყურნალობა და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია საკმაოდ რთული და ხანგრძლივი პროცესია, მოითხოვს როგორც მატერიალურ, ისე მნიშვნელოვან არამატერიალურ დანახარჯებს.

## ეპილექსიის ხარჯის კომპონენტები

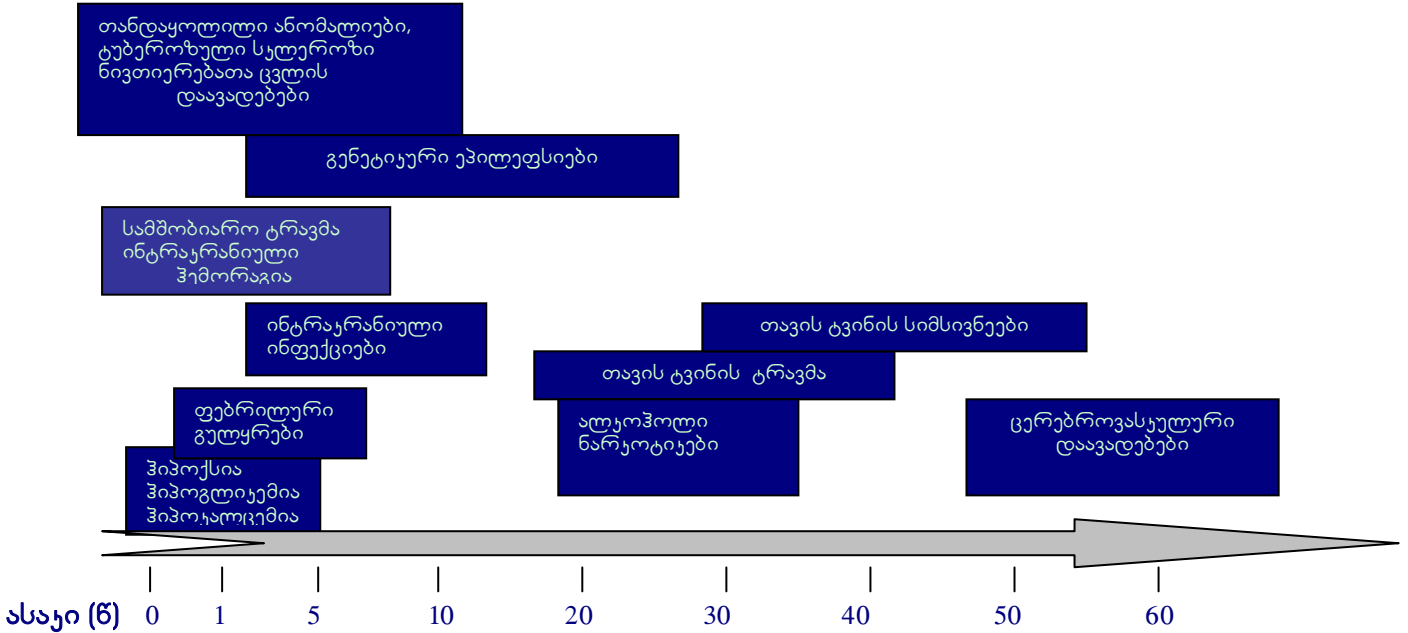
ეპილექსიის ხარჯი		
პირდაპირი	არაპირდაპირი	არამატერიალური
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დიაგნოსტიკური კვლევები;</li> <li>• ამბულატორიული მყურნალობა;</li> <li>• სტაციონარული მყურნალობა;</li> <li>• ანტიეპილექსიური პრეპარატი;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• უმუშევრობა;</li> <li>• გაცდენილი სამუშაო საათები;</li> <li>• სიკვდილიანობის მატალი სიხშირე;</li> <li>• ტრავმატიზმის მატალი სიხშირე;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სტიგმა;</li> <li>• ცხოვრების დაბალი ხარისხი;</li> <li>• ოჯახის შექმნის პრობლემა;</li> <li>• დისკრიმინაცია;</li> </ul>
ხარჯები ადვილი დასაანგარიშებელია	ხარჯები დამოკიდებულია ქვეყნის სოცუზრუნველყოფის სისტემაზე და ძნელი დასაანგარიშებელია	ხარჯების დაანგარიშება საერთოდ შეუძლებელია

# ეპილექსიის მართვადი ხარჯი

## I დაავადების დიაგნოსტიკა

ეპილექსია მულტიეტოლოგიური დაავადებაა და შეიძლება, თავის ტვინის ნებისმიერი დაზიანების სიმპტომი იყოს. ამიტომ, ყველა შემთხვევაში აუცილებელია, დაავადების ძირითადი მიზეზის (ეტოლოგიის) გარკვევა.

ეპილექსიის ყვალაზა ხშირი ეტიოლოგიური ფაქტორები სხვადასხვა ასაკში:



## დაავადების დიაგნოსტიკა

ეპილექსიის დიაგნოსტიკისათვის საჭირო კონსულტაციები და ავლავები				
	ეპილექსიის დასადგენად	ეტიოლოგიის დასადგენად	გულყრის ტიპის დასადგენად	შენიშვნა
აუცილებელი	<ul style="list-style-type: none"> <li>ეპილექტოლოგის კონსულტაცია</li> <li>ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება</li> <li>ეფგ-ავლავეა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ნევროლოგის კონსულტაცია;</li> <li>ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება;</li> <li>თავის ტვინის ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა;</li> <li>სისხლის და შარდის საერთო ანალიზები;</li> <li>სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (გლუკოზა, ელექტროლიტები)</li> </ul>		რეკომ. დონე A
შესაძლო აუცილებელი	<ul style="list-style-type: none"> <li>ეფგ-ავლავეა სპეციალური მონიტორინგით;</li> <li>ეფგ-მონიტორინგი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>გენეტიკური ავლავები</li> <li>თავ-ზურგ-ტვინის სითხის კვლევა</li> <li>ჰორმონული კვლევები;</li> <li>ნეიროქიურგის კონსულტაცია;</li> <li>ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია;</li> <li>რებროდუქტოლოგის კონსულტაცია;</li> <li>ფსიქიატრის კონსულტაცია;</li> <li>სხვა კვლევები და კონსულტაციები.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ვიდეო ეფგ-მონიტორინგი</li> </ul>	რეკომ. დონე A



ეპილექსიის დიაგნოსტიკა რთული საფეხურებიანი პროცესია და მოითხოვს გამოკვლევებისა და კონსულტაციების რიგითობის ზუსტ დაგეგმვას, თითოეული ეტაპისა თუ კონსულტაციის მატალ ხარისხს.

საქართველოში ეპილექსიის ბაზალური შიშვენიერების პირველად დიაგნოსტიკაში მონაწილე ინტელექტუალური რესურსის, დროისა და ეკონომიკური ხარჯი

	ქმედება	შემსრულებელი	დროის საშუალო დანახარჯი 1 ინდივიდზე	ეკონომიკ. ხარჯი (ლარი)	
დაცვა	1	მონაცემების რეგისტრაცია	რეგისტრატორი	5 წთ*	2
	2	თვითშეფასების კითხვარის შევსება	პაციენტი	20 წთ*	0
	3	ნევროლოგიური სკრინინგი	ნევროლოგი	10 წთ*	17
	4	ნევროლოგიური გასინჯვა	ნევროლოგი	35 წთ*	30
	5	ეპილექსიოლოგიური სკრინინგი	ეპილექსიოლოგის უმცროსი ექიმი	20 წთ*	17
	6	ეპილექსიოლოგის კონსულტაცია	ეპილექსიოლოგი	60 წთ*	35
	7	ეეგ-გამოკვლევა	ელექტროფიზიოლოგი	50 წთ*	50
	8	ეეგ-გამოკვლევის ანალიზი	ეპილექსიოლოგი-კლინიკური ელექტროფიზიოლოგი	50 წთ*	10
	9	ნეიროფსიქოლოგიური სკრინინგ-ტესტირება და ანალიზი	ნეიროფსიქოლოგი	45 წთ*	25
	10	თავის ტვინის ბმრ გამოკვლევა და ანალიზი	რენტგენოლოგი	40 წთ*	240
	11	სისხლის საერთო ანალიზი	ლაბორანტი		12
	12	სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი	ბიოქიმიკოსი		25
	13	შარდის საერთო ანალიზი	ლაბორანტი		10
	14	კონსილტიუმი – დასკვნიტი დიაგნოსტიკა	ნევროლოგი, ეპილექსიოლოგი, ნეიროფსიქოლოგი, ელექტროფიზიოლოგი	10 წთ*	20
	15	მკურნალობის შედეგის შეფასება, მკურნალობის რეჟიმისა და სამკურნალო პროცესის სქემის შედგენა.	ეპილექსიოლოგი	10 წთ*	10
	16	საგანმანათლებლო საუბარი მკურნალობისა და ცხოვრების რეჟიმის შესახებ	ეპილექსიოლოგი და ფსიქოლოგი	30 წთ*	17
დაცვა	1	გენეტიკური კვლევები		120	
	2	ჰორმონული კვლევები		120	
	3	ნეიროქიმიურის კონსულტაცია		50	
	4	ფსიქიატრის კონსულტაცია		25	
	5	ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია		30	
	6	რეპროდუქტოლოგის კონსულტაცია		40	
	7	ინფექციონისტის კონსულტაცია		40	
	8	სხვა			

სარეზიუმეო ბარისები \*1b



საქართველოში, დღეისათვის, ეპილექსიის თითოეული შემთხვევის დიაგნოსტიკა მოითხოვს:

- აუცილებელი გამოკვლევებისა და კონსულტაციებისთვის - მინიმუმ 600 ლარს;
- შესაძლო აუცილებელი გამოკვლევებისა და კონსულტაციებისთვის - მინიმუმ 450 ლარს.

## ანბიპილექსიური მანუალობა

### ამბულატორიული მანუალობა

ეპილექსიის დადასტურებისა და ეპილექსიური სინდრომის დაზუსტების შემდგომ იწყება დაავადების ანტიკონვულსიური მკურნალობის ეტაპი. ანტიეპილექსიური პრეპარატის სახეობისა თუ დოზის შერჩევისა და კორექციის პროცესში პაციენტი საჭიროებს ამბულატორიულ მეთვალყურეობასა და სხვადასხვა სახის ეტაპობრივ გამოკვლევებს, კერძოდ:

გაგანიური კონსულტაციებისა და ავლავების ხარჯი აუბიპილექსიური მანუალობის შემთხვევაში (2007 წ. მონაცემები)

№	ქმედება	მკურნალობის პირველი წელი	1 ქმედების ფასი (ლარი)	ხარჯი 1 წ-ში (ლარი)	მკ-ის შემდგომი წლები	ხარჯი 1 წ-ში
1	ნევროლოგის კონსულტაცია	4 თვეში- 1-ჯერ	35	140	6 თვ.- 1-ჯერ	70
2	ეეგ-გამოკვლევა	4 თვეში- 1-ჯერ	60	240	6 თვ.- 1-ჯერ	120
3	ნეიროფსიქოლოგიური კვლევა	6 თვეში- 1-ჯერ	35	70	6-ში 1-ჯერ	35
4	სისხლის საერთო ანალიზი	6 თვეში- 1-ჯერ	12	24	6-ში 1-ჯერ	12
5	შარდის საერთო ანალიზი	6 თვეში- 1-ჯერ	10	20	6-ში 1-ჯერ	10
6	ღვიძლის ფუნქციების განსაზღვრა (ALT, AST, ბილირუბინი)	6 თვეში- 1-ჯერ	35	70	6-ში 1-ჯერ	35
7	სისხლში ანტიკონვულსანტის კონცენტრაციის განსაზღვრა	6 თვეში- 1-ჯერ	49	98	6-ში 1-ჯერ	49
8	სხვა კვლევები (საჭიროების მიხედვით)					
9	<b>სულ</b>			<b>662</b>		<b>331</b>

ძირითადი აბიპილექსიური მანუალობისათვის საჭირო თანხები (2007 წ. მონაცემები)

პრეპარატის დასახელება	ფორმა	დოზა	აბების რაოდენობა დღეში	აბების რაოდენობა 1 წლის მანძილზე	1 აბის ფასი (ლარი)	1 წლის მანძილზე საჭირო თანხა (ლარი)
ფინლექსინი	აბი	200 მგ	3	1095	0.30	328.50
ლეპაკინი	აბი	500 მგ	2	750	1.23	922.50
ფენობარბიტალი*	აბი	100 მგ	1	365	0.42	153.30
კლონაზეპამი*	აბი	2 მგ	2	750	0.21	157.50
ლამიქტალი	აბი	50 მგ	4	1460	1.38	2014.80
ტოპამაქსი	აბი	100 მგ	2	750	3.97	2977.50

\* ფენობარბიტალი და კლონაზეპამი ძირითადად პოლითერაპიულად გამოიყენება.

გულყრების ეპიზოდების, ეგ \_ მაჩვენებლების გაუმჯობესებისა და ანტიეპილექსიური წამლის გვერდითი მოვლენების არარსებობის შემთხვევაში (პაციენტთა 52%-ში) ადეკვატურ ანტიეპილექსიურ მკურნალობას პაციენტი უწყვეტად ლებულობს მინიმუმ 5 წლის მანძილზე.

როდესაც პირველი რიგის ადეკვატური ანტიკონვულსანტით მკურნალობის ფონზე გულყრათა ეპიზოდები ვერ ხერხდება, ან სახეზეა პრეპარატის გვერდითი მოვლენების ეფექტი, საჭიროა, კიდევ ერთხელ გადამოწმდეს წარმოებული გამოკვლევების შედეგები, აუცილებლობის შემთხვევაში განმეორდეს საჭირო კვლევები, მოხდეს დანიშნული პრეპარატის დოზის კორექცია, ან მკურნალობა დინამიურად შეიცვალოს მეორე რიგის ადეკვატური ანტიეპილექსიური წამლით, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ეკონომიკურ ხარჯს.

ეს პროცესი ხორციელდება ჰჯდ-დონეზე სათანადო პროტოკოლის მიხედვით (პროტოკოლი №1). ამ ეტაპზე ეფექტური გამოსავლის შემთხვევაში, პაციენტი უწყვეტად მკურნალობს შემდგომი 5 წლის განმავლობაში.

არადამაკმაყოფილებელი გამოსავლის შემთხვევაში, როდესაც გულყრების სრული ეპიზოდები ვერ ხერხდება საჭიროა ანტიკონვულსანტის შეცვლა, შემდგომ კი პოლითერაპიული მკურნალობის შერჩევა. ასეთ დროს დაავადების მიმდინარეობის მონიტორინგს აწარმოებს ეპილექსიოლოგი ეგ-კონტროლით, რომლის წარმოებაც, შეიძლება, საკმაოდ ხშირად გახდეს საჭირო (თვეში 1-5-ჯერ). მკურნალობისადმი ძნელად დაქვემდებარებადი გულყრების შემთხვევაში მკურნალობის ვადა ხანგრძლივდება 10 წლით, ზოგჯერ კი სიცოცხლის ბოლომდე და წამლებისა თუ გამოკვლევების ხარჯიც მნიშვნელოვნად მატულობს.

### **სტაციონარული მკურნალობა**

ეპილექსიით დაავადებულ პირთა 15-20%-ში ეპილექსია მიმდინარეობს რეზისტენტული გულყრებით. ასეთ დაავადებულებს ხშირია სერიული გულყრებისა და ეპილექსიური სტატუსის განვითარების მაღალი რისკი აქვთ და სიცოცხლის მანძილზე საკმაოდ ხშირად საჭიროებენ სტაციონარულ მკურნალობას. ეპილექსიური სტატუსი ხშირად ვითარდება არაადეკვატური მკურნალობისა და მკურნალობის რეჟიმის დარღვევის შემთხვევებშიც. როდესაც ხდება ეპილექსიის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური ასპექტების კოორდინირებული მართვა, ეპილექსიის გართულებული შემთხვევების ხვედრითი წილი მნიშვნელოვნად კლებულობს. შესაბამისად, დაავადებულთა სტაციონარული მკურნალობის აუცილებლობს საკითხი დღის წესრიგში იშვიათად დგება. ეპილექსიოლოგიური სამსახურის არარსებობის პირობებში, როდესაც პაციენტთა მეთვალყურეობა მიმდინარეობს პიროვნულად და ქაოტურად, მატულობს გულყრათა გახშირებისა და რეზისტენტული გულყრების შემთხვევები, რაც სახიფათოა ადამიანის სიცოცხლისათვის და დაუყოვნებელ რეანიმაციული ღონისძიებებს მოითხოვს. ამ შემთხვევაში მკურნალობა საკმაოდ ძვირი უჯდება როგორც პაციენტს, ისე სახელმწიფოს.

იმისათვის, რომ თვალნათელი იყოს ეპიტელისის პირდაპირი ხარჯის განსხვავება ამბულატორიულ და თუნდაც სამდღიან სტაციონარულ მკურნალობას შორის, მოვიყვანთ ერთ-ერთი მონიშნვე ქვეყნის - ჰოლანდიის მაგალითს, სადაც ეპიტელეტოლოგიური სამსახური საქმაოდ ჯარგადაა ორგანიზებული (იხ. ცხრ. 1):

**ეპიტელეტოლოგიური მომსახურების ტიპი და ეკონომიური ხარჯი ჰოლანდიაში (1999 წ).**  
 [მოსახლეობა -15 000 000; ეპიტელისის გავრცელება (პრეპრალენსი) - 0,75% (110 000 პირი)]

მომსახურების ტიპი	პაციენტთა რაოდენობა (%)	პირდაპირი სამედიცინო ხარჯის ხ3. ნილი (%)	ეკონომიური დანახარჯი (€)
ამბულატორიული მკურნალობა	85%	26%	23 300 000
სტაციონარული მკურნალობა	15%	74%	72 400 000

ცხრილიდან ჩანს, რომ, ორგანიზებული ეპიტელეტოლოგიური სამსახურის მიუხედავად, სტაციონარული მკურნალობა ესაჭიროება პაციენტთა 15%-ს; აღნიშნული 15%-ის სტაციონარული მკურნალობისთვის აუცილებელი თანხა კი სამჯერ და მეტად აღემატება 85% ამბულატორიულ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტებისათვის საჭირო დანახარჯს.

აქედან გამომდინარე, როდესაც არ ხდება ეპიტელისის პრობლემის ორგანიზებული მართვა, მნიშვნელოვნად მატულობს დაავადების გართულებული ფორმებისა და სტაციონარული მკურნალობის აუცილებლობის შემთხვევები, რაც საგრძნობლად ზრდის ეპიტელისის პირდაპირ ხარჯს. აქედან გამომდინარე, თითოეული ქვეყნის ეპიტელისის ხარჯის ინდივიდუური მაჩვენებელი ასახავს ქვეყანაში ეპიტელეტოლოგიური სამსახურის დონეს.

**ამბულატორიული მეთვალყურეობა**

ეპიტელისით დაავადებულები ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე საჭიროებენ ამბულატორიულ მეთვალყურეობას, რაც უკვე პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე ხორციელდება. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზებული სისტემა, ისევე როგორც სხვა ნოზოლოგიების შემთხვევაში, ეპიტელეტოლოგიური სამსახურის ერთ-ერთ ფუნდამენტურ რგოლს წარმოადგენს. ეპიტელისის როგორც სამედიცინო, ისე ფსიქო-სოციალური საკითხების სპეციფიკაში ამ რგოლის მედპერსონალის (ექიმი, ექთანი) ცოდნის დონე მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს როგორც მკურნალობის ეფექტურობას, ისე პაციენტისა და სახელმწიფოს ეკონომიური დანახარჯების ოდენობას. აქედან გამომდინარე, ეპიტელისის ხარჯთეფექტურობის მნიშვნელოვან წინაპირობას წარმოადგენს, ერთის მხრივ, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მუშაობა უწყვეტი სამედიცინო განათლება ეპიტელისის სამედიცინო და ფსიქოსოციალურ საკითხებში, მეორეს მხრივ კი, ეპიტელისაზე ზედამხედველობის ერთიანი სისტემის - **ეპიტელისის რეგისტრის** დანერგვა და ამოქმედება, რომელიც უზრუნველყოფს:

- o დაავადების ეპიდემიოლოგიის, პროფილაქტიკის, მკურნალობის, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის, ეკონომიკური და სადაზღვევო ასპექტების ობიექტურ აღნუსხვას;
- o პრობლემური საკითხების გამოვლენას და ფაქტზე დამყარებული მონაცემების საფუძველზე პრობლემის გადაჭრისათვის აუცილებელი ეთიკური და ხარჯთეფექტური პოლიტიკისა თუ ღონისძიებების შემუშავებას ჯანდაცვის, სოციალურ, საჯანონმდებლო და სადაზღვევო სფეროებში;
- o დაავადების მართვის ხარჯთეფექტური მეთოდების დანერგვასა და მართვას ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე;
- o ეპილექსის პროგრამის სხვა ნოზოლოგიურ ეროვნულ პროგრამებთან ინტეგრაციას.

აქედან გამომდინარე, ეპილექსის რეგისტრი ეპილექსის პროგრამის სწორი და ეფექტური მართვისათვის მნიშვნელოვან საოპერაციო ბერკეტს წარმოადგენს. მისი მეშვეობით შესაძლებელია ეპილექსის პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯის მნიშვნელოვანი შემცირება.

### **ნაბალთმობარაგება**



ეპილექსის მკურნალობის ეფექტურობა დამოკიდებულია წამლის მიღების უწყვეტ რეჟიმზე. ამიტომ, გასათვალისწინებელია პაციენტის ანტიეპილექსიური წამლებით უზრუნველყოფის საკითხი: როდესაც სააფთიაქო ქსელი დროულად მარაგდება ანტიკონვულსანტებით, ხოლო მომარაგებისა და დისტრიბუციის ტიპი ემყარება თითოეულ რეგიონში ეპილექსის სხვადასხვა ფორმების გავრცელების მიხედვით შემუშავებულ მარკეტინგს - თითოეული პაციენტისათვის ანტიეპილექსიური მკურნალობის

უწყვეტობის პირობები მაქსიმალურადაა დაცული. წამლის დეფიციტის შემთხვევაში, პაციენტი იძულებულია, დაარღვიოს მკურნალობის რეჟიმი, ან შეწყვიტოს მკურნალობა. რეჟიმის დარღვევა ან შეწყვეტა იწვევს გულყრების გახშირებას, მკურნალობის პერიოდის გახანგრძლივებას, ხელს უწყობს რეზისტენტური ფორმების ჩამოყალიბებას და მნიშვნელოვნად ზრდის ეპილექსის მკურნალობის ღირებულებას.



## არაპირდაპირი ხარჯი

### ეპილექსის არაპირდაპირი ხარჯი იანგარიშება ღაპაღების მიჯნით

- სიკვდილობის,
- ტრავმატიზმის,
- გაცდენილი სამუშაო საათების,
- უმუშევრობის;
- ინვალიდობისა და საპენსიო ხარჯების,
- ფსიქიკური და სხვა პრობლემებისათვის

### ღაპარჯული თანხების მიხედვით.

ამ თანხების ოდენობა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე.

**განვითარებული ეკონომიკის** ქვეყნებში, სადაც ფუნქციონირებს საკმაოდ მოქნილი საღაზღვევო და სოცუზრუნველყოფის სისტემა, ეპილექსის არაპირდაპირი ხარჯი გაცილებით აღემატება მისი პირდაპირი ხარჯის ოდენობას.

**დაბალი ეკონომიკის** ქვეყნებში კი ეპილექსის არაპირდაპირი ხარჯის საკითხი ან არ განიხილება, ან საკმაოდ არაეფექტური მიდგომით ხორციელდება, რის გამოც, ხშირად, მნიშვნელოვნად აჭარბებს ეპილექსის არაპირდაპირი ხარჯების რეალურად მოსალოდნელ ხარჯს.

### ამიტომ,

ეპილექსის ხარჯთეფექტურობის მისაღწევად, აუცილებელია, ეპილექსის პრობლემისადმი:

- მკაფიო პოლიტიკის ჩამოყალიბება;
- პრევენციული, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების დანერგვა;
- სწორ მარკეტინგულ გათვლებზე დამყარებული ენტიეპილექსიური წამლებით რეგულარული უზრუნველყოფა;
- შედეგების შეფასებისა და მონიტორინგის ერთიანი სისტემა;
- პროფესიონალების უწყვეტი განათლება;
- საზოგადოების განათლება და ამ პროცესში თვით საზოგადოების ჩართვა.

თუ აღნიშნული პუნქტებიდან რომელიმე ვერ სრულდება, მნიშვნელოვნად მატულობს ეპილექსის პირდაპირი თუ არაპირდაპირი ხარჯი და განსაკუთრებული სიმწვავეით წარმოჩინდება არამატერიალური ხარჯები.

# ანამეფრისფერი ხელი



## ენილექსიის სტიგმა

საზოგადოებაში საუკუნეების მანძილზე ეპილექსიის შესახებ მრავალი ცრურწმენა იყო გავრცელებული, რაც შესაბამისად ისახებოდა სხვადასხვა ქვეყნის საკანონმდებლო აქტებში: ჩვ.წ.ალ-მდე 1780 წ. ჰამურაბის ხელნაწერებიდან

ირჩევდა, რომ ეპილექსიით დაავადებულ ქალს ეკრძალებოდა ოჯახის შექმნა; მე-15-16 საუკუნეებში ეპილექსიით დაავადებულებს არ ჰქონდათ საზოგადოებრივ დასახლებებთან ახლო ტერიტორიაზე ცხოვრების უფლება; აშშ-ში 1900 წლამდე იყო შემორჩენილი ეპილექსიით დაავადებულთა ოფიციალური კოლონია და მხოლოდ 1957 წელს გაუქმდა კანონი ეპილექსიით დაავადებულ ქალთან ქორწინების აკრძალვის შესახებ; ინგლისის ზოგიერთ საგრაფოში ასეთი კანონი 1980 წლამდე მოქმედებდა; ეპილექსიით დაავადებულს ინდოეთში 2000 წლამდე ოფიციალურად ეკრძალებოდა სასამართლოში ჩვენების მიცემა.

აზიისა და აფრიკის ბევრ ქვეყანაში დღესაც თვლიან, რომ ეპილექსიით დაავადებული ქალი ბოროტი სულითაა შეპყრობილი; ზოგ სახელმწიფოში ეპილექსია გადამდებ სენად ითვლება და ასეთ პირებსა და მათ ოჯახებს იზოლირებულად განასახლებენ. ინდოეთში, ჩინეთსა და ნეპალში დღესაც ოფიციალურადაა აკრძალული ეპილექსიით დაავადებულ ქალთან ქორწინება. ამ შეხედულებების, ცრურწმენებისა და საკანონმდებლო აქტების შედეგად ეპილექსიამ შეიძინა საკმაოდ ფუნდამენტური სტიგმის თვისება.

არასწორი და მცდარი შეხედულებები საზოგადოებრივ ცნობიერებაში დღესაც აკანონებს მტრულ განწყობას ეპილექსიით დაავადებულის მიმართ და მრავალ პრობლემას უქმნის არა მარტო პაციენტს, არამედ მთელ მის ოჯახს განათლების, დასაქმების, ოჯახის შექმნის, საზოგადოებრივი ურთიერთობებისა თუ უამრავ სხვა საკითხში. ამიტომ, დიაგნოზი \_ „ეპილექსია“ საკმაოდ მძიმე სტრესია პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის. დაავადება თითქმის ყველა შემთხვევაში აღიქმება როგორც დასამალი, სასირცხვილო მდგომარეობა, რადგან საზოგადოებას იგი უნარშემზღვევად, საშიშ და მიუღებელ სენად მიაჩნია. გარშემომყოფების მხრიდან დაავადების ასეთი „შეფასება“ და კონკრეტული ქმედებები მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს ეპილექსიის მქონე პირის მიერ საკუთარი დაავადების, როგორც მასტიგმატიზებული მდგომარეობის აღქმაზე, რაც ხელს უშლის პიროვნების სოციალურ ადაპტაციას, ინტელექტუალურ და

პროფესიულ სრულყოფას, ოჯახის შექმნაზე ფიქრს და ზრდის მათი იზოლაციისა თუ ემოციური პრობლემების ხარისხს.

დაავადებულისა და მისი ოჯახის მიერ ეპილექსის დიაგნოზის მიმდებლობა ძალზე რთულია, რადგან ეპილექსია მძიმე დამდა ანა მარტო ჰაცენტიისათვის, არამედ მთელი მისი ოჯახისა და შთამომავლობისთვის, რითაც იგი ძირეულად განსხვავდება სხვა, თუნდაც უფრო მძიმე ქრონიკული დაავადებებისაგან. ეპილექსის მქონე პირები საკუთარ თავს ინვალიდებად აღიქვამენ მაშინაც კი როდესაც ფიზიკური ინვალიდობის არანაირი ნიშანი არ გააჩნიათ; მათ ბევრად დაბალი თვითშეფასება აქვთ, ვიდრე სხვა ქრონიკული დაავადების მქონე ან ჯანმრთელ პირებს და დიაგნოზზე, ძირითადად, შფოთვით, დეპრესიით, იზოლირებითა და საკუთარ თავში ჩაკეცვით რეაგირებენ.

დაავადებულის ცხოვრების ხარისხზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს დაავადებისა და დაავადებულის მიმართ მეგობრების, თანამშრომლებისა და საზოგადოების დამოკიდებულება.

ეპილექსის მქონე ადამიანის სრულფასოვანი ცხოვრებისათვის მეტად მნიშვნელოვანია ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მდგომარეობით უწყალოფილება, რომელიც ყალიბდება საკუთარი შესაძლებლობების და შეზღუდვების შეფასებისა და სოციალურ გარემოსთან ურთიერთობის პროცესში; შესაბამისად, ეპილექსის პრობლემისადმი სწორი მიდგომა შეუძლებელია ჰაცენტების, მათი ოჯახის წევრების, საზოგადოებრივი, ჯანდაცვის სფეროს, სოციალური და სამართლებრივი ინსტიტუტების სათანადო საგანმანათლებლო თუ საინფორმაციო ვაჟუმის პირობებში.



*განდგენილით  
დასაუფლოებლათა  
ცხოვრების ხარისხი*

ცხოვრების სრულფასოვნება - quality of life – გულისხმობს პიროვნების ფიზიკური, სოციალური, ეკონომიური და ფსიქიკური მდგომარეობით უწყალოფილებას. იგი რთული ფენომენია, რადგან

- მრავალგანზომილებიანია** - ცხოვრების მრავალი ასპექტით უწყალოფილებას მოიცავს;
- ინდივიდუარია** - დამოკიდებულია ინდივიდის განწყობაზე, წარმოდგენასა და თვითაღქმაზე;
- ფარდობითია** - ინდივიდი ცნობიერად თუ არაცნობიერად ახდენს საკუთარი მდგომარეობის შედარებას რომელიმე გარეგან კრიტერიუმთან;
- ცვალებადია** - დაჟავშირებულია როგორც ობიექტურ გარემოებებთან, ისე სუბიექტური წარმოდგენის ცვლილებებთან.

ეპილექსიის მქონე პიროვნების ცხოვრების სრულფასოვნებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს როგორც სამედიცინო, ისე მრავალი სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორი:

<p><b>სამედიცინო:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გულყრა (ტიპი, სიხშირე)</li> <li>• ანტიეპილექსიური წამლის გვერდითი მოვლენები:             <ul style="list-style-type: none"> <li>_ თვალსაჩინო (ტრემორი, სედაცია, ალერგიული გამონაყარი),</li> <li>_ არათვალსაჩინო (მეხსიერებისა და კოგნიტური ცვლილებები).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>სოციალური:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დასაქმების პრობლემა;</li> <li>• ოჯახის შექმნის პრობლემა;</li> <li>• ლიმიტირებული სოციალური ურთიერთობები;</li> <li>• ლიმიტირებული ფინანსური რესურსები.</li> </ul>
<p><b>სტიგმატიზაცია:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სუბიექტური / რეალური;</li> <li>• ოჯახური ურთიერთობები (ჰიპერმზრუნველობა; იზოლაცია);</li> <li>• საზოგადოებრივი შეხედულება.</li> </ul>
<p><b>ფსიქოლოგიური:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დიაგნოზთან დაკავშირებული შფოთვა და განცდა;</li> <li>• შთამომავლობაზე ეპილექსიის გადაცემის შიში;</li> <li>• განჯურნების უიმედობა;</li> <li>• დეპრესია;</li> <li>• უსუსურობის განცდა;</li> <li>• დაბალი თვითშეფასება.</li> </ul>

ცნობილია, რომ სრულფასოვანი ცხოვრების განმსაზღვრელ მნიშვნელოვან პრედიქტორს წარმოადგენს ჯანმრთელობის სუბიექტურად აღქმული და არა ობიექტურად არსებული მდგომარეობა. ეპილექსიით დაავადებული პირის შეზღუდვები განათლების, დასაქმების, ოჯახის შექმნისა და შვილოსნობის სფეროში, ზრდის მისი სოციალური იზოლაციისა და სტიგმატიზაციის ხარისხს, რაც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს დაავადებულის ცხოვრების სრულფასოვნებაზე, ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში ართულებს მკურნალობის ეფექტურობისა და კონტროლირებადი გულყრების მიღწევადობას და მნიშვნელოვნად ზრდის მკურნალობის ხარჯებს.

ეპილექსიით დაავადებულები წლების მანძილზე ყოველდღიურად ლებულობენ ანტიეპილექსიურ წამლებს. ყველა პაციენტი თითოეული ანტიკონვულსიური პრეპარატის მიმართ მკვეთრად ინდივიდუალური დამოკიდებულებას ამჟღავნებს. ზოგჯერ, კონკრეტული პაციენტისათვის შერჩეული ადეკვატური მკურნალობა არასასურველი გვერდითი



მოვლენებით ხასიათდება, რის გამოც ექიმი, იძულებულია, შეცვალოს წამლის დოზა ან თვით პრეპარატიც კი. ეს პროცესი არ გამოირიცხავს გულყრების განმეორებითი განვითარების შესაძლებლობას, რაც პაციენტში ხშირად იწვევს მყურნალობისადმი უიმედო და უპერსპექტივო დამოკიდებულებას.

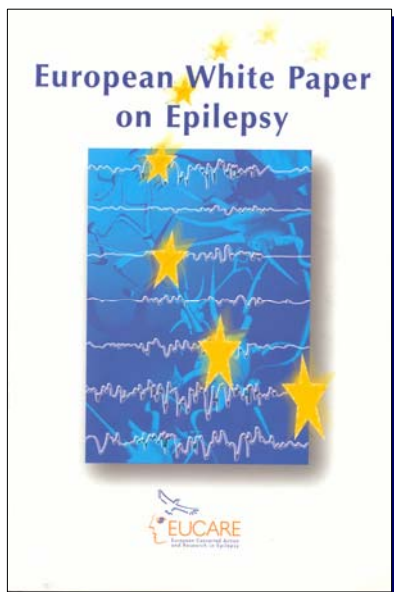
ადეკვატურად შერჩეული ანტიეპილექსიური წამლებით რეგულარული მყურნალობის ფონზე ეპილექსიით დაავადებულთა უმრავლესობას გულყრები სრულიად უწყდება. დაავადების ყველა სიმპტომის „აღაგების“ მიუხედავად, ეპილექსიის მქონე პირს მუდმივად თან სდევს გულყრის განახლების შიში და განცდა, რაც მნიშვნელოვნად თრგუნავს მისი პიროვნული ღირსების გრძნობას.

2000 წელს შესწავლილ იქნა საქართველოში მცხოვრები ეპილექსიით დაავადებული პაციენტების ცხოვრების ხარისხი (Quol 31 კითხვარით). ქვლევის შედეგების მიხედვით ეპილექსიით დაავადებულთა:

- 86,4% უმუშევარია;
- 55,9% დაუოჯახებელია;
- 26,9% განქორწინებულია;
- 20,4% I ჯგუფის ინვალიდია;
- 76% პენსიონერია;
- 25,4% ლებულობს ალტერნატიულ მყურნალობას (აკუპუნქტურა, შინაური წამლები);
- 40%-ს აღენიშნება დეპრესია;
- 24%-ს ერთხელ მაინც ჰქონია სუიციდის მცდელობა.

ამ მონაცემების მიხედვით, საქართველოში მცხოვრები ეპილექსიით დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხი მნიშვნელოვნად დაბალია იმ ადამიანებთან შედარებითაც კი, რომლებსაც სხვადასხვა სახის საყურადღებო ფიზიკური ნაკლი გააჩნია.

*დასკვნა*



### ეპილექსია – თავის ტვინის საკმაოდ

გავრცელებული ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ადეკვატურ მზრუნველობას საჭიროებს. იგი მძიმე ეკონომიკური ტვირთია როგორც ჯანდაცვის სფეროს, ისე პაციენტისა და მისი ოჯახისთვის.

ეპილექსიის პრობლემების გადაჭრა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისთვის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა, რადგან არასრულფასოვანი ეპილექტოლოგიური სამსახურის პირობებში ევროპის ბიუჯეტი ყოველწლიურად **2 მლნ. ევროთი ზარალდება**. ამიტომ, ევროპარლამენტი ყველა ქვეყნის მთავრობებს მოუწოდებს, რომ სასწრაფოდ გატარდეს ეფექტური ღონისძიებები ეპილექსიის პრობლემის მოსაგვარებლად.



1. Murray CJL., Lopez AD., eds. *Global Comparative assessments in the health sector; disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: WHO, 1994.
2. Gessner ., Sagmeister M., Horisberger B. The cost of epilepsy in Switzerland. *Int J Health Sci* 1993;4:121-8.
3. Cockerell OC., Hart YM., Sander JW., et al. The cost of epilepsy in the United Kingdom: an estimation based on the results of two population-based studies. *Epilepsy Res* 1994;18:249-60.
4. Begley C., Annegers J., Lairson D., et al. Cost of epilepsy in the United States: a model based on incidence and prognosis. *Epilepsia* 1994;35:1230-43.
5. Sander JW., Walker MC. and Smalls J.E. (2003) *Epilepsy: From Synapse to Society, Practical Guide to Epilepsy. 9-th Epilepsy Teaching Weekend; St. Anne's College, Oxford.*
6. Jacoby A. Impact of epilepsy on employment status: findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilepsy Res* 1995;21:125-32.
7. Jacoby A., Buck D., Baker G., et al. Uptake and costs of care for epilepsy: findings from a UK regional study. *Epilepsia* 1998;39:776-86.
8. Beran RG. The burden of epilepsy for thre patient. *Epilepsia* 1999; 40(suppl 8):40-3.
9. Pachlatko C. Economic aspects of epilepsy: an introduction. In: Beran RG., Pachlatko CE., eds. *Cost of epilepsy: proceedings of the 20th international Epilepsy Congress*. Baden: Ciba-Geigy. 1995:11-6.
10. Annegers JF., Beghi E., Begley CE. Cost of epilepsy: contrast of methodologies in United States and European studies. *Epilepsia* 1999; 40(suppl 8):14-8.