

## სარჩევნო CONTENT

### ცოდნის ახალი ჩირაღდანი

<u>შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ამირან გამყრელიძის მისალმება</u> <i>Welcome Address of the Minister of Labour, Health and Social Affairs – Prof. A. Gamkrelidze</i>	3
--	---

### კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციები / Clinical Practice Guidelines:

<u>რედაქციისაგან</u> <i>Clinical Practice Guidelines – editorial comments to terminology</i>	5
---	---

<u>ევროპის საბჭოს მეთოდური რეკომენდაცია საუპროფესო საექსპერტიზო პრაქტიკის ბაიოლოგიების შემწვის მეთოდოლოგიის შესახებ</u> <i>RECOMMENDATION OF COUNCIL OF EUROPE ON DEVELOPING A METHODOLOGY FOR DRAWING UP GUIDELINES ON BEST MEDICAL PRACTICES</i> <b>6. რაჭველიშვილი / N. RACHVELISHVILI</b>	6
---	---

<u>ბულის უკმარისობის მძიმე პაციენტთა მკურნალობა</u> <i>CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE</i> <b>ბ. პაპოშვილი / K. PAPOSHVILI</b>	10
---	----

<u>წინაშელოვანი ვიბრილაციის (მოციმციმე არითმიის) მძიმე პაციენტთა მკურნალობა</u> <i>CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION</i> <b>ბ. პაპოშვილი / K. PAPOSHVILI</b>	15
---	----

### ზამთერზე დაფუძნებული მედიცინა / Evidence Based Medicine:

<u>ზამთერზე დაფუძნებული მედიცინა: რას უნდა ველოდეთ და რას არა!</u> <i>EVIDENCE BASED MEDICINE – WHAT WE COULD EXPECT, AND WHAT WE SHOULDN'T</i> <b>ზ. კირტავა / Z. KIRTAVA</b>	20
--	----

### კლინიკური მიმოხილვები / Clinical Reviews:

<u>ჰიპერტონული კრიზისის მკურნალობა</u> <i>The Management of Hypertensive Crisis</i> <b>თ. ივანიშვილი / T. IVANISHVILI</b>	23
---	----

<u>ანესკოპიკური ლაპაროსკოპია</u> <i>Gasless Laparoscopy</i> <b>ბ. კობალავა, კ. ამირანაშვილი / B. KOBALAVA, K. AMIRANASHVILI</b>	30
---	----

### პაციენტი და ექიმი: კანონი და ეთიკა / Patient and Doctor – Law and Ethics:

<u>ეთიკური საკითხი – ივლივას მოწმეთათვის სისხლის გადასხმის ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები</u> <i>Ethical and Legal Issues of Blood Transfusion for Treatment Purposes to Jehovah's Witnesses</i> <b>ბ. კიკნაძე, გ. ჯავაშვილი, ა. ბარკალაია / G. KIKNADZE, G. JAVASHVILI, A. BARKALAI</b>	33
--	----

### წამლის პროფილი / Drug Profile:

<u>COX2 ინჰიბიტორები – არიან თუ არა “მართლაც საუპროფესო?”</u>	39
---	----

Are selective COX2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs?

**პ. იუნეი, ა. რუტიმს, პ. დიეპე / JUNI P, RUTIES AWS, DIEPPE PA.**

ახალი ალტერნატივები ანტიინფლამატორულ პრეპარატთა არსენალში

**41**

Potential alternatives to COX2 inhibitors

**მ. სკელი, ჯ. ჰოუკი / SKELLY MM, HAWKEY GJ. (Editorial articles from the British Medical Journal)**

**კონფერენციები / Conferences Briefing:**

შვედეთში შტატების საერთაშორისო განვითარების ბიუროსა (USAID) და ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის კავშირის (AIHA) 2002 წლის კონფერენციები

**44**

USAID Conference “10 years of Health care Programs in countries of Central and Eastern Europe and Eurasia”, 29-31 July, 2002; and AIHA Conference “Celebrating of Partnership Success”, 1-3 August, 2002, Washington, DC, USA

ინფორმაცია სამეცნიერო-კვლევითი გრანტების შესახებ

**47**

**Information about Grants and Fellowships for Scientists and young doctors**

იუმორი სამედიცინო თემაზე

**48**

Medical Humor

მედიცინა ინტერნეტში სასარგებლო ვებ-გვერდები

**51**

Medicine in the Internet: Useful Medical URLs/Links

ინტერნეტის სამედიცინო ღიაჯიხტი №7-8 (85-86), 2002 / Internet Medical Digest

## ცოდნის ახალი ჩიკაღანო

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის პროფ. ა. გამყრელიძის მისაღმება

თანამედროვე სამყაროში ნებისმიერ დარგში წარმატების მიღწევის საწინდარი განხლებული და ობიექტური ინფორმაციის სწორი და რეგულარული მიღებაა. მედიცინა სწორედ იმ სფეროს განეკუთვნება, სადაც ობიექტური და შეწონილი ცოდნის გარეშე მდგომარეობის გაუმჯობესება შეუძლებელია, ხოლო თავად ეს ცოდნა მუდმივ კრიტიკულ გადახედვას და სისტემატიზირებას მოითხოვს. სწორედ ექიმის ინფორმირებულობაზეა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებული, თუ როგორ დავამარცხებთ დაავადებას და ვიხსნით ავადმყოფის სიცოცხლეს.

საქართველოს პრეზიდენტის ბ-ნ ე. შევარდნაძის გამოსვლაში საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების სახელმწიფო საბჭოს გაფართოებულ სხდომაზე 2002 წლის 9 სექტემბერს ხაზი გაესვა საქართველოს განვითარებისათვის „ციფრული რევოლუციის“ და „ინფორმაციული საზოგადოების დაფუძნების“ განსაკუთრებულ როლს.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ ჯერ კიდევ 1996 წელს სწორად შეაფასა ის დიდი მნიშვნელობა, რაც თანამედროვე პირობებში ინფორმატიზაციას, სიახლეების შესახებ დარგის პროფესიონალთა მუდმივად ინფორმირებას, ცოდნის გაცვლას, დისტანციურ სწავლებას ენიჭება. სწორედ ამ წელს სამინისტროს ინიციატივითა და ამერიკელი პარტნიორების – შეერთებული შტატების განვითარების საერთაშორისო სააგენტოს (USAID), ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის კავშირის (AIHA), ატლანტა-თბილისის ჯანმრთელობის საერთაშორისო პროგრამისა და ემორის უნივერსიტეტის სამედიცინო ბიბლიოთეკის – დახმარებით საქართველოში – პოსტსაბჭოთა სივრცეში პირველად – შეიქმნა ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი (მსსც) – თანამედროვე ელექტრონული ბიბლიოთეკა, რომელმაც ინტერნეტის მეშვეობით უახლესი სამედიცინო ინფორმაციის მსოფლიო მონაცემთა ბაზები (მედლაინი, ემ-დი-კონსალტი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ელექტრონული ბიბლიოთეკა და სხვ.) ქართველი ექიმებისა და ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის ხელმისაწვდომი გახადა. სადღეისოდ მსსც-ის კომპიუტერებით 2000-მდე სრულტექსტური ელექტრონული ჟურნალიდან შესაძლებელია უახლესი სტატიების მიღება, რაც ქართველ ბიოსამედიცინო დარგის მკვლევარებსა და პრაქტიკოს ექიმებს განუსაზღვრელ საშუალებებს აძლევს. 1998 წლიდან ესსც უშვებს „ინტერნეტის სამედიცინო დაიჯესტს“, რომელიც მსოფლიო მედიცინის სიახლეებს რეგულარულად აშუქებს.

ამავე დროს უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში ჯერ კიდევ დაბალია საინფორმაციო ტექნოლოგიების განვითარების მაჩვენებელი – მოსახლეობის მხოლოდ 2%-ს გააჩნია კომპიუტერი და მათი მცირე ნაწილია ინტერნეტში ჩართული. ჯანდაცვის და სოციალური სფეროს პროფესიონალთა ინფორმირებისა და უწყვეტ განათლების მიზნით დიდი მნიშვნელობა აქვს სპეციალური ჟურნალის გამოშვებას, რომელიც სწორედ სამედიცინო კადრებზე იქნება გათვლილი. ეს მოგვცემს საშუალებას ინტერნეტში განთავსებული მდიდარი რესურსები ხელმისაწვდომი გავხადოთ მათთვისაც – ვისაც კომპიუტერი გააჩნიათ და ინგლისურს ფლობენ და მათთვისაც – ვისაც ციფრული ტექნოლოგიების და ენობრივი ბარიერი ჯერ არ გადაულახავს.

წინამდებარე ჟურნალი – „თანამედროვე მედიცინა“ სწორედ ამის მცდელობაა. დასავლურ მეცნიერებაში 70-იანი წლებიდან დიდი ყურადღება ექცევა ფაქტებზე დაფუძნებულ მედიცინას, კოპრეინის მონაცემთა ბაზებს, რანდომიზირებულ კლინიკურ კვლევებს, მათ მეტა-ანალიზს და სისტემატურ მიმოხილვებს, კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციებს და აპრობირებულ რეკომენდაციებზე დამყარებულ სამედიცინო პრაქტიკას, რაც ჯანდაცვის სამსახურების მაღალი ხარისხის გარანტირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მეთოდია. სადღეისოდ 4800-მდე ბიოსამედიცინო ჟურნალი გამოდის მსოფლიოში. აქედან

ზოგადსამედიცინო მიმართულების დაახლოებით 200 რეკომენდირებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვისაა. საჭიროა სკურპულოზური ანალიზი, რომ ასეთი ინფორმაციული ოკეანიდან მოხერხდეს შეჯერებული ანალიტიკური მასალების მომზადება, იმ საუკეთესო მტკიცებულებების და ფაქტების ამოკრეფა, რაც ნამდვილად ეჭვს არ იწვევს და რომლის პრაქტიკულ გამოცდილებასთან ინტეგრირება ექიმს ცოდნით აიარაღებს დაავადებებთან საბრძოლველად. მხოლოდ ამ გზითაა შესაძლებელი დღეს ინფორმაციული ნაკადების მართვა და უწყვეტი განათლების თანამედროვე სისტემის სრულფასოვანი ამოქმედება. ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“, რომელიც როგორც ნაბეჭდი, ასევე ციფრული (ელექტრონული) სახით გამოვა, მსსც-ის ბაზაზე მზადდება და იმედია იქცევა ქართველი ექიმების, რეზიდენტების, სტუდენტი-მედიკოსების და მკვლევარებისათვის ცოდნის იმ ახალ ჩირაღდნად, რომელიც ნათელს მოჰფენს ჯერ კიდევ დაფარულ საიდუმლოებებს.

**მივესალმები ახალი ქართული სამედიცინო ჟურნალის გამოსვლას და წარმატებებს ვუსურვებ მის ახალგაზრდულ კოლექტივს!**

**Welcome Address of the Minister of Labour,  
Health and Social Affairs  
Prof. A. Gamkrelidze**

21<sup>st</sup> century could be truly called as age of Information Technologies Society. Possessing the most recent and reliable information, managing knowledge, exchanging information with colleagues and integrating the best evidences with practical experience are the main factors determining success in any fields and particularly - in medicine. With over 4 800 biomedical journals published worldwide doctors face dilemma how to manage that information ocean and being informed about the recent news in their specialties. Evidence Based Medicine, Clinical Practice Guidelines and Guidelines Applied Practice are the modern trends and ways to guarantee quality of care of population. In Georgia, where only 2% of population yet has access to computers it is vital to publicize the best of knowledge using both electronic and traditional publishing. New journal - Contemporary Medicine aims to provide the best of knowledge to Georgian doctors, researchers and medical students using both ways of electronic and printed resources and to become a new source of continuous medical education.

**On behalf of the Ministry I would like to welcome this new torch of knowledge and wish success to its young team.**

## კლინიკური პრაქტიკის მეთოდური რეკომენდაციები – სარედაქციო განმარტება

ინგლისურენოვან სამედიცინო ლიტერატურაში უკანასკნელ ხანს ფართოდ გამოიყენება ტერმინი **guideline**, რომელიც სხვადასხვა ლექსიკონებით განიმარტება როგორც „ზოგადი მიმართულება“, „სახელმძღვანელო მითითება“, „გენერალური მიმართულება“, „დირექტივა“. განსაკუთრებით ხშირად გამოიყენება ტერმინი **Clinical Practice Guidelines (CPG)** – ამ სახით აღნიშნება ამა თუ იმ დაავადების მართვის – დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან პროფილაქტიკის – ის მეთოდური რეკომენდაციები, რომლებიც ეყრდნობა თეორიულ დასაბუთებას, კრიტიკულ ანალიზს, აპრობირებულია მოწინავე გამოცდილების მქონე დაწესებულებებში და მოწონებული და ნებადართულია შესაბამისი უფლებამოსილების მქონე ორგანოს მიერ. სხვადასხვა ენებში ტერმინი “[კლინიკური პრაქტიკის] გაიდლაინები” დამკვიდრდა, ზოგან, მაგ.: რუსულ ენაში მის პარალელურად გამოიყენება „[კლინიკური პრაქტიკის] სტანდარტები“.

ჩვენის აზრით, ტერმინი **guideline** შუალედურ ადგილს იკავებს „რეკომენდაციასა“ (რომელიც სავალდებულო არაა) და „სტანდარტს“ (სავალდებულო, რაიმე უფლებამოსილი ორგანოს მიერ დამტკიცებულ დირექტივას) შორის. საქართველოში, სადაც რაიმე პროცედურა ასეთი სტანდარტების დასამტკიცებლად ჯერ-ჯერობით არაა შემუშავებული, ჩვენ – ქართული ენის სახელმწიფო პალატისა და ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს მოსაზრებათა გათვალისწინებით – გადავწყვიტეთ, დროებით გამოვიყენოთ ტერმინი „კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციები“.

ამავდროულად მიგვაჩნია, რომ რამდენადაც ყველა ზემოთხსენებული ტერმინი მაინც უცხოურიდან ინტეგრირებულია, ალბათ მიზანშეწონილი იქნებოდა ქართულ სამედიცინო საზოგადოებას ემსჯელა, თუ რომელი ქვემოთჩამოთვლილი ტერმინი უფრო მისაღები იქნებოდა მომავლისათვის:

- „კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციები (კპრ)“
- „კლინიკური პრაქტიკის სტანდარტები (კპს)“
- „კლინიკური პრაქტიკის დირექტივები (კპდ)“
- „კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინები (კპგ)“.

კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციები (CPG, კპრ) თანამედროვე მედიცინის უმნიშვნელოვანეს სფეროს განეკუთვნება. მათი როლი კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების საქმეში განუხრელად იზრდება. უკვე ჩვეულებრივ ამბავს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ ცალკეული დაავადებისა თუ მდგომარეობისათვის თუნდაც ერთი ქვეყნის შიგნით არსებობს რამდენიმე მოქმედი კპრ. ეს გასაკვირი სულაც არ არის, რადგან კპრ არ აწესებს მკაცრად განსაზღვრულ სტანდარტს და მისი შემუშავება ხდება როგორც სამედიცინო ასოციაციების, ისე კერძო დაწესებულებებისა თუ სახელმწიფო ორგანიზაციების მიერ. ბუნებრივია, ყველა ამ კპრ-ს ერთნაირი ღირებულება ვერ ექნება, თუმცა მათი უმეტესობა ერთმანეთს არ ეწინააღმდეგება ხოლმე.

ამავე დროს კპრ-ების ასეთი სიმრავლე ერთგვარად დამაბნეველი ხდება და სრულიადაც არ ემსახურება მათი შექმნის ძირითად მიზანს. თუმცა ეს ცალკე მსჯელობის საგანს წარმოადგენს და ჩვენს კომპეტენციას სცილდება. ერთი რამ კი უდავოდ ნათელია: რეკომენდაციების ასეთი სიმრავლე საქართველოსავით პატარა ქვეყნისათვის დიდი ფუფუნება იქნება. ამიტომ ჩვენ მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ, მკითხველისათვის მიგვეწოდებინა რამდენიმე საკითხის გარშემო არსებული უცხოური გაიდლაინების ერთგვარი მიმოხილვა და ვცადეთ ყურადღება გაგვემახვილებინა ისეთ საკითხებზე, რომელსაც ყველა ეს კპრ იზიარებს და ერთნაირად აფასებს. იმედი გვაქვს, რომ ასეთი ინფორმაცია დააინტერესებს ჩვენს მკითხველს და ამავე დროს გამოსადეგი იქნება მომავალში, ორიგინალური ქართული რეკომენდაციების და სტანდარტების შემუშავების დროს.

**გთხოვთ გაგვიზიაროთ თქვენი მოსაზრებები.**

*ჟურნალის რედაქცია*

## **CLINICAL PRACTICE GUIDELINES – EDITORIAL COMMENTS TO TERMINOLOGY**

As the term “guidelines” have not exact equivalent in Georgian language, there is yet no agreed decision which term to use for translating “Clinical Practice Guidelines”. State Council on Georgian Language and National Council on Bioethics have advised to use term “Clinical Practice Recommendations” (CPR) until the special procedure of endorsement of guidelines (CPG) – by professional associations, by the Ministry of Health or National Health Management Centre – is introduced. Biomedical society is solicited to participate in debates on the terminology issue.

### **ევროპის საბჭოს მეთოდური რეკომენდაცია საუკეთესო სამედიცინო პრაქტიკის ბაიბლინების შექმნის მეთოდოლოგიის შესახებ**

#### **ნინო რაჭველიშვილი**

მედ. მეცნ. კანდ., ოსსშ თერაპიაში სპეციალიზაციის კათედრა; ევროსაბჭოს ჯანდაცვის კომიტეტთან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი მუშაობის საკოორდინაციო ჯგუფის თავრის მოადგილე.

ელ-ფოსტა: *ninora@nilc.org.ge*

ევროპის საბჭოს საქმიანობის ძირითადი მიზანი ამ ორგანიზაციის

44 წევრ-ქვეყანას შორის მჭიდრო ურთიერთობების განვითარება და ერთიანობის გაძლიერებაა. ამ მიზნის მიღწევის ერთ-ერთ გზად ერთობლივი ღონისძიებების შემუშავება და განხორციელებაა მიჩნეული. მათ შორის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფერო ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმოადგენს.

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტი აღიარებს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და ჯანდაცვის სისტემები საუკეთესო თანამედროვე მტკიცებულებებზე უნდა იყოს დამყარებული, ამასთან, – არ ეწინააღმდეგებოდეს ადამიანის უფლებების დაცვის კონვენციასა და ევროპის სოციალური ქარტიის დებულებებს.

შესაბამისად, სადღეისოდ მაღალი ხარისხის, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური რეკომენდაციების შექმნა და წარმატებული დანერგვა თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური პრობლემაა. ინტერესი ამ საკითხისადმი დიდია არა მარტო პროფესიონალების, არამედ პაციენტების მხრიდანაც, რომლებიც სადღეისოდ ჯანდაცვის პროცესის აქტიური მონაწილეები ხდებიან. ამასთანავე, რეკომენდაციების შექმნისას სპეციალისტები ხშირად მთელ რიგ მეთოდოლოგიურ სიძნელეებს აწყდებიან.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ევროპის საბჭოს ჯანმრთელობის კომიტეტმა (CDSP) მიზნად დაისახა რეკომენდაციების შექმნის მეთოდოლოგიის სარეკომენდაციო დოკუმენტის შექმნა. ევროპის ქვეყნების წამყვანი სპეციალისტებით დაკომპლექტებული ექსპერტთა კომიტეტის (SP-MPR) ორწლიანი მუშაობის შედეგად მომზადდა მეთოდური რეკომენდაცია “საუკეთესო სამედიცინო პრაქტიკის რეკომენდაციების შექმნის მეთოდოლოგიის შესახებ”. 2001 წლის 10 ოქტომბერს ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 768-ე სხდომაზე იგი დამტკიცებულ იქნა როგორც სახელმძღვანელო დოკუმენტი ყველა წევრი-ქვეყნისათვის, მათ შორის საქართველოსთვისაც. ამ რეკომენდაციამ სპეციალისტების დიდი მოწონება დაიმსახურა და წარმატებით გამოიყენება ევროპის მრავალ ქვეყანაში.

მეთოდური რეკომენდაცია შემდეგი თავებისაგან შედგება:

- ახსნა-განმარტებითი მემორანდუმი: ჯანდაცვის პოლიტიკის ზოგადი საკითხები; რეკომენდაციების შექმნის მეთოდოლოგია;
- რეკომენდაციების მნიშვნელობა და ფუნქციები;
- რეკომენდაციების გავრცელება და დანერგვა;
- სხვა პრაქტიკული, სოციალური, ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები;
- რეკომენდაციები და სტანდარტები.

უნდა აღინიშნოს, რომ დამატების სახით წარმოდგენილია კლინიკური რეკომენდაციებისადმი მიძღვნილი მნიშვნელოვანი ვებ-საიტების ნუსხა.

მეთოდურ რეკომენდაციაში განსაკუთრებული ყურადღება ეროვნულ რეკომენდაციებს ეთმობა. მაგალითების სახით მასში როგორც განვითარებული ქვეყნების, ისე განვითარებადი (მაგ. რუმინეთის) გამოცდილებაა განხილული.

ამ დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ სამედიცინო (კლინიკური) პრაქტიკის რეკომენდაციები საუკეთესო თანამედროვე მტკიცებულებებს უნდა ეფუძნებოდეს. მათი ძირითადი მიზანი მაღალი ხარისხის კლინიკური პრაქტიკის მხარდაჭერა, განმტკიცება და ხელშეწყობაა. კლინიკური რეკომენდაციების წარმატება თუ წარუმატებლობა მათი ხარისხით, სამედიცინო ღირებულებით, სოციალური, ეთიკურ და სამართლებრივი ასპექტებით და ყოველდღიურ პრაქტიკაში მათი დანერგვით განისაზღვრება.

ამასთან საზგასმულია, რომ სხვადასხვა ქვეყნებში რეკომენდაციების შექმნისა და დანერგვის გზები განსხვავებულია, რაც ჯანდაცვის ეროვნული სისტემების გარდა მთელ რიგ ეთიკურ, ეკონომიკურ, სამართლებრივ და სხვა ფაქტორებზეა დამოკიდებული. ამ ასპექტების კომპლექსურად გათვალისწინება ყველა ქვეყნისათვის აუცილებელია.

რეკომენდაციები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების ერთ-ერთ მძლავრ იარაღს წარმოადგენს. ძირითადი პრინციპები, რომელსაც რეკომენდაციები ემყარება ჯანდაცვის ყველა საფეხურზე და სფეროზე, როგორცაა ჯანმთელობის ხელშეწყობა, პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, – აგრეთვე ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალზე თანაბრად უნდა ვრცელდებოდეს. უპირველეს პირობას კი პაციენტის ინტერესებისა და უფლებების დაცვა და პროფესიონალების პასუხისმგებლობის გათვალისწინება წარმოადგენს.

სასურველია, რომ რეკომენდაციები რამდენიმე სხვადასხვა პროფესიული ჯგუფის მონაწილეობით იქმნებოდეს, რომლებიც სათანადო ხარისხის კრიტერიუმებით იხელმძღვანელებენ. ეს პროცესი დამოუკიდებელი, გამჭვირვალე უნდა იყოს და სისტემატიურ ხასიათს ატარებდეს.

დასაშვებია, რომ რეკომენდაციებში მოცემულმა მტკიცებულებებმა გაამყარონ არჩევანი ჯანდაცვის ეროვნული პრიორიტეტების შესახებ, რომლებიც ეთიკურ, სოციალურ და ფინანსურ საკითხებზე, აგრეთვე ეპიდემიოლოგიურ და ავადობის მონაცემებზეა დამყარებული. მაგრამ დაუშვებელია, რომ რეკომენდაციები მხოლოდ ხარჯების შემცირებასა და შეზღუდული სტანდარტების დადგენაზე იყოს ორიენტირებული და მათ გამართლებას ემსახურებოდეს. ამავე დროს მაღალი ხარისხის, ქმედითმა რეკომენდაციებმა სამედიცინო დახმარების ეფექტურობის გაზრდის გზით შესაძლებელია ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება გამოიწვიონ.

რეკომენდაციების თემატიკის არჩევანი ეროვნული ჯანდაცვის მოთხოვნილებებთან ერთად ყველა იმ ფაქტორების გათვალისწინებით ხორციელდება, რომლებიც მაღალი ხარისხის, განახლებული ინფორმაციის აუცილებლობას განსაზღვრავენ.

ამასთანავე უკვე არსებული, თანამედროვე მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ რეკომენდაციების გამოყენება ერთ-ერთ პრიორიტეტს წარმოადგენს.

იმ შემთხვევაში, თუ რეკომენდაცია სხვა ქვეყანაშია შექმნილი, აუცილებელია მისი გადასინჯვა და შესწორება ან წინასწარი ტესტირება შესაბამისობაზე ეროვნული ჯანდაცვის მახასიათებლების გათვალისწინებით.

რეკომენდაციების გავრცელებისა და დანერგვის პროცესი კარგად დაგეგმილი, ამასთანავე ქმედითი და უწყვეტი უნდა იყოს, რაც მის ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფს.

მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად სხვადასხვა სტრატეგიული მეთოდების გამოყენებაა სასურველი. დაფინანსების წყაროები კი წინასწარ უნდა იყოს მოძიებული.

რეკომენდაციის დანერგვამდე აუცილებელია მისი პილოტური ვერსიის ფართო განხილვა, მათ შორის საბოლოო მომხმარებლის მონაწილეობით.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ რეკომენდაციების შექმნისა და დანერგვის მეთოდოლოგია ეროვნულ საზღვრებს სცილდება. მათი შეფასება საფუძვლიან რესურსებსა და ექსპერტიზას მოითხოვს, რაც გამოცდილების გაზიარების აუცილებლობას წარმოშობს.

ამასთანავე, ევროპის საბჭო მოუწოდებს მის წევრებს ეროვნული და ინტერნაციონალური სამეცნიერო კვლევებისა და კლინიკური პრაქტიკის სტანდარტების ჰარმონიზაციის პროცესის ხელშეწყობისკენ.

სასურველია, რომ შეიქმნას ერთიანი საერთაშორისო საკოორდინაციო ქსელი, რომელის მიზანია შეისწავლოს რეკომენდაციების შექმნის მეთოდოლოგიები, შეაფასოს და მეთვალყურეობა გაუწიოს მათ გავლენას სასწავლო პროცესსა და ჯანდაცვის პროფესიონალების სამედიცინო მომსახურების დონეზე.

მეთოდურ რეკომენდაციას თან ერთვის ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის სპეციალური განცხადება 2001(13), რომელშიც წევრ-ქვეყნებს მოუწოდებენ, რათა:

1. ეროვნული პოლიტიკის ჩარჩოს თანმიმდევრული და ყოველმხრივი განვითარების საფუძველზე:
  - უზრუნველყონ საუკეთესო სამედიცინო პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების მეთოდოლოგიის შესაბამისობა საერთაშორისოდ აღიარებულ მოთხოვნებთან და თანამედროვე ცოდნის დონესთან.
  - უზრუნველყონ, რომ პოლიტიკოსებმა, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, აგრეთვე მოქალაქეებმა და პაციენტებმა აღიარონ საუკეთესო ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების უპირატესობა და სამედიცინო გადაწყვეტილებების მიღებისას საინფორმაციო მხარდაჭერის სახით ამ რეკომენდაციებით იხელმძღვანელონ.
  - ხელი შეუწიონ მტკიცებულებებზე დამყარებული, ამასთან ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემებზე ორიენტირებული კლინიკური პრაქტიკისა და მკურნალობის რეკომენდაციების შექმნას, გამოყენებასა და მუდმივ განახლებას.
  - უზრუნველყონ, რომ რეკომენდაციები შეიქმნას როგორც ეროვნული, ისე საერთაშორისო სამართლებრივი ნორმების დაცვით, რაც მათ განუყოფელ ნაწილს უნდა წარმოადგენდეს.
  - ხელი შეუწიონ რეკომენდაციების სათანადო წესების დაცვით დანერგვას. ამასთანავე უზრუნველყონ შედეგების მუდმივი მეთვალყურეობა, როგორც კლინიკური კვლევის პროცესსა და გამოსავალზე, ასევე პაციენტებისა და სამედიცინო სფეროს მუშაკების სამართლებრივ ინტერესებსა და უფლებების დაცვაზე.
  - უზრუნველყონ რეკომენდაციების ხელმისაწვდომობა და ეფექტური გამოყენება, აგრეთვე ინფორმაციის გავრცელება მათი მიზნების, სამართლებრივი სტატუსისა და მნიშვნელობის შესახებ, ხელი შეუწიონ სამედიცინო ლიტერატურისა და მონაცემთა ბაზის ხელმისაწვდომობას, არა მხოლოდ პროფესიონალებისათვის, არამედ მოქალაქეებისა და პაციენტებისთვისაც. ამასთან ინფორმაცია სასურველია მოწოდებულ იქნას მშობლიურ ენაზე და სათანადო ფორმატით მისი გამოყენების გაადვილების მიზნით.
2. ხელი შეუწიონ საერთაშორისო საინფორმაციო ქსელის შექმნასა და განვითარებას იმ ორგანიზაციებსა, კვლევით ინსტიტუტებსა, „კლირინგჰაუზებსა“ (საინფორმაციო საცავებსა) და სხვა სააგენტოებს შორის, რომელთა ინტერესის სფერო მტკიცებულებებზე დამყარებული სამედიცინო ინფორმაციით განისაზღვრება.
3. აქტიურად და მიზანდასახულად შეუწიოს ხელი ევროპის საბჭოს ჯანმრთელობის კომიტეტის მიერ მომზადებული რეკომენდაციის და ახსნა-განმარტებითი მემორანდუმის გავრცელებას. ამასთან, განსაკუთრებული ყურადღება იმ ინდივიუუმებსა და ორგანიზაციებზე უნდა გამახვილდეს, რომელთაც ჯანდაცვის სფეროში გადაწყვეტილებების მიღება ევალებათ.

ჩვენი თვალსაზრისით, ამ ფრიად მნიშვნელოვანი მეთოდური რეკომენდაციის სრული ელექტრონული ვერსია განთავსებულია ევროპის საბჭოს ვებსაიტზე: <http://cmline.dctnet.coe.int>



## **RECOMMENDATION OF COUNCIL OF EUROPE ON DEVELOPING A METHODOLOGY FOR DRAWING UP GUIDELINES ON BEST MEDICAL PRACTICES**

---

**N. RACHVELISHVILI**

***Md, PhD, Chair of Internal Medicine of the TSMU, Vice Chair for task Force of the Ministry of Labour, Health and Social Affairs for cooperation with Health Committee (CDSP) of the Council of Europe***

e-mail: ninora@nilc.org.ge

The aim of the Council of Europe is to achieve greater unity between its members and this aim may be pursued, inter alia, by adoption of common action in the public health field.

Recommendation on “Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices” was adopted by the Committee of Ministers on 10 October 2001.

Chapter 1 describes the current guideline policies in Europe. Chapter 2,3 and 4 set out the various functions of guidelines and makes proposals for the methodology to be used in drawing up clinical practice guidelines as well as in distributing and implementing them in health care. Chapter 5 discusses additional practical, social, ethical and legal issues of using guidelines. The role of norms and standards is covered in Chapter 6 and an Explanatory Memorandum is added.

Special attention on developing of national guidelines is paid on. Recognizing that the main aim of guidelines is to support and promote good clinical practice, the evidence incorporated in guidelines may support national decisions on health needs based on ethical, social and financial issues, structural differences of health care systems and variations in epidemiology and health data, but should not be used for purely cost containment or rationing purposes. National methods for production of guidelines must comply with internationally accepted, current state of the art practices and also with provisions for Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms and of the European Social Charter. The Committee of Ministers recommends that the governments of member states support an active, targeted dissemination of these recommendations, paying special attention to individuals and organizations involved in decisions within health care.

The electronic version of this important document is available on web-site:

<http://cmline.dctnet.coe.int>

**შესავალი**

**გ**ულის უკმარისობა წარმოადგენს კომპლექსურ კლინიკურ სინდრომს,

რომელიც პერიკარდიუმის, მიოკარდიუმის, ენდოკარდიუმის ან დიდი სისხლძარღვების დაავადებით შეიძლება იყოს გამოწვეული, მაგრამ ძირითადად მარცხენა პარკუჭის ფუნქციის დარღვევას უკავშირდება. ეს უკანასკნელი ფართო სპექტრს მოიცავს – უპირატესად დიასტოლური დისფუნქციიდან (ნორმალური ზომის მარცხენა პარკუჭი ნორმალური დაცლით, მაგრამ დარღვეული ავსებითურთ) უპირატესად სისტოლურ დისფუნქციამდე (მკვეთრად დილატირებული მარცხენა პარკუჭი დაქვეითებული კუმშვადობითურთ) მერყეობს.

წინამდებარე რეკომენდაციები მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციით გამოწვეული გულის ქრონიკული უკმარისობის ფარმაკოლოგიურ მკურნალობას მოიცავს. აღნიშნული დისფუნქციის ძირითად ნიშანს მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის დაქვეითება (ჩვეულებრივ <40%) წარმოადგენს. მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქცია უფრო ხშირად გულის იშემიური დაავადებით არის გამოწვეული, თუმცა შეიძლება გააჩნდეს არაიშემიური მიზეზი, რომლის გამოვლენა ან ხერხდება (მაგ. ჰიპერტენზია, თიროიდული დაავადება, ალკოჰოლიზმი, მიოკარდიტი) ან არა (მაგ. იდიოპათიური დილატაციური კარდიომიოპათია).

გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა შეფასების ყველაზე მნიშვნელოვან მეთოდს მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის განსაზღვრა წარმოადგენს. ეს არის ძირითადი საშუალება, რომლის მეშვეობითაც სისტოლური დისფუნქცია და სხვა სახის გულის უკმარისობა ერთმანეთისაგან განირჩევა.

**პათოფიზიოლოგია**

გულის უკმარისობის კლინიკურ სიმპტომებს წარმოადგენენ ქოშინი და დაღლა, რაც ზღუდავს დატვირთვის უნარს. სითხის შეკავება ფილტვების შეგუბების და პერიფერიული შეშუპების სახით ვლინდება. გულის უკმარისობა შეიძლება განიკურნოს თავისთავად (მაგ. მიოკარდიტი) ან გამომწვევი მიზეზის სრული მოცილების შედეგად (მაგ. სარქველოვანი დაზიანების ქირურგიული კორექცია), თუმცა ჩვეულებრივ იგი პროგრესირებად დაავადებას წარმოადგენს.

პროგრესირების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია ენდოგენური ნეიროჰორმონული სისტემების – რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემისა და სიმპათიკური ნერვული სისტემის ქრონიკული აქტივაცია. ანგიოტენზინ I II, ალდოსტერონი და ნორადრენალინი არა მარტო ზრდიან პარკუჭის ჰემოდინამიკურ დატვირთვას ნატრიუმის შეკავებისა და პერიფერიული ვაზოკონსტრიქციის მეშვეობით, არამედ გულზე უშუალო ტოქსიურ ზემოქმედებასაც ახდენენ. ამ ნეიროჰორმონული ფაქტორების ზემოქმედებით გულის სტრუქტურა და ფუნქცია განუხრელად უარესდება. მარცხენა პარკუჭი მზარდ დილატაციას განიცდის და სულ უფრო სფერულ ფორმას იღებს. აღნიშნული პროცესი რემოდელირების სახელით არის ცნობილი.

დაავადების კლინიკური სურათი თანდათან მძიმდება და სიმპტომები მოსვენების ან უმნიშვნელო დატვირთვის დროსაც შეიძლება გამოვლინდეს. გულის სტრუქტურისა და ფუნქციის ეს დაქვეითება მიოკარდიუმის ახალი ხილული დაზიანების გარეშეც ღრმავდება და საბოლოოდ პაციენტის დაღუპვას იწვევს. უეცარმა სიკვდილმა გულის უკმარისობის ევოლუცია ნებისმიერ დროს შეიძლება შეწყვიტოს. მსუბუქი სიმპტომების მქონე პაციენტთა შორის სიკვდილის რისკი წლიურად 5-10 პროცენტს შეადგენს და მძიმე დაა-

ვადების მქონე პაციენტთათვის 30-40 პროცენტამდე იზრდება. ეს მონაცემები სიმსივნის ცალკეული ფორმების სიკვდილიანობასაც კი აღემატება.

### **მკურნალობის ძირითადი პრინციპები**

გულის უკმარისობის მკურნალობა ორი გზით შეიძლება წარიმართოს. ერთი მხრივ, შესაძლებელია გულის კუმშვადობის სტიმულაცია დადებითი ინოტროპული საშუალებების დახმარებით ან გულის განტვირთვა პერიფერიული ვაზოდილატორების მეშვეობით. აღნიშნული მიდგომით შეიძლება ჰემოდინამიკური სარგებლისა და კლინიკური გაუმჯობესების სწრაფი მიღწევა, მაგრამ ამ წამლების ხანგრძლივ გამოყენებას სარგებელი აუცილებლად არ მოსდევს და შესაძლოა ავადობისა და სიკვდილობის გაზრდა გამოიწვიოს.

მეორე მხრივ, ნეიროჰორმონული ანტაგონისტები (აბმ ინჰიბიტორები\*, სპირონოლაქტონი და β-ბლოკერები) დაუყოვნებლივ სიმპტომურ სარგებელს არ იძლევიან და შეიძლება დროებით მისი გაუარესებაც კი გამოიწვიონ, მაგრამ ხანგრძლივი მკურნალობისას აუმჯობესებენ კლინიკურ სტატუსს და ამცირებენ კარდიოვასკულურ გართულებებს. შესაბამისად, გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა შორის ავადობისა და სიკვდილობის რისკის შემცირების ყველაზე ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს დაავადების განმავლობაში ფაქტორებზე ზემოქმედება და არა ჰემოდინამიკური ჩარევა.

### **მკურნალობის ზოგადი ღონისძიებები**

I – გულის ახალი დაზიანების რისკის შემცირება: (1) მოწვევის შეწყვეტა. (2) მსუქანი პაციენტების მიერ წონის დაკლება. (3) ჰიპერტენზიის, ჰიპერლიპიდემიისა და შაქრიანი დიაბეტის კონტროლი. (4) ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტა.

II – სითხის ბალანსის შენარჩუნება: მარილის მიღების ზომიერი შეზღუდვა ( $\leq 3$  გ/დღ) და ყოველდღიური აწონვა სითხის შეკავების ადრეული დადგენის მიზნით.

III – ფიზიკური კონდიციის გაუმჯობესება: გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებმა არ უნდა შეზღუდონ თავიანთი ფიზიკური აქტიობა და მონაწილეობა უნდა მიიღონ ზომიერი ხარისხის ვარჯიშებში, რათა თავიდან აიცილონ ან უკუაქციონ ფიზიკური დეკონდიცირება.

ცალკეული პაციენტებისათვის რეკომენდებულია: (1) პარაკუტოვანი რითმის კონტროლი წინაგულოვანი ფიბრილაციის ან სხვა სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის მქონე პაციენტებისათვის. (2) ანტიკოაგულაცია წინაგულოვანი ფიბრილაციის ან უწინდელი ემბოლიური ეპიზოდის მქონე პაციენტებისათვის. (3) კორონარული რევასკულარიზაცია სტენოკარდიის მქონე პაციენტებისათვის.

### **შარდმდენები**

შარდმდენები უნდა დაენიშნოს გულის უკმარისობის მქონე ყველა პაციენტს, ვისაც სითხის შეკავება აღენიშნება. თანმხლები არტერიული ჰიპერტენზიის დროს, ხანგრძლივი მოქმედების გამო, უმჯობესია თიაზიდური შარდმდენის (ჰიდროქლოროთიაზიდი) დანიშვნა. დანარჩენი პაციენტებისათვის, განსაკუთრებით თირკმლის უკმარისობისა და სითხის გამოსატოვებელი შეკავების დროს, უპირატესობა მარყუჟოვან შარდმდენებს ენიჭება. მკურნალობა ჩვეულებრივ დაბალი დოზით იწყება (მაგ. ფუროსემიდი 20-40 მგ/დღ). დოზა თანდათან იზრდება, სანამ შარდის გამოყოფა არ მოიმატებს ან სხეულის წონა არ დაიკლებს (საშუალოდ 0,5-1,0 კგ/დღ). მკურნალობის მიზანს წარმოადგენს სითხის შეკავების სიმპტომებისა და ნიშნების მოხსნა, რაც საუდლე ვენათა წნევის ნორმალიზაციითა და პერიფერიული შეშუპების გაქრობით ფასდება. შარდმდენის შემანარჩუნებელი დოზა ისე უნდა შევარჩიოთ, რომ სითხის ხელახალი შეკავება თავიდან აგვაცილოს. ამის ყველაზე ეფექტურ საშუალებას სხეულის წონის ყოველდღიური განსაზღვრა წარმოადგენს. წონის მომატების ან დაკლებისას შარდმდენის დოზის სათანადო კორექცია უნდა მოხდეს.

გულის უკმარისობის პროგრესირებასთან ერთად შარდმდენის დოზის გაზრდა ხდება საჭირო. თუ ფუროსემიდის დღიური დოზა 80 მგ-ს აღემატება, უმჯობესი იქნება მისი დაყოფა და 2-3 ჯერზე მიცემა. შარდმდენთა რეზისტენტობის გადასაღლავად აგრეთვე გამოიყენება: (1) შარდმდენთა ინტრავენული შეყვანა (მაგ. ფუროსემიდი 40-80 მგ 2-3-ჯერ

დღიურად). (2) მარყუჟოვანი და თიაზიდური შარდმდენების კომბინაცია (მაგ. ჰიდროქლოროთიაზიდის 25 მგ-ის მიცემა ფუროსემიდის მიღებამდე 30 წუთით ადრე). (3) თირკმლის პერფუზიის გაუმჯობესების მიზნით დადებითი ინოტროპული საშუალებების ხანმოკლე ინტრავენული შეყვანა (დოპამინი 2-4 მკგ/კგ/წთ ან დობუტამინი 2-5 მკგ/კგ/წთ).

დიდ ყურადღებას საჭიროებს ელექტროლიტური ბალანსის შენარჩუნება, განსაკუთრებით შარდმდენთა მაღალი დოზისა და კომბინირებული გამოყენების დროს. თანადროული გამოყენება აბი ინჰიბიტორისა ცალკე ან კალიუმის დამზოგველ საშუალებასთან ერთად (მაგ. სპირონოლაქტონი) პაციენტთა უმრავლესობას ელექტროლიტურ დისბალანსს თავიდან ააცილებს. შარდმდენთა გადაჭარბებულ გამოყენებას შეიძლება ჰიპოტენზია და აზოტემია მოჰყვეს. თუ პაციენტს სითხის შეკავება არ აღენიშნება, ეს გართულებები ჰიპოვოლემიით უნდა იყოს გამოწვეული და შარდმდენის დოზა შემცირებას საჭიროებს. სითხის შეკავების ფონზე განვითარებული ჰიპოტენზია და აზოტემია გულის უკმარისობის გაუარესებასა და ეფექტური პერიფერიული პერფუზიის დაქვეითებას ასახავს. ასეთ დროს უნდა ვეცადოთ შევინარჩუნოთ შარდმდენის დოზა და გავაუმჯობესოთ ორგანოთა პერფუზია დადებითი ინოტროპული საშუალებების ან ვაზოდილატორების ხანმოკლე გამოყენების მეშვეობით.

### **აბი ინჰიბიტორები**

აბი ინჰიბიტორები აუმჯობესებენ სიმპტომებსა და კლინიკურ სტატუსს და ამცირებენ სიკვდილისა და ჰოსპიტალიზაციის რისკს გულის მსუბუქი, ზომიერი და მძიმე უკმარისობის დროს. ეს სარგებელი გულის იშემიური დაავადების არსებობასა ან არარსებობაზე დამოკიდებული არ არის. შესაბამისად, აბი ინჰიბიტორი უნდა დაენიშნოს გულის უკმარისობის მქონე ყველა პაციენტს, ვისაც არ აღენიშნება მისი გამოყენების უკუჩვენება (მაგ. ანგიოედემა ან თირკმლის ანურიული უკმარისობა) ან მკურნალობის აუტანლობა. აბი ინჰიბიტორი ფრთხილად უნდა გამოვიყენოთ, თუ აღინიშნება: (1) გამოხატული ჰიპოტენზია (სისხლის სისტოლური წნევა <80 მმ ვწყ). (2) შრატის კრეატინინის მკვეთრი მომატება (> 3 მგ/დლ). (3) თირკმლის არტერიათა ბილატერალური სტენოზი. (4) გამოხატული ჰიპერკალემია (> 5.5 მმოლ/ლ).

აბი ინჰიბიტორების ეფექტურობას ამცირებს სითხის შეკავება, უარყოფით მოქმედებას კი აძლიერებს სითხის დაკარგვა, ამიტომ აბი ინჰიბიტორის დანიშვნამდე შარდმდენთა ოპტიმალური დოზა უნდა იქნას შერჩეული. მკურნალობა დაბალი დოზით იწყება (მაგ. კაპტოპრილი 6.25 მგ სამჯერ დღიურად ან ენალაპრილი 2.5 მგ ორჯერ დღიურად). თუ პაციენტი დოზას კარგად იტანს, ხდება მისი გაორმაგება 3-7 დღიანი ინტერვალით. თუკი უარყოფითი მოქმედება ხელს არ შეეგვიშლის, დოზა სამიხნე დოზის მიღწევამდე უნდა გაიზარდოს (კაპტოპრილი 150 მგ/დლ და ენალაპრილი 20 მგ/დლ).

აბი ინჰიბიტორების უარყოფითი მოქმედება მკურნალობის დაწყებისთანავე შეიძლება გამოვლინდეს, მაგრამ მათ ხანგრძლივ გამოყენებას ჩვეულებრივ ხელს არ უშლის. ეს უარყოფითი მოქმედება შეიძლება უკავშირდებოდეს ბრადიკინინის დაგროვებას (ხველა და ანგიოედემა) ან ანგიოტენზინის დათრგუნვას (ჰიპოტენზია, თირკმლის ფუნქციის გაუარესება და ჰიპერკალემია). აუცილებელია ხველის სხვა მიზეზების (განსაკუთრებით ფილტვებში შეგუბების) გამორიცხვა. თუ პაციენტი აბი ინჰიბიტორს ვერ იღებს ხველის ან ანგიოედემის გამო, უმჯობესია ანგიოტენზინის რეცეპტორთა ბლოკერი გამოვიყენოთ. ჰიპოტენზია და აზოტემია შეიძლება შევამსუბუქოთ შარდმდენთა დოზის შემცირებითა და მარილის ლიბერალიზაციით, თუკი პაციენტს სითხის გამოხატული შეკავება არ აღენიშნება. როცა ჰიპოტენზია, აზოტემია და ჰიპერკალემია ხელს უშლის აბი ინჰიბიტორის ხმარებას, შესაძლებელია იზოსორბიდ დინიტრატისა და ჰიდრალაზინის კომბინაციის დანიშვნა.

აბი ინჰიბიტორის კლინიკური ეფექტი შეიძლება რამდენიმე თვის შემდეგ გამოვლინდეს. თუ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, აბი ინჰიბიტორის მიღება მაინც განუსაზღვრელი ვადით უნდა გაგრძელდეს სიკვდილისა და ჰოსპიტალიზაციის რისკის შემცირების მიზნით.

აბი ინჰიბიტორისა და ალდოსტერონის ანტაგონისტის (სპირონოლაქტონი) კომბინაცია რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემის უფრო სრულყოფილ დათრგუნვას იწვევს. გულის მძიმე უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის სპირონოლაქტონის 25 მგ/დლ დამატება ავადობისა და სიკვდილობის შემცირებას ახდენს.

## ბ-ბლოკერები

ისევე როგორც აბმ ინჰიბიტორები, β-ბლოკერები აუმჯობესებენ სიმპტომებსა და კლინიკურ სტატუსს და ამცირებენ სიკვდილისა და ჰოსპიტალიზაციის რისკს გულის მსუბუქი, ზომიერი და მძიმე უკმარისობის დროს. ამ გაუმჯობესებას თან ახლავს მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის მნიშვნელოვანი მომატება. ეს სარგებელი გულის იშემიური დაავადების არსებობასა ან არარსებობაზე დამოკიდებული არ არის. β-ბლოკერების ეფექტურობა დადასტურებული იქნა იმ პაციენტებისათვის, ვინც უკვე იღებდა აბმ ინჰიბიტორს, რაც ადასტურებს მოსაზრებას ორი ნეიროჰორმონული სისტემის კომბინირებული დათრგუნვის ადიტიური მოქმედების შესახებ. შესაბამისად, β-ბლოკერი უნდა დაენიშნოს გულის უკმარისობის მქონე ყველა პაციენტს, ვისაც არ აღენიშნება მისი გამოყენების უკუჩვენება (მაგ. ბრონქოსპასტიური სინდრომი, სიმპტომური ბრადიკარდია, გულის მაღალი ხარისხის ბლოკადა) ან მეურნალობის აუტანლობა. ამავე დროს, β-ბლოკერი არ შეიძლება მივცეთ გულის დეკომპენსირებული უკმარისობის მქონე პაციენტებს, ვისაც სითხის შეკავება აღენიშნებათ და ინტენსიურ დიურეზს მოითხოვენ ან ინტრავენული ინოტროპული მეურნალობა ესაჭიროებათ. ასეთ დროს ჯერ კლინიკური სტაბილურობა უნდა იქნას მიღწეული და β-ბლოკერი მერე უნდა დაენიშნოს.

მეურნალობა დაბალი დოზით იწყება (კარვედილოლი 3.125 მგ ორჯერ დღეურად, მეტოპროლოლი 6.25 მგ ორჯერ დღეურად ან ბისოპროლოლი 1.25 მგ დღეურად). თუ პაციენტი დოზას კარგად იტანს, ხდება მისი გაორმაგება ორკვირიანი ინტერვალით. თუკი უარყოფითი მოქმედება ხელს არ შეგვიშლის, დოზა სამიზნე დოზის მიღწევამდე უნდა გაიზარდოს (კარვედილოლი 50-100 მგ/დღ, მეტოპროლოლი 200 მგ/დღ და ბისოპროლოლი 10 მგ/დღ).

β-ბლოკერების გამოყენებას სამი სახის უარყოფითი მოქმედება შეიძლება მოჰყვეს: (1) ჰიპოტენზია, რომელიც ვაზოდილატაციით შეიძლება იყოს გამოწვეული, უფრო ხშირად დროებით ხასიათს ატარებს. მისი განვითარების რისკი ნაკლები იქნება, თუკი β-ბლოკერს, აბმ ინჰიბიტორსა და ვაზოდილატორს (თუ ისმარება) მიღებას ერთმანეთიდან დროის გარკვეული ინტერვალით დაეუნიშნავთ. აბმ ინჰიბიტორისა და ვაზოდილატორის დოზა დროებით შეიძლება შევამციროთ კიდევ. (2) β-ბლოკერით მეურნალობის დაწყებას სითხის შეკავება და გულის უკმარისობის გაუარესება შეიძლება მოჰყვეს. ამ გართულებას პაციენტის ყოველდღიური აწონვა აგვაცვილებს. წონის მომატების საპასუხოდ შარდმდენის დოზა უნდა გაიზარდოს, სანამ პაციენტის წონა საწყის მაჩვენებელს არ დაუბრუნდება. (3) β-ბლოკერის დოზის გაზრდას ბრადიკარდიისა და გულის ბლოკადის რისკი ახლავს. თუ გულისცემის სიხშირე წუთში 50-ზე ქვემოთ ჩამოვა ანდა მეორე ან მესამე ხარისხის ბლოკი განვითარდება, β-ბლოკერის დოზა უნდა შევამციროთ.

β-ბლოკერის კლინიკური ეფექტი შეიძლება რამდენიმე თვის შემდეგ გამოვლინდეს. თუ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, β-ბლოკერის მიღება მაინც განუსაზღვრელი ვადით უნდა გაგრძელდეს სიკვდილისა და ჰოსპიტალიზაციის რისკის შემცირების მიზნით.

## დიგოქსინი

დიგოქსინი აუმჯობესებს სიმპტომებსა და კლინიკურ სტატუსს, და შესაბამისად ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის რისკს გულის უკმარისობის დროს, მაგრამ არ მოქმედებს სიკვდილობაზე. ამის გამო, აუცილებელი არ არის დიგოქსინი გულის უკმარისობის მქონე ყველა პაციენტს დაენიშნოს. გამართლებული იქნება მისი მიცემა იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც იღებენ სიკვდილისა და ჰოსპიტალიზაციის რისკის შემამცირებელ საშუალებებს (აბმ ინჰიბიტორი და β-ბლოკერი) და სიმპტომები მაინც აღენიშნებათ. დიგოქსინის დღიური დოზაა 0.25 მგ. 70 წელზე უფრო ხნირ ან თირკმლის დისფუნქციის მქონე პაციენტებს შეიძლება 0.125 მგ/დღ მივცეთ. მაღალი დოზა (0.375-0.5 მგ/დღ) შეიძლება წინაგულოვანი ფიბრილაციის დროს გამოვიყენოთ, მაგრამ სინუსური რითმის დროს მისი ხმარება გამართლებული არ არის.

გულის იშემიური დაავადების დროს საჭიროა სიფრთხილე დიგოქსინის გამოყენების შემთხვევაში.

## References:

1. Consensus recommendations for the management of chronic heart failure. *Am J Cardiol* 83: 1A-38A, 1999.
2. Heart Failure Society of America guidelines for management of patients with heart failure caused by left ventricular systolic dysfunction: pharmacological approaches. *J Card Fail* 5: 357-82, 1999.
3. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 22: 1527-60, 2001.
4. ACC/AHA Practice Guidelines for Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *J Am Coll Cardiol* 38: 2101-13, 2001.
5. McMurray J, Cohen-Solal A, Dietz R, et al. Practical Recommendations for Heart Failure Treatment. *Eur J Heart Failure* 3: 495–502, 2001.

## **The Guidelines for the Management of Chronic Heart Failure**

Dr. K. Paposhvili, National Information Learning Centre, Tbilisi City Hospital #2

The Guidelines provide recommendations for the evaluation and treatment of patients with heart failure due to systolic left ventricular dysfunction. Diuretics should be prescribed for all patients with symptoms of heart failure who have a predisposition to fluid retention. These drugs should not be used alone, even if they are effective in controlling symptoms. The goal of diuretic therapy is to eliminate symptoms as well as physical signs of fluid retention, such as jugular venous distension and/or edema. Measurement of body weight is the best way of monitoring when to initiate and/or titrate a diuretic regimen. All patients with heart failure due to left ventricular systolic dysfunction should receive an ACE inhibitor, unless they are intolerant of the drug or have a contraindication to its use. Treatment should not be delayed until symptoms are severe or resistant to other drugs. All patients without fluid retention should receive a beta-blocker unless they are intolerant of the drug or have a contraindication to its use. Treatment should not be delayed until symptoms are severe or resistant to therapy. Digitalis is recommended to improve symptoms in patients with heart failure due to left ventricular systolic dysfunction and should be used together with diuretics, ACE inhibitors, and beta-blockers.

**წინაგულოვანი ფიბრილაციის (მოციმციმე არითმიის)  
მქონე პაციენტთა მკურნალობა**

**კახა კაკოშვილი**

*ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი, ქ. თბილისის მე-2 საავადმყოფოს კარდიოლოგიური განყოფილება*  
ელ-ფოსტა: kakha@nilc.org.ge

**შესავალი**

წინაგულოვანი ფიბრილაცია (წინაგულების ციმციმი)\* არის სუპრავენტრიკულური ტაქიარითმია, რომელიც ხასიათდება არაკოორდინირებული წინაგულოვანი აქტივაციით, რასაც წინაგულთა მექანიკური ფუნქციის დარღვევა მოსდევს. პარკუჭთა აქტივაციის სისწირეს ატრიოვენტრიკულური კვანძის ელექტროფიზიოლოგიური თვისებები, პარასიმპათიკური და სიმპათიკური ტონუსის დონე და წამალთა მოქმედება განსაზღვრავს. წინაგულოვანი ფიბრილაცია უმეტესად გულის დაავადებით არის გამოწვეული, თუმცა ზოგიერთ პაციენტს ასეთი დაავადება არ აღენიშნება. ქვემდებარე რეკომენდაციები ეხება ისეთ წინაგულოვან ფიბრილაციას, რომელიც არ ატარებს მეორად ხასიათს ამა თუ იმ გამომწვევი ფაქტორის გამო (მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, გულის ქირურგია, მიოკარდიტი, ჰიპერთირეოიდიზმი, ფილტვების მწვავე დაავადება). გამომწვევი მიზეზის მკურნალობა, წინაგულოვანი ფიბრილაციის ეპიზოდის მკურნალობასთან ერთად, არითმიას ჩვეულებრივ აღმოფხვრის.

**კლასიფიკაცია**

განარჩევნ წინაგულოვანი ფიბრილაციის პირველად დადგენილ ეპიზოდს, მიუხედავად იმისა – იგი სიმპტომური ან თვითგანკურნებადია თუ არა. ეპიზოდის ხანგრძლიობა შეიძლება უცნობი იყოს, ისევე როგორც წინა დაუდგენელი ეპიზოდების არსებობა. როცა პაციენტს ორი ან მეტი ეპიზოდი აღენიშნება, წინაგულოვან ფიბრილაციას განმეორებითი ეწოდება. თუ არითმიის შეწყვეტა თავისთავად ხდება (ჩვეულებრივ შვიდ დღემდე), წინაგულოვან ფიბრილაციას პაროქსიზმული ჰქვია. თუკი არითმია თავისთავად არ წყდება (ჩვეულებრივ შვიდ დღეზე მეტ ხანს) – პერსისტული. ამ უკანასკნელის შეწყვეტა ფარმაკოლოგიური ან ელექტრული კარდიოვერსიის მეშვეობით სახელწოდებას არ ცვლის. როგორც პაროქსიზმული, ისე პერსისტული წინაგულოვანი ფიბრილაცია განმეორებითი შეიძლება იყოს. თუ არითმია წელიწადზე მეტ ხანს გრძელდება და ამ დროის განმავლობაში კარდიოვერსიის მცდელობა არ ყოფილა ან უშედეგოდ დამთავრდა, მას მუდმივი წინაგულოვანი ფიბრილაცია ეწოდება.

**პაციენტის შეფასება**

წინაგულოვანი ფიბრილაციის მქონე პაციენტის შეფასება ანამნეზთან და ფიზიკურ გამოკვლევასთან ერთად ელექტროკარდიოგრაფიასა და ექოკარდიოგრაფიას მოიცავს. თუ კლინიკური მონაცემები მიუთითებს ფილტვის პარენქიმის ან სისხლძარღვოვანი ქსელის დაზიანებას, საჭიროა გულმკერდის რენტგენოგრაფია. წინაგულოვანი ფიბრილაციის პირველი ეპიზოდისათვის, როცა პარკუჭოვანი სისწირის გაკონტროლება ძნელდება ან კარდიოვერსიის შემდეგ წინაგულოვანი ფიბრილაცია მოულოდნელად მეორდება, საჭირო ხდება თირიდიული ფუნქციის შეფასება. ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება დაგვიტყვიან დატვირთვის სინჯი, ჰოლტერის მონიტორირება, ტრანსეზოფაგული ექოკარდიოგრაფია ან ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევა.

**მკურნალობის ზოგადი პრინციპები**

წინაგულოვანი ფიბრილაციის მკურნალობა მოიცავს ა) თავად არითმიასთან დაკავშირებულ საკითხებსა და ბ) თრომბოემბოლიზმის პრევენციას. პერსისტულ წინაგულოვან ფიბრილაციას ორი გზით შეიძლება ვუმკურნალოთ: (1) სინუსური რითმის აღდგენა და

შენარჩუნება ან (2) წინაგულოვანი ფიბრილაციის დატოვება და პარკუჭოვანი რითმის კონტროლი.

## **(1) სინუსური რითმის აღდგენა და შენარჩუნება**

### **კარდიოვერსია**

ახალდაწყებული წინაგულოვანი ფიბრილაციის დიდი ნაწილი 24-48 საათში სპონტანურ კარდიოვერსიას განიცდის. თუ წინაგულოვანი ფიბრილაცია შვიდ დღეზე მეტ ხანს გრძელდება, ამის ალბათობა გაცილებით ნაკლებია. სინუსური რითმის აღდგენა შეიძლება მოხდეს ფარმაკოლოგიური ან ელექტრული კარდიოვერსიით.

ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია უფრო ეფექტურია, თუ წინაგულოვანი ფიბრილაციის აღმოცენებიდან შვიდი დღის მანძილზე დაიწყება. ფარმაკოლოგიურ კარდიოვერსიას წამლით გამოწვეული პროარითმიის რისკი ახლავს. ამის გამო, ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის თითქმის ყველა კვლევა, გარდა დაბალი დოზის ორალური ამიოდარონისა, პოსპიტალიზებულ პაციენტებს მოიცავს.

ელექტრული კარდიოვერსია უფრო მეტი ეფექტურობით ხასიათდება, მაგრამ სედაციას ან ანესთეზიას მოითხოვს. პაციენტი უზომოდ უნდა იყოს და ადექვატური ანესთეზიის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს. უმჯობესია ხანმოკლე მოქმედების საანესთეზიო საშუალებები გამოვიყენოთ. ელექტროდების წინა-უკანა განლაგება (მკერდის ძვალი და მარცხენა ბეჭი) უფრო ეფექტურია, ვიდრე წინა-ლატერალური განლაგება (პარკუჭის მწვერვალი და მარჯვენა ლავიწვევა არე). ელექტრული შოკი გულის აქტიობასთან უნდა იყოს სინქრონიზებული. საწყისი ენერჯია 200 ჯოულს ან მეტს უნდა შეადგენდეს. უმჯობესია ბიფაზური და არა მონოფაზური ტალღის ფორმის ნაკადის გამომცემი ხელსაწყოები გამოვიყენოთ.

### **თრომბოემბოლიზმის პრევენცია**

კარდიოვერსიას თან ახლავს თრომბოემბოლიზმის რისკი, რომელიც განსაკუთრებით მაღალია, თუ არითმია 48 საათზე მეტ ხანს გრძელდება. ეს რისკი ერთნაირია ფარმაკოლოგიური და ელექტრული კარდიოვერსიისათვის. თუ არითმიის ხანგრძლიობა ცნობილი არ არის ან 48 საათს აღემატება, კარდიოვერსიამდე და კარდიოვერსიის შემდგომ 3-4 კვირის მანძილზე აუცილებელია საშუალო ინტენსიობის ანტიკოაგულაცია (INR 2.0-3.0).

კარდიოვერსიამდე ანტიკოაგულაციას შეიძლება თავი ავარიდოთ, თუ ტრანსეზოფაგული ექოკარდიოგრაფიით გამოვრიცხავთ თრომბის არსებობას მარცხენა წინაგულში. ჰეპარინის ან დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინის ფონზე შეიძლება კარდიოვერსიის განხორციელება და შემდგომი 3-4 კვირის მანძილზე ორალური ანტიკოაგულაცია. იმავე ტაქტიკას შეიძლება მივმართოთ, როცა წინაგულოვან ფიბრილაციას ჰემოდინამიკური არასტაბილურობის სიმპტომები ან ნიშნები ახლავს (სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, შოკი, ფილტვის შეშუპება).

წინაგულოვანი ფიბრილაციის დაწყებიდან 48 საათში განხორციელებული კარდიოვერსიის წინ და შემდეგ პაციენტთა ანტიკოაგულაციის საკითხი ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს.

### **სინუსური რითმის შენარჩუნება**

სანამ ანტიარითმიულ მეურნალობას შევარჩევდეთ, უნდა ვეცადოთ წინაგულოვანი ფიბრილაციის გამომწვევი შექცევადი კარდიოვასკულური და არაკარდიოვასკულური ფაქტორები გამოვაფიქროთ. იზოლირებული წინაგულოვანი ფიბრილაციის დროს თავდაპირველად შეიძლება ბეტა-ბლოკერი ვსინჯოთ, მაგრამ პროპაფენონი და სოტალოლი უფრო ეფექტური არიან. ალტერნატიულ არჩევანს ამიოდარონი წარმოადგენს. დიზოპირამიდის, პროკაინამიდისა და ქინიდინის გამოყენება მხოლოდ მაშინ იქნება გამართლებული, თუ ამიოდარონი არაეფექტური ან უკუნაჩვენებია. ანტიქოლინერგული აქტივობის მქონე დიზოპირამიდი მიმზიდველ არჩევანს წარმოადგენს ვაგუსის აქტივაციით გამოწვეული წინაგულოვანი ფიბრილაციისათვის, ბეტა-ბლოკადის უნარის მქონე პროპაფენონი კი რეკომენდებული არ არის. ადრენერგული სტიმულაციით გამოწვეული წინაგულოვანი



ფიბრილაციისათვის პირველ არჩევანს ბეტა-ბლოკერი წარმოადგენს, შემდეგ მოდიან სოტალოლი და ამიოდარონი.

თავდაპირველად უსაფრთხო წამალი შეიძლება პროარითმიული გახდეს, თუ პაციენტს განუვითარდება გულის იშემიური დაავადება ან გულის უკმარისობა, ანდა მიიღებს ისეთ წამალს, რომელთან კომბინაციაც არითმოგენული შეიძლება იყოს. ამის გამო პაციენტს უნდა ავუხსნათ ისეთი სიმპტომების მნიშვნელობა, როგორც არის სინკოპე, სტენოკარდია ან ქოშინი, და გავაცნოთ არაკარდიოლოგიური წამლები, რომლებიც QT ინტერვალს ახანგრძლივებენ.

ანტიარითმიული მეურნალობისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ PR, QRS და QT ინტერვალს, პლაზმის კალიუმისა და მაგნიუმის დონეს და თირკმლის ფუნქციას, რადგან თირკმლის უკმარისობამ წამლის დაგროვება და პროარითმია შეიძლება გამოიწვიოს.

## **(2) წინაგულოვანი ფიბრილაციის დატოვება და პარკუჭოვანი რითმის კონტროლი**

### **რიტმის კონტროლი**

წინაგულოვანი ფიბრილაციის დროს რითმი გაკონტროლებულად ითვლება, თუ პარკუჭოვანი აქტივობის სისწორე (ანუ პარკუჭოვანი რიტმი) მოსვენებისას წუთში 60-80, ხოლო ზომიერი დატვირთვისას 90-115 შეადგენს. ნეგატიური ქრონოტროპული თერაპია უმთავრესად ატრიოვენტრიკულური გამტარებლობის დათრგუნვით ხორციელდება.

### **თრომბოემბოლიზმის პრევენცია**

არარეგულარული წინაგულოვანი ფიბრილაციის მქონე პაციენტთა ინსულტის რისკი წინაგულოვანი ფიბრილაციის არმქონე პირების რისკს დაახლოებით 2-7ჯერ აღემატება. INR კონტროლით განხორციელებული ხანგრძლივი ორალური ანტიკოაგულაცია ამ რისკს მკვეთრად ამცირებს. ორალურ ანტიკოაგულაციას (INR 2.0-3.0) საჭიროებენ პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ თრომბოემბოლიზმის რომელიმე რისკის ფაქტორი: გულის უკმარისობა, მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია  $<0.35$ , თირეოტიკოსიკოზი, ჰიპერტენზიის ანამნეზი. ამავე ჯგუფს მიეკუთვნებიან პაციენტები, რომლებიც 60 წლის ან უფრო ხნიერი არიან და შაქრიანი დიაბეტი ან გულის იშემიური დაავადება აღენიშნებათ.

უფრო ძლიერ ანტიკოაგულაციას (INR 2,5-3,5) საჭიროებენ პაციენტები, რომლებსაც გულის რეგულარული დაავადება (მიტრალური სტენოზი), გულის ხელოვნური სარქველი, თრომბოემბოლიზმის ანამნეზი ან ტრანსკატეტერული ექოკარდიოგრაფიით დადგენილი პერსისტული წინაგულოვანი თრომბი აღენიშნებათ. უფრო მსუბუქი ანტიკოაგულაცია (INR 1,6-2,5) უნდა დაეუნიშნოს 75 წლის ან უფრო ხნიერ პაციენტებს, რომლებსაც სისხლდენის მომატებული რისკი აქვთ, მაგრამ ორალური ანტიკოაგულაციის აშკარა უკუჩვენება არ გააჩნიათ.

მეურნალობის დაწყებისას INR კვირაში ერთხელ მაინც უნდა განვსაზღვროთ, სტაბილურობის მიღწევის შემდეგ კი ყოველთვიური განსაზღვრა საკმარისი იქნება. იმ ქირურგიული და დიაგნოსტიკური პროცედურების დროს, რომლებსაც სისხლდენის რისკი ახლავს, ანტიკოაგულაცია შეიძლება ერთ კვირამდე ვადით შევაჩეროთ. თუ ანტიკოაგულაციის შეწყვეტა ერთ კვირაზე მეტი ხნით არის საჭირო, შეგვიძლია ინტრავენული ჰეპარინი ან კანქვეშა დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინი გამოვიყენოთ.

პაციენტებს, რომლებსაც რისკის ფაქტორი არ აღენიშნებათ ან ორალური ანტიკოაგულაციის უკუჩვენება გააჩნიათ, შეგვიძლია მივცეთ ასპირინი 325 მგ/დღ.

## **მეურნალობის რეკომენდებული სტრატეგიები**

### **პირველად დადგენილი წინაგულოვანი ფიბრილაცია**

თუ პაციენტს პაროქსიზმული წინაგულოვანი ფიბრილაციის თვითგანკურნებადი ეპიზოდი აღენიშნება და წინაგულოვანი ფიბრილაციას მძიმე სიმპტომები (მაგ. ჰიპერტენზია, სტენოკარდია, გულის უკმარისობა) არ ახლავს, ანტიარითმიული მეურნალობა შეტევითა პრევენციის მიზნით ჩვეულებრივ საჭირო არ არის. ხანგრძლივი ან თუნდაც ხანმოკ-

ლე ანტიკოაგულაციის საკითხი გადაჭრილი არ არის და ინდივიდუალიზებულ ხასიათს უნდა ატარებდეს.

თუ პაციენტს პერსისტული წინაგულოვანი ფიბრილაცია აღენიშნება, შეიძლება დავუშვათ მისი პროგრესირება მუდმივ წინაგულოვან ფიბრილაციად და რითმის კონტროლსა და ანტიკოაგულაციას დაუჯერდეთ. თუ სინუსური რითმის აღდგენასა და შენარჩუნებას გადავწყვეტთ, კარდიოვერსიის წინ აუცილებელია რითმის კონტროლი და ანტიკოაგულაცია. ხანგრძლივი ანტიარითმიული მკურნალობა კარდიოვერსიის შემდეგ, განმეორებითი წინაგულოვანი ფიბრილაციის პრევენციის მიზნით, აუცილებელი არ არის. თუ წინაგულოვანი ფიბრილაცია სამ თვეზე მეტ ხანს გრძელდებოდა, კარდიოვერსიის შემდეგ ხშირად ადრეული განმეორება ვითარდება. ასეთ დროს ანტიარითმიული მკურნალობა სასურველია კარდიოვერსიიდან ერთი თვის მანძილზე მაინც გაგრძელდეს.

### **განმეორებითი პაროქსიზმული წინაგულოვანი ფიბრილაცია**

თუ პაროქსიზმული წინაგულოვანი ფიბრილაციის განმეორება ხანმოკლე ან მინიმალურად სიმპტომურია, ანტიარითმიული წამლები საჭირო არ არის, მაგრამ შემაწუხებელი სიმპტომები დამთრგუნავ ანტიარითმიულ მკურნალობას საჭიროებენ. ორივე სიტუაციისათვის შესაფერისია რითმის კონტროლი და თრომბოემბოლიზმის პრევენცია.

წამლის არჩევანს ძირითადად მისი უსაფრთხოება განსაზღვრავს. თუ პაციენტს არ აღენიშნება ან მინიმალური გულის სტრუქტურული დაავადება აქვს, უპირატესობა პროპაფენონს ან სოტალოლს ენიჭება, რადგან მათ ექსტრაკარდიული ტოქსიურობა არსებითად არ გააჩნიათ. მეორე ან მესამე რიგის არჩევანს წარმოადგენენ ამიოდარონი, დიზოპირამიდი, პროკაინამიდი და ქინიდინი, რომლებსაც უფრო მეტი უარყოფითი მოქმედება აქვთ.

გულის ორგანული დაავადების მქონე პაციენტები ძირითადად შეიძლება დავეყთ გულის უკმარისობის, გულის იშემიური დაავადების ან ჰიპერტენზიის ჯგუფებად.

გულის უკმარისობის დროს სინუსური რითმის შესანარჩუნებლად უსაფრთხოება ამიოდარონის არჩევანს გვკარნახობს.

გულის იშემიური დაავადების მქონე პაციენტები უფრო ხშირად ბეტა-ბლოკერს საჭიროებენ.

თუ პაციენტს გულის უკმარისობა არა აქვს, მომდევნო არჩევანს სოტალოლი შეადგენს. ამიოდარონი ამ დროს მეორად საშუალებას წარმოადგენს. ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება დიზოპირამიდის, პროკაინამიდისა და ქინიდინის გამოყენება (მესამე რიგის საშუალება).

თუ ჰიპერტენზიას მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია არ ახლავს (კედლის სისქე <14 მმ), ყველაზე უსაფრთხო პროპაფენონის გამოყენება იქნება. მეორად არჩევანს ამიოდარონი და სოტალოლი, მესამე რიგის საშუალებებს კი დიზოპირამიდი, პროკაინამიდი და ქინიდინი წარმოადგენენ.

მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია ხელს უწყობს წამალთა პროარითმიულ ტოქსიურობას და ასეთ დროს ამიოდარონი სხვა წამლებს უსაფრთხოების მხრივ აღემატება.

### **განმეორებითი პერსისტული წინაგულოვანი ფიბრილაცია**

მინიმალური სიმპტომების მქონე პაციენტებისათვის, რომლებმაც სინუსური რითმის აღდგენის ერთი მცდელობა მაინც გადაიტანეს, შეიძლება რითმის კონტროლისა და თრომბოემბოლიზმის პრევენციას დაუჯერდეთ. თუ სიმპტომები მძიმე ხასიათს ატარებს, რითმის კონტროლსა და ანტიკოაგულაციასთან ერთად კარდიოვერსიის წინ საჭიროა დავიწყოთ ანტიარითმიული მკურნალობა წინაგულოვანი ფიბრილაციის ადრეული განმეორების თავიდან აცილების მიზნით. ანტიარითმიული წამლის შერჩევა ემყარება იმავე პრინციპებს, რომელიც განმეორებითი პაროქსიზმული წინაგულოვანი ფიბრილაციის დროს გამოიყენება.

### **მუდმივი წინაგულოვანი ფიბრილაცია**

მუდმივი წინაგულოვანი ფიბრილაციის მკურნალობა მოიცავს პარკუჭოვანი რითმის კონტროლსა და თრომბოემბოლიზმის პრევენციას ზემოთ მოყვანილი პრინციპების შესაბამისად.

### References:

1. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation. *European Heart Journal* 22: 1852-1923, 2001.
2. Management of patients with atrial fibrillation. *Circulation* 93: 1262-1277, 1996.
3. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy. *Chest* 119 (1 Suppl): 194S-206S, 2001.

### **Clinical Guidelines for Management of Atrial fibrillation**

K. Paposhvili, National Information Learning Centre, Tbilisi City Hospital #2

Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained arrhythmia encountered in primary care practice. AF is associated with significant morbidity, including an increased susceptibility to embolic stroke. AF can also decrease exercise tolerance and has been associated with tachycardia-induced cardiomyopathy. AF may be divided into acute and chronic forms: paroxysmal, persistent, and permanent. Paroxysmal AF is defined as recurrent episodes of spontaneously terminating AF. Persistent AF is defined by persistence of the arrhythmia for over 48 hours or until cardioversion is performed. Permanent AF is refractory to attempts at cardioversion. Thus, cardioversion is used only in cases of acute and chronic persistent AF and not in cases previously demonstrated to be refractory. Major goals of therapy include prevention of stroke and cardiomyopathy, reduction of symptoms, and overall improvement in survival. Management strategies include rate control, rhythm control, anticoagulation therapy, or a combination of these strategies.

# ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინა: რას უნდა ველოდეთ

## და რას – არა

მიმოხილვა – I ნაწილი

ზვიად კირტავა

*მედ. მეცნ. კანდ., ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის დირექტორი, თსსუ-ის შინაგან სნეულებათა კათედრის ასისტენტი, „ბრიტიშ მედიკალ ჯორნელ“-ის სარედაქციო საბჭოს წევრი*

ელ-ფოსტა: [zkirtava@nilc.org.ge](mailto:zkirtava@nilc.org.ge)

### წინასიტყვაობა

## ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინა, რომელიც თავისი ფილოსოფი

ური „ფესვებით“ მე-19 საუკუნის პარიზისა და ზოგიერთი უფრო ადრეული სკოლებიდან მოდის, და რომელმაც კოჰრეინის მოძრაობის (კოჰრეინის თანამშრომლობის) სახელით დასავლური მედიცინა მე-20 საუკუნის ბოლოს „დაიპყრო“, უკვე ჩვენს ქვეყანაშიც იკიდებს ფეხს. ეწეობა სხვადასხვა სემინარები, ცალკეული ორგანიზაციები (მაგალითად ღია საზოგადოების ფონდი – საქართველო) აფინანსებენ პილოტურ პროგრამებს, უნივერსიტეტები და სამედიცინო სკოლები იხილავენ დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი განათლების პროგრამებში ფდმ-ის კურსების ჩართვას. ჩვენ გადავწყვიტეთ გამოვაქვეყნოთ 90-იანი წლების რამდენიმე სარედაქციო სტატიის მიმოხილვა „ბრიტიშ მედიკალ ჯორნელიდან“, რომლებშიც მოცემულია ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინის ძირითადი პრინციპები

### რას წარმოადგენს ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინა (ფდმ)?

მედიცინის მუშაკებს და კერძოდ ექიმებს, ყოველთვის უჭირდათ საკმარისი დროის გამონახვა ახალი სამედიცინო ლიტერატურის გასაცნობად. განსაკუთრებით გაძნელდა ეს 70-იანი წლებიდან, როდესაც ერთის მხრივ, სამეცნიერო კვლევათა, და აგრეთვე – სხვადასხვა სამეცნიერო ჟურნალთა რაოდენობა გეომეტრიული პროგრესით გაიზარდა. მაგალითად 1992 წლისათვის მხოლოდ შინაგან სნეულებებში უკვე დაახლოებით 20-მდე მნიშვნელოვანი საერთაშორისო ჟურნალი იყო, სადაც კლინიკური პრაქტიკის სფეროში წლიურად 6000-მდე სტატია ქვეყნდებოდა. ე.ი. თერაპევტი, ყველა ამ სიახლის კურსში რომ ყოფილიყო, მთელი წლის განმავლობაში ყოველდღიურად სულ ცოტა 17 სტატიას უნდა გაცნობოდა. 1996 წელს ამ რიცხვმა უკვე 19-ს მიაღწია. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ სამეცნიერო კვლევების შედეგების სამედიცინო პრაქტიკაში დანერგვის შესაძლებლობა ძალზე გაიზარდა. ამდენად არსებული უზარმაზარი მოცულობის სამედიცინო ინფორმაციიდან აუცილებელი გახდა „გამოხშირვა“ – იმის გაგება, რომელია საინტერესო და სასარგებლო, და რომელი – ფუჭი და პოტენციურად საზიანო. ექიმთა უმრავლესობას არა აქვს იმის დრო და გამოცდილება, რომ მოახდინონ ასეთი ანალიზი და შეაფასონ თითოეული სტატია მასში არსებულ ფაქტებზე დაყრდნობით.

ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინა ცდილობს ამოავსოს ეს ნაპრალი და მიეხმაროს ექიმებს იმ ინფორმაციის მოძებნაში, რაც უზრუნველყოფს მათი პაციენტების ოპტიმალურ მკურნალობას. მოკლედ რომ ვთქვათ, ფდმ თავისი ფესვებით უკავშირდება 5 ძირითად იდეას:

1. კლინიკური გადაწყვეტილებები უნდა ემყარებოდეს სადღეისოდ არსებულთაგან საუკეთესო სამეცნიერო ფაქტ(ებ)ს;
2. კლინიკური პრობლემა, და არა პროტოკოლთა ტრადიციები, უნდა განსაზღვრავდეს ფაქტების იმ ტიპს, რაც უნდა იქნას გათვალისწინებული;
3. საუკეთესო ფაქტის მოძებნა ნიშნავს აზროვნების ეპიდემიოლოგიური და ბიოსტატისტიკური გზების გამოყენებას;

4. ფაქტების მოძებნისა და კრიტიკული შეფასების შედეგად წარმოქმნილი დასკვნები სასარგებლოა მხოლოდ პაციენტთა მკურნალობის (ანუ მართვის – patient management) და ჯანმრთელობის დაცვის გადაწყვეტილებების მიღებისას;
5. საჭიროა ხარისხის მუდმივი კონტროლი. ფდმ-ის პრაქტიკას ალბათ ხელეწიფება შეაჩეროს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის (ანუ კლინიკური შესრულების – clinical performance) პროგრესული გაუარესება, რაც უკვე რუტინულად იქცა და რასაც უწყვეტი სამედიცინო განათლების ტრადიციული მეთოდები ვერ უმკლავდებიან.

შდმ შეიძლება პრაქტიკაში გამოყენებულ იქნას ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს ეჭვი კლინიკური დიაგნოზის, პროგნოზის თუ მკურნალობის (ავადმყოფობის მართვის) ამა თუ იმ ასპექტის შესახებ. და ალბათ იშვიათია შემთხვევა, რომ პრაქტიკოს ექიმს ასეთი ეჭვი არ გააჩნდეს.

შდმ წარმოადგენს არსებული საუკეთესო ფაქტის შეგნებულ და კეთილგონივრულ გამოყენებას ინდივიდუალური ავადმყოფის დახმარების მიზნით. **შდმ-ის პრაქტიკა არის ინდივიდუალური კლინიკური ექსპერტიზისა და სისტემატური კვლევებიდან მომდინარე საუკეთესო არსებული გარეშე კლინიკური ფაქტების ინტეგრაცია.** „ინდივიდუალურ კლინიკურ ექსპერტიზაში“ იგულისხმება ექიმის/ინდივიდუალური კლინიციისტიის მიერ მისი თეორიული და კლინიკური პრაქტიკის ცხოვრებისეული გამოცდილება. ექსპერტიზის დონის მატების ასახვა სხვადასხვანაირად ხდება, განსაკუთრებით კი უფრო ეფექტური დიაგნოსტიკისა და ინდივიდუალური მკურნალობის უკეთესი გეგმის დასახვასა და განხორციელებაში. „საუკეთესო არსებულ გარეშე კლინიკურ ფაქტად“ აღიქმება კლინიკურად შესატყვისი კვლევა, ხშირად ბაზისური სამედიცინო მეცნიერებებიდან მომდინარე, მაგრამ განსაკუთრებით – პაციენტზე ფოკუსირებული კლინიკური კვლევები, რომლებიც დიაგნოსტიკური ტესტების დახვეწითა და სიზუსტით, პროგნოზული მარკერების სიმძლავრით და თერაპიული, რეაბილიტაციური და პრევენციული რეჟიმების ეფექტურობითა და უსაფრთხოებით ხასიათდება. გარეშე კლინიკური ფაქტი ადრე მიღებულ დიაგნოსტიკურ ტესტებსა და მკურნალობის ვარიანტებს აბათილებს და მათ ნაცვლად ახალ – უფრო მძლავრ, უფრო ზუსტ, უფრო ეფექტურ და უფრო უსაფრთხო – მეთოდებს ამკვიდრებს.

კარგი ექიმი ყოველთვის ახერხებს საუკეთესო ინდივიდუალური კლინიკური ექსპერტიზისა და საუკეთესო გარეშე კლინიკური ფაქტების კომბინაციას და სწორედ ამ ინტეგრირებულ ცოდნას იყენებს ავადმყოფის მკურნალობისას, რამდენადაც ცალ-ცალკე – არც-ერთი არაა საკმარისი. შინაგანი კლინიკური ექსპერტიზის გარეშე საუკეთესო ფაქტებიც კი მექანიკურ ჩარხოდ იქცევა: რაც არ უნდა განზოგადოებული იყოს თეორიული და დასაბუთებული ცოდნა, ინდივიდუალურ კონკრეტულ პაციენტზე მისი მორგებას მაინც პროკრუსტეს სარეცელზე დაწოლის ეფექტი ექნება. მეორეს მხრივ, თუ საუკეთესო თანამედროვე მიღწევებსა და მონაცემებს არ ვითვალისწინებთ, თუნდაც საუკეთესო, დიდი გამოცდილების მქონე ნიჭიერი ექიმი მაღე მოძველებული ცოდნის ნიმუშად იქცევა და ამ ცოდნის მოძველების პრაქტიკული ასახვა ავადმყოფთათვის მოტანილი ზიანი იქნება.

არ უნდა ვიფიქროთ, რომ შდმ იმდენად ადვილია, რომ „ისედაც უკვე ყველა ახორციელებს მას“. ე.წ. „ფაქტები“ იმდენად სხვადასხვა დონის შეიძლება იყოს, რომ მათი ინტეგრაცია ზოგჯერ აშკარად სახიფათოა, ხოლო თუ გავითვალისწინოთ, რომ წასაკითხი სამედიცინო სიახლეების მოცულობა აშკარად ვერ შეესაბამება იმ დროს, რასაც პრაქტიკოსი ექიმები ლიტერატურის გაცნობას უთმობს (დიდ ბრიტანეთის ექიმთა უმრავლესობა, მათივე საკუთარი განცხადებით – მაქსიმუმ 1 საათს კვირაში!) აშკარა გახდება, რომ ეს ნამდვილად არაა ადვილი.

არც ის იქნება მართალი, რომ შდმ მხოლოდ მათთვისაა მოგონილი, ვინც სპილოს ძვლის კოშკებში და რბილ სავარძელში მოკალათებულნი ეცნობიან თანამედროვე ლიტერატურას და მეტი სხვა საქმე არცა აქვთ. პრაქტიკოს ფსიქიატრთა და ქირურგთა მიერ შდმ-ის მეთოდის სწორედ გამოყენებამ შესაძლებელი გახადა ავადმყოფთა ფართო მასებისათვის შდმ-ის სიახლეების მაქსიმალური ეფექტით გამოყენება. ეს კი იმის მეოხებით მიიღწა, რომ პრაქტიკოსმა ექიმებმა, მიუხედავად საკმაოდ დაკავებულობისა, სელექტიური (უკვე შერჩეული) შდმ ანგარიშები გაიცნეს და კრიტიკულად შეფასეს, რათა

საუკეთესო ხელმისაწვდომი ფაქტის გამოყენებით ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინის პრაქტიკა განხორციელებინათ.

ფშმ არ არის მედიცინის „კულინარიული რეცეპტების წიგნი“. რამდენადაც იგი მოითხოვს საუკეთესო გარეშე ფაქტის ინტეგრირებას ინდივიდუალურ კლინიკურ გამოცდილებასთან და თითოეული კერძო ავადმყოფის ნიუანსების გათვალისწინებას, იგი ვერ დაიყვანება წიგნში მოყვანილი „რეცეპტის“ მექანიკურ არჩევამდე. გარეშე კლინიკური ფაქტი შეიძლება ინფორმაცია იყოს, მაგრამ იგი რჩევის ფორმას არ იღებს. ესაა ინტეგრირებული ფაქტები, შეფასება მრავალი კლინიკური გამოცდისა, მათი სისტემატიზირება და მეტა-ანალიზი. მაგრამ ამის შემდეგ უკვე ექიმის ცოდნა, გამოცდილება და ინტუიცია უნდა იყოს იმის განმაპირობებელი, როგორ მოერგება და როგორ ტრანსფორმირდება ეს ანალიტიკური გარეშე ფაქტი თითოეული კონკრეტული ავადმყოფის შემთხვევის მართვის მიზნით და საერთოდ ღირს თუ არა ამ ფაქტის გამოყენება? თუ შემთხვევა იმდენად განსხვავებულლია, რომ სხვა ფაქტი უნდა ვეძიოთ? ასე რომ, ფშმ სწორედ ბარიკადების იმ მხარესაა, რომელზეც მზა რეცეპტების და მექანიცისტური მიდგომების მოწინააღმდეგე ექიმები დგანან.

არსებობს იმის შიში, რომ ფშმ „მოტაცებულ იქნება“ სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველების, სადაზღვევო კომპანიების და მენეჯერების მიერ, რათა შეამცირონ ჯანდაცვის ხარჯები. მაგრამ ეს ფუნდამენტური შეცდომაა იმის გაგებაში – რა არის ფშმ და როგორი ფინანსური შედეგები მოყვება მის დანერგვას. ექიმები, რომლების ფშმ-ის გამოყენებას დაიწყებენ, გამოიყენებენ პაციენტათვის გამოსადეგ ყველაზე ეფექტურ და ყველაზე თანამედროვე დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო სქემებს, ხშირ შემთხვევებში კი ეს სწორედ რომ ხარჯების გაზრდას გამოიწვევს და არა – პირიქით.

ფშმ არ შემოისახლვრება რანდომიზირებული კლინიკური კვლევებითა (რკვ) და მეტა-ანალიზით. იგი გულისხმობს გარეშე ფაქტის გამოყენებას იმისათვის, რომ ჩვენთვის საჭირო კლინიკურ ამოცანას გაეცეს პასუხი. იმისათვის, რომ დიაგნოსტიკური ტესტის სიზუსტე დაავადგინოთ, ჩვენ გვჭირდება, იმავე დაავადებაზე კლინიკურად საექტო ავადმყოფების სწორად დაგეგმილი ჯვარედინ-სექციური კვლევა, და არარანდომიზირებული გამოცდა. იმისათვის რომ პროგნოზი შევაფასოთ, ჩვენ გვჭირდება მსგავსი, ერთსახოვანი ავადმყოფების დაავადების ადრეული ეტაპიდან დაწყებული გამართული, დინამიური კვლევები. ზოგჯერ კიდევ ჩვენთვის საჭირო ფაქტი ბაზისური მეცნიერებიდან მოდის, მაგ. იმუნოლოგიიდან ანდა გენეტიკიდან. მხოლოდ მაშინ, როცა საქმე თერაპიას ეხება, ჩვენ უნდა ვეცადოთ თავი ავარიდოთ არაექსპერიმენტულ მიდგომებს, რამდენადაც ამან, როგორც წესი, შეიძლება ცრუ-პოზიტიურ შედეგებამდე მიგვიყვანოს. რანდომიზირებული კლინიკური გამოცდები და განსაკუთრებით – რამდენიმე რკვ-ის სისტემატიზირებული მიმოხილვები იმდენად ინფორმატიულია და იმდენად ნაკლებია შეცდომის ალბათობა, რომ სწორედ რკვ იქცა ფშმ-ის „ოქროს სტანდარტად“ იმის დასადგენად შერჩეული მკურნალობის ეფექტურობა გადაწონის თუ – მოსალოდნელი გართულება. თუმცა ზოგიერთი კითხვები თერაპიის შესახებ არ მოითხოვს რკვ-ს, ანდა ვერ დაელოდება რკვ-ს დასრულებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ისტორიულად ფშმ-ის ფესვები საკმაოდ ანტიკურად შეიძლება ჩაითვალოს, იგი მაინც შედარებით ახალგაზრდა დისციპლინაა, რომლის პროზიტიური გავლენა კიდევ მოითხოვს დამატებით შესწავლას. ეს შესწავლა კი სწორედ იმაზე იქნება დამოკიდებული, სხვადასხვა დიპლომამდელი, პოსტდიპლომური და უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები როგორ და როდის მოახდენენ ფშმ-ის აბსორბირებას, გააზრებას და ადაპტირებას. სწორედ ამ პროგრამების ევოლუციური განვითარებას ჩვენს ბიოსამედიცინო საზოგადოებაში შეიძლება მოჰყვეს პასუხი კითხვაზე: რა შეუძლია ფშმ-ს და რა – არა?

## Evidence Based Medicine: what we could expect and what we should not

Evidence Based Medicine (EBM) whose origins extend back to XIX century and which conquered western medicine in the last quarter of 20th century, finally comes to Georgian health care system as well: there are increased number of workshops dedicated to EBM/Cochrane Collaboration, some international humanitarian organizations (like Open Society Georgian Foundation) offer grants for EBM activities, different medical schools and universities have already started or consider to have courses in EBM for students and postgraduate trainees. The editorial articles by David Sackett et al. from *British Medical Journal* are directed to the fundamental basics of the EBM approach and what it may offer to practical physicians. One of the most wanted benefits – EBM could evaluate and critically select the best of the best of medical informatics, which has grown to information avalanche since 1970s. It is emphasized, that unlike to yet common misbelieve, EBM is not a “cookbook” medicine. It cannot provide ready conclusions and solutions – quite contrary – the practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence. Unlike other expectancy EBM is not restricted to randomized clinical trials and meta-analyses.

### Observation prepared by Z. Kirtava based on:

1. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. Sackett DL, Rosenberg MC, Gray JAM, Haynes B, Richardson WS. *BMJ*, 1996;312:71-72
2. Evidence Based Medicine: a new journal to help doctors to identify the information they need. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. *BMJ* 1995;310:1085-6.

## ჰიპერტონული კრიზის მკურნალობა

### **თ. ივანიშვილი**

#### **ქ. თბილისის მე-2 საავადმყოფოს კარდიოლოგიური განყოფილება**

**ჰიპერტონული კრიზისი განისაზღვრება როგორც არტერიული წნევის**

მკვეთრი მომატება ისეთ ციფრებამდე, როცა დიასტოლური წნევა აღემატება 120-130 მმ-ს, და ქვეკლასიფიცირდება როგორც გადაუდებელი და ნაკლებად გადაუდებელი (ურგენტული) მდგომარეობა.

ჰიპერტენზიით გამოწვეული გადაუდებელი მდგომარეობა შედარებით

იშვიათად გვხვდება და კვალიფიცირდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ინტეგრაციის (შეთანხმებული მუშაობის) დარღვევის დაუყოვნებელი საფრთხე. ასეთი პაციენტები საჭიროებენ არტერიული წნევის დაუყოვნებელ დაქვეითებას ინტენსიური მეთვალყურეობის პირობებში ინტრავენული ჩარევის გზით.

გადაუდებელი მდგომარეობისაგან განსხვავებით, მძიმე ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტები, რომლებსაც არ უვლინდებათ სამიზნე ორგანოების დაზიანების ნიშნები, მიეკუთვნებიან ნაკლებად გადაუდებელ მდგომარეობას. ასეთი პაციენტები საჭიროებენ არტერიული წნევის მხოლოდ და მხოლოდ თანდათანობით დაქვეითებას 24-48 საათის განმავლობაში.

## **ზოგადი რეკომენდაციები**

ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის საწყისი მიზანია არა არტერიული წნევის სწრაფი ნორმალიზება, არამედ მისი თანდათანობით დაქვეითება, რათა მინიმუმამდე შემცირდეს ჰიპოპერფუზიის რისკი და ამით თავიდან ავიცილოთ სამიზნე ორგანოების დაზიანება. სანამ გადავალთ ჰიპერტონული კრიზის მკურნალობის განხილვამდე, მეტად მნიშვნელოვანია ხაზი გავუსვათ იმას, რომ არ არსებობს არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითების სარგებლიანობის დამადასტურებელი მონაცემები. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰიპერტონული კრიზის მკურნალობის თანამედროვე ასპექტები არასოდეს ყოფილა დაწერილებით შესწავლილი. აქედან გამომდინარე, დღესდღეობით მედიკამენტური ჩარევების უმეტესობა მთლიანად ემპირიულია და ეფუძნება მცდელობას, მაქსიმალურად მოხდეს პათოფიზიოლოგიური პროცესებისა და ანტიჰიპერტენზიული აგენტების ფარმაკოლოგიური თავისებურებების საუკეთესო შეთანხმება. ასეთ პირობებში ჰიპოკრატეს კრედიო – უპირველეს ყოვლისა არ ავნო – წარმოადგენს მკურნალობის სტრატეგიის უმნიშვნელოვანეს პრინციპს.

## **ჰიპერტენზიის მკურნალობა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს**

არტერიული წნევის მომატებას თან ახლავს მრავალი დარღვევა თუ დაავადება, რაც განსაზღვრავს კიდევ გადაუდებელ მდგომარეობას. გადაუდებელი მდგომარეობის სამკურნალოდ გამოიყენება სხვადასხვა პარენტერალური საშუალება. ამასთან, ზოგიერთი მათგანი, რომელიც ეფექტურია ერთი სახის გადაუდებელი მდგომარეობის სამკურნალოდ, სხვა შემთხვევაში შესაძლოა უკუნაჩვენებო იყოს. ქვემოთ განვიხილავთ მკურნალობის თავისებურებებს ცალკეული დარღვევების დროს.

## **ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია**

როდესაც საშუალო არტერიული წნევა აღწევს კრიტიკულ დონეს (დაახლოებით 180 მმ ვწყ), თავის ტვინის ჰიპოპერფუზიას მაღალი წნევის პირობებში მოხდევს ტვინის შეშუპება და ენცეფალოპათია.

იმ პაციენტებში, რომელთაც ქრონიკული ჰიპერტენზია აქვთ, ასეთი მდგომარეობა ვითარდება წნევის გაცილებით უფრო მაღალი ციფრების დროს, ვიდრე მანამდე ნორმოტენზიულ პაციენტებში. მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში კლინიკური სურათი თანდათან უარესდება და საბოლოოდ ვითარდება კომა და სიკვდილი. ხშირად შეუძლებელია ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათიის გარჩევა ჰიპერტენზიით გამოწვეული სხვა მწვავე ნევროლოგიური გართულებებისაგან (მაგ. თავის ტვინის ინფარქტი, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა ან ინტრაცერებრული ჰემორაგია). ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათიის სასარგებლოდ მეტყველებს პაციენტის მდგომარეობის სწრაფი გაუმჯობესება ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის საპასუხოდ. ამ მდგომარეობის სამკურნალოდ არჩევის პრეპარატია ინტრავენური (ი/ვ) ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, ლაბეტალოლი, ნიკარდიპინი. დიაზოქსიდის გამოყენებისაგან თავი უნდა შევიკავოთ.

## **ცერებროვასკულური დარღვევები**

მწვავე ინსულტის დროს არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითების სარგებლიანობა ჯერჯერობით მხოლოდ სავარაუდოა და არ არის დადასტურებული კარგი კლინიკური თუ ექსპერიმენტული კვლევებით.

## **ინტრაცერებრული ჰემორაგია**

ამ მდგომარეობის დროს ჰიპერტენზია შეიძლება ინტრაცერებრული წნევის გაზრდის შედეგი იყოს და სპონტანურად გამოსწორდეს 48 საათის განმავლობაში. არტერიული წნევის სწრაფმა დაქვეითებამ შესაძლოა თავიდან აგვაცილოს შემდგომი სისხლჩაქცევა, მაგრამ ამას თან ახლავს ჰიპოპერფუზიის რისკი. ასეთ პაციენტებში არტერიული წნევის დაქვეითების შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს. ყოველ შემთხვევაში, წნევის დაქვეითება არ უნდა აღემატებოდეს მკურნალობის დაწყებამდე არსებული წნევის დონის 20 პროცენტს. თუ არტერიული წნევა მკვეთრად არის მომატებული (დიასტოლური წნევა 140 მმ ვწყ-ს აღემატება) და 20 წუთზე მეტ ხანს გრძელდება, რეკომენდებულია ი/ვ მკურნალობის დაწყება. ამ მდგომარეობაში პირველი რიგის არჩევის პრეპარატია ი/ვ ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, ლაბეტალოლი, ფენოლდოპამი ან ურაპიდილი. ბოლო მონა-



ცემებმა ნათელყო, რომ ნიმოპიდინი აუმჯობესებს გამოსავალს ანევრიზმული სუბარაქნოიდული ჰემორაგიის მქონე პაციენტებში.

### **მწვავე იშემიური ინსულტი**

თავის ტვინის ინფარქტის დროს მაღალი არტერიული წნევა შეუსაბამოდ ზრდის დაზიანებული ქსოვილის პერფუზიას, რასაც მივყავართ თავის ტვინის ნორმალური ქსოვილების შეშუპებისა და ზეწოლისაკენ. ამიტომ, ერთი მხრივ, გამართლებულია არტერიული წნევის ფრთხილი დაქვეითება. მეორე მხრივ, რადგანაც ადგილი აქვს ლოკალურ ვაზოკონსტრიქციას, მაღალი არტერიული წნევა საჭიროც კია ინფარქტის არის მიმდებარე, საფრთხეში მყოფი ტვინის ქსოვილის კვებისათვის. ეს კი მეტყველებს არტერიული წნევის დაქვეითების საწინააღმდეგოდ. უფრო მეტიც, ქრონიკული ჰიპერტენზია და თავის ტვინის სისხლძარღვთა დაავადება ცერებრული სისხლის მიმოქცევის აუტორეგულაციის მრუდს მარჯვნივ გადაადგილებს. შესაბამისად, ასეთ პაციენტებში ცერებრული სისხლის მიმოქცევის დაქვეითება ვითარდება არტერიული წნევის უფრო მაღალი დონის დროს, ვიდრე ნორმალურ ინდივიდებში. აქედან გამომდინარე, ცერებრული ჰიპოპერფუზია შეიძლება განვითარდეს არტერიული წნევის ისეთი ციფრების დროსაც კი, რომელიც აღემატება ნორმულ მაჩვენებლებს. მიუხედავად იმისა, რომ საავადმყოფოში მოყვანის დროს იშემიური ინსულტის მქონე პაციენტებში ფიქსირდება არტერიული წნევის მაღალი ციფრები, პირველი ოთხი დღის განმავლობაში, როგორც წესი, წნევა თავისთავად ქვეითდება. უფრო მეტიც, ასეთ პაციენტებში წნევის სწრაფი დაქვეითება არავითარ დამატებით სარგებელს არ იძლევა. საპირისპიროდ ამისა, ბოლოდროინდელმა დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ პაციენტთა იმ ქვეჯგუფში, რომელთაც აღენიშნებათ თავის ტვინის სისხლძარღვთა მრავლობითი სტენოზი, არტერიული წნევის მომატებამ შეიძლება გამოიწვიოს ნევროლოგიური გაუმჯობესება. აქედან გამომდინარე, მკვლევართა რეკომენდაციით, 180/105 მმ ვწყ-ზე დაბალი წნევის დროს საერთოდ არ არის საჭირო ანტიჰიპერტენზიული მეურნალობა. თუ არტერიული წნევა 230/120 მმ ვწყ-ს აღემატება და ნარჩუნდება 20 წუთზე მეტი დროის განმავლობაში, რეკომენდებულია ი/ვ ჩარევა. ოპტიმალურია არტერიული წნევა იყოს 160-170/95-100 მმ ვწყ-ს ფარგლებში მანამდე ნორმოტენზიულ პაციენტებში და 180-185/105-110 მმ ვწყ მანამდე ჰიპერტენზიულ პაციენტებში. არჩევის პრეპარატებია ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, ფენოლდოპამი და ნიკარდიპინი.

### **აორტის მწვავე განშრევა**

როგორც კი სავარაუდო ხდება აორტის განშრევების დიაგნოზი, უნდა ვეცადოთ არტერიული წნევის დაქვეითებას 15-30 წუთის განმავლობაში ისეთ უდაბლეს დონემდე, როცა შენარჩუნებული იქნება ორგანოთა ადექვატური პერფუზია. ისეთი პრეპარატების გამოყენება, როგორც არის დიაზოქსიდი, ჰიდრალაზინი და ნიფედინი უკუნაჩვენებია, რადგანაც ისინი რეფლექსურად ზრდიან სიმპათიკურ აქტივობას და სტრესს აორტის კედელზე. საწყისი მეურნალობა უნდა ჩატარდეს ი/ვ ნატრიუმის ნიტროპრუსიდისა და ი/ვ ბეტა-ბლოკერის, უპირატესად – პროპრანოლოლის ან ესმოლოლის, კომბინაციით. მხოლოდ ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის გამოყენება ზრდის პარკუჭების შეკუმშვის სიჩქარეს, ამიტომ მასთან ერთად ბეტა-ბლოკერის გამოყენება აუცილებელია.

### **მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა, ფილტვის შეშუპება**

მძიმე ჰიპერტენზიამ შეიძლება გამოიწვიოს მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა. არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითება ამცირებს დასუსტებული მიოკარდიუმის სამუშაო დატვირთვას და აუმჯობესებს გულის ფუნქციას. ამ სიტუაციაში ნაჩვენებია პოსტდატვირთვის დაუყოვნებელი დაქვეითება ბალანსირებული ვაზოდილატორული პრეპარატით, კერძოდ ნატრიუმის ნიტროპრუსიდით. ნიტროგლიცერინი საფუძვლიან ალტერნატივას წარმოადგენს. მართალია იგი ნაკლები ინტენსიობით ამცირებს პოსტდატვირთვას, მაგრამ სამაგიეროდ გულის მწვავე იშემიის მქონე პაციენტებში ზრდის სისხლის მიწოდებას იშემიური უბნებისათვის. რადგანაც ურავიდილი გულის რითმსა და მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარებაზე გავლენას არ ახდენს, იგი წარმოადგენს ალტერნატივას ნატრიუმის ნიტროპრუსიდსა და ნიტროგლიცერინთან ერთად იმ შემთხვევაში, თუ

არტერიული წნევა არასაკმარისად დაქვეითდება. თანმხლებმა თერაპიამ ჟანგბადით, შარდმდენებით ან ოპოიდებით შესაძლოა გააძლიეროს ანტიჰიპერტენზიული აგენტების ეფექტურობა. თუმცა შესაძლებელია აბი ინჰიბიტორების გამოყენება, მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის მქონე პაციენტებში მათი თერაპიული ეფექტურობის მონაცემები ძალიან მწირია. ის პრეპარატები, რომლებიც იწვევენ რეფლექსურ ტაქიკარდიას (დი-აზოქსიდი, ჰიდრალაზინი), ან აქვეითებენ მიოკარდიუმის კუმშვადობას (ლაბეტალოლი), ასეთ სიტუაციაში არ გამოიყენება.

### **ბულის იზემიური დაავადება, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი**

ი/ვ ნიტროგლიცერინის მეშვეობით სისტემური არტერიული წნევის დაქვეითება ამცირებს გულის მუშაობას, კედლის დაჭიმულობას და ჟანგბადზე მოთხოვნილებას. ამიტომ, ამ დროს არსებული ჰიპერტენზიული კრიზის დროს, ნიტროგლიცერინი პირველი რიგის არჩევანს წარმოადგენს. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტიან პაციენტებში ჰიპერტენზიის ფრთხილი მკურნალობა თითქოსდა უკეთესი გამოსავლის საწინდარია. თუმცა უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ წნევის არასაჭირო, მეტისმეტი დაქვეითება ართულებს ისედაც არასტაბილურ მდგომარეობას. ამიტომ არტერიული წნევა უნდა დავაქვეითოდ მანამ, სანამ არ შემცირდება სიმპტომები, ან სანამ დიასტოლური წნევა არ მიაღწევს დაახლოებით 100 მმ ვწყ-ს. ნებისმიერი პრეპარატის მეშვეობით არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითება შეიძლება გახდეს ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებების მიზეზი. ეს ცვლილებები, რომლებიც ფიქსირდება ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ინფუზიის განმავლობაში და ორალური ნიფედისინის მიღების შემდეგ, როგორც წესი, მარცხენა პარკუჭის რეგიონული ფუნქციის დარღვევას არ ასახავს. სტენოკარდიისა და მძიმე ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების საწყისი მკურნალობა მოიცავს სუბლინგვალურ ნიტროგლიცერინსა და მორფინს, რომელსაც მოყვება ნიტროგლიცერინის ი/ვ ინფუზია, თუ მკურნალობა წარმატებული არ არის. ალტერნატიული საშუალებაა ესმოლოლი. ამ სახის კრიზის დროს ნიფედისინის ხმარება რეკომენდებული არ არის, რადგანაც იგი იწვევს რეფლექსურ ტაქიკარდიას, ზრდის მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოთხოვნილებას და შესაძლოა დაამძიმოს მიოკარდიუმის იშემია.

### **პოსტოპერაციული ჰიპერტენზია**

პოსტოპერაციულ პაციენტებში არტერიული წნევის საკონტროლოდ საჭირო ხდება პარენტერალური აგენტების გამოყენება, რადგან შეუძლებელია წამლების პერორალური მიღება. ამ დროს მძიმე ჰიპერტენზიის ეტიოლოგია მრავალფეროვანია: ანტიჰიპერტენზიული აგენტების მიღების შეწყვეტა, მოცულობითი გადატვირთვა, სიმპათიკური აქტივაცია. ასეთ სიტუაციაში თუნდაც ზომიერი სიმძიმის ჰიპერტენზიამ შესაძლოა საფრთხეში ჩააგდოს ახალი სისხლძარღვოვანი ნაკერების ინტეგრაცია (ურთიერთკავშირი). მკურნალობა უნდა იყოს ინდივიდუალიზებული და ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროებს წნევის დაუყოვნებლივ დაქვეითებას. უნდა ვერიდოთ ჰიპოტენზიის განვითარებას იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ახალი სისხლძარღვოვანი ნაკერები, რათა თავიდან ავიცილოთ თრომბოზის საშიშროება. ჩვეულებრივ, არჩევს პრეპარატია ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, იმ პირობით თუ პაციენტი იმყოფება ინტენსიური მეთვალყურეობის ბლოკში. მის ნაცვლად შეიძლება ვიხმაროთ ი/ვ ლაბეტალოლი მუდმივი ინფუზიის ან მონობოლუსის სახით. კორონარული შუნტირების შემდგომ არსებული ჰიპერტენზიის შემთხვევაში უპირატესობა ი/ვ ნიტროგლიცერინს ენიჭება.

### **ეკლამფსია**

პრეეკლამფსია წარმოადგენს სინდრომს, რომელიც ვითარდება ორსულებში და რომლის დროსაც ადგილი აქვს ჰიპერტონულ შემუშავებასა და პროტეინურიას. ზოგიერთ პაციენტში შეიძლება მოხდეს პრეეკლამფსიის პროგრესირება ეკლამფსიაში, რაც ასოცირდება გონების დაბინდვასთან და სამიზნე ორგანოების დაზიანებასთან (მაგ. ცერებრული ჰემორაგია, თირკმლის უკმარისობა, მიკროანგიოპათიური ჰემოლიზური ანემია). მკურნალობის მნიშვნელოვანი ნაწილია ჰიპერტენზიის კონტროლი. ამასთან, მხედველობიდან არ უნდა გამოვკრჩეს წნევის მეტისმეტი დაწვეით გამოწვეული პლაცენტური სისხლის

მიმოქცევის დარღვევის რისკი. იმ შემთხვევაში, თუ დიასტოლური წნევა აღემატება 115 მმ ვწყ-ს ან მას თან ახლავს ეკლამფსია, რეკომენდებულია ჰიდრალაზინის ი/ვ ხმარება. ეს პრეპარატი ეფექტურად არის და ამავდროულად არ აქვეითებს პლაცენტურ სისხლის მიმოქცევას. ლაბეტალოლის, ურაპიდილის ან კალციუმის ანტაგონისტების გამოყენებამ შესაძლოა მოგვცეს თერაპიული ეფექტი იმ შემთხვევაში, თუ ჰიდრალაზინი შედეგს არ გამოიღებს. უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთმა ვაზოდilatატორმა, განსაკუთრებით კი კალციუმის ანტაგონისტებმა, შესაძლოა შეასუსტოს საშვილოსნოს შეკუმშვა და საშვილოსნოს კუმშვითი ფუნქციის სრული დათრგუნვაც კი გამოიწვიონ. უნდა ვერიდოთ დიურეტიკების, ტრიმეტაფანის, ნატრიუმის ნიტროპრუსიდისა და აბმ ინჰიბიტორების გამოყენებას. თუ კრუნჩხვათა საფრთხე არსებობს ან თუ უკვე განვითარდა, საჭიროა პარენტრალური მაგნიუმის სულფატის გამოყენება.

### **მოციკლოპროფილი კატეპოლამინების სიჭარბე**

კატეპოლამინებით განპირობებული კრიზი ხასიათდება უპირატესად ალფა-ადრენერგული ტონუსის უცაბედი მომატებით. პლაზმური კატეპოლამინების დონე მატულობს ფეოქრომოციტომის, კლონიდინის მკვეთრი შეწყვეტით განპირობებული უკუცემითი ჰიპერტენზიის, სიმპატომიმეტური საშუალებების მიღებასთან დაკავშირებული ჰიპერტენზიის, ასევე მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორებისა და თიამინებით მდიდარი საკვების ურთიერთქმედებით განპირობებული ჰიპერტენზიის დროს. როცა საექვო ხდება ასეთი მდგომარეობის არსებობა, საჭიროა დაინიშნოს ალფა-ბლოკერი ფენტოლამინი. მის ნაცვლად შეიძლება ვიხმაროთ ლაბეტალოლი ან ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი ბეტა-ბლოკერთან კომბინაციაში. ბეტა-ბლოკერის გამოყენება საჭიროა იმ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს თანმხლებ ტაქიკარდიას ან პარკუჭოვან ექტოპიებს. იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ალფა-დამოკიდებული არასასურველი პერიფერიული ვაზოკონსტრიქცია, ალფა-ბლოკადას ყოველთვის წინ უნდა უსწრებდეს ბეტა-ბლოკერის გამოყენება.

### **თირკმლის უკმარისობა**

მაღალი წნევის ფონზე თირკმლის ფუნქციის გაუარესება ითვლება გადაუდებელ მდგომარეობად და მოითხოვს არტერიული წნევის დაქვეითებას. ასეთ შემთხვევაში ეფექტურია ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, მაგრამ რადგან მატულობს თიოციანატით ინტოქსიკაციის რისკი, საჭიროა დოზის რეგულირება თიოციანატის დონის მონიტორირების მეშვეობით. ლაბეტალოლი, კალციუმის ანტაგონისტები და ფენოლდოპამი თავისუფლად შეიძლება ვიხმაროთ როგორც ალტერნატიული საშუალება. ბეტა-ბლოკერები ამცირებენ თირკმლის პლაზმის ნაკადს და აქედან გამომდინარე გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარეს, ამიტომ ასეთ პაციენტებში სიფრთხილით უნდა გამოვიყენოთ.

### **ჰიპერტენზიის მკურნალობა ნაკლებად გადაუდებელი მდგომარეობების დროს**

ბოლო 15 წლის განმავლობაში ჰიპერტენზიული კრიზის მკურნალობის ფოკუსმა პერორალური მედიკამენტების გამოყენების მხარეს გადაინაცვლა. ჰიპერტენზიით განპირობებული ნაკლებად გადაუდებელი მდგომარეობის მიმართ ოპტიმალური მიდგომა გულისხმობს არტერიული წნევის თანდათანობით დაქვეითებას 24-48 საათის განმავლობაში. ასეთი თერაპიული მიდგომა საჭიროებს ავადმყოფთა ყურადღებით დაკვირვებას მწვავე შეტვივრიდან პირველი დღეების განმავლობაში. თუ წნევის ტრანზიტორული მომატების მიზეზი ადვილად დგინდება (ტკივილი ან მწვავე აგზნება, მაგ. პანიკური მდგომარეობა), მიმართავენ სათანადო მკურნალობას ანალგეტიკებით ან ანქსიოლიზური საშუალებებით. როცა არტერიული წნევის მომატების მიზეზი უცნობია, მის სამკურნალოდ გამოიყენება სხვადასხვა ანტიჰიპერტენზიული აგენტი. რადგან არ არსებობს ინფორმაცია პრეპარატთა შორეული შედეგების შედარებითი მონაცემების შესახებ, შერჩევა წარმოებს მათი ეფექტურობისა და უსაფრთხოების მონაცემებზე დაყრდნობით. სხვადასხვა ორალური ანტიჰიპერტენზიული აგენტების ეფექტურობა თითქმის ერთნაირია და კონტროლირებულ გამოცდებში მათი შედეგიანობის ფარგლების მერყეობა შემდეგია: ნიფედინისთვის 96-98%, კლონიდინისთვის 79-100%, კაპტოპრილისთვის 90-95%, ლაბეტალოლისთვის 68-94%, ნიკარდიპინისთვის 65-91%, ნიტრედინისთვის 66-82% და ნიტროგ-

ლიცერინისთვის 85%. არტერიული წნევის მკვეთრმა დაქვეითებამ შესაძლოა დაარღვიოს გულისა და თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევა, განსაკუთრებით ხანშიშესულ პაციენტებში, და აქედან გამომდინარე გამოიწვიოს სერიოზული გვერდითი ეფექტები. ბოლოდროინდელ პუბლიკაციებში აღწერილია ჰიპერტენზიით განპირობებული ურგენტული და ფსევდოურგენტული მდგომარეობის დროს ნიფედიპინის ორალური და სუბლინგუური გამოყენებით გამოწვეული სერიოზული გვერდითი ეფექტები. ამ გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებით და იმის გამო, რომ არ არსებობს არავითარი კლინიკური დადასტურება არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითების სარგებლიანობის შესახებ, **ნიფედიპინის კავსულებისა და ნებისმიერი იმ პრეპარატის ხმარება, რომელიც იწვევს არტერიული წნევის სწრაფ დაქვეითებას გათვალისწინებულ დონემდე, ჰიპერტენზიული კრიზის დროს არ არის რეკომენდებული.** ამა თუ იმ პრეპარატის არჩევისას უნდა გავითვალისწინოთ მათი მოქმედების მექანიზმი და გვერდითი ეფექტების პროფილი. ნიფედიპინი და უფრო ნაკლები ხარისხით კაპტოპრილი ზრდიან გულის რითმს, ხოლო კლონიდინი და ლაბეტალოლი იწვევენ მის დაქვეითებას. ამის გათვალისწინება მეტად მნიშვნელოვანია გულის იშემიური დაავადების დროს. სხვა შეზღუდვები შემდეგია: ლაბეტალოლი არ უნდა გამოვიყენოთ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ბრონქოსპაზმი, ბრადიკარდია და მეორე ან მესამე ხარისხის ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა. კლონიდინის მიცემას უნდა ვერიდოთ ცნობიერების დაბინდვის დროს. კაპტოპრილი არ უნდა გამოვიყენოთ თირკმლის არტერიის ბილატერალური სტენოზის ან, ერთი თირკმლის არსებობის შემთხვევაში, უნილატერალური სტენოზის დროს. ჰიპოვოლემიის მქონე პაციენტებში ყველა პრეპარატი სიფრთხილით უნდა გამოვიყენოთ.

## დასკვნები

ნათელია, რომ ჰიპერტონული კრიზისის მქონე პაციენტები ვერ გამოდგებიან გეგმიურ რანდომიზებულ გამოცდებში ჩართვის კარგ კანდიდატებად. აქედან გამომდინარე, ძნელია არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითების სარგებლიანობის თაობაზე დადასტურებული მონაცემების მოპოვება. ჰიპერტენზიით გამოწვეული ურგენტული მდგომარეობის მქონე პაციენტებში მისაღებ მიდგომად რჩება არტერიული წნევის შედარებით თანდათანობითი დაქვეითება 24-48 საათის განმავლობაში. უნდა ვერიდოთ ისეთი პრეპარატების გამოყენებას, რომლებიც მკვეთრად აქვეითებენ არტერიულ წნევას. ნიფედიპინის, კაპტოპრილის, კლონიდინის, ნიკარდიპინის, ლაბეტალოლის, ნიტრედიპინისა და ნიტროგლიცერინის ეფექტურობა კარგად არის ცნობილი. შესაბამისი პრეპარატი უნდა შეირჩეს კლინიკურ მონაცემებზე, პათოფიზიოლოგიურ თავისებურებებსა და მოქმედების მექანიზმებზე დაყრდნობით და მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებით.

## შეჯამება

ჰიპერტენზიულ კრიზს უწოდებენ არტერიული წნევის მკვეთრ მომატებას ისეთ ციფრებამდე, როცა დიასტოლური წნევა აღწევს 120-130 მმ ვწყ-ს და კლასიფიცირდება როგორც გადაუდებელი ან ნაკლებად გადაუდებელი მდგომარეობა. ნაკლებად გადაუდებელ ანუ ურგენტულ მდგომარეობაზე საუბრობენ მაშინ, როცა არტერიული წნევის მომატება არ ასოცირდება სამიზნე ორგანოების დაზიანებასთან. არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითების შესახებ არ არსებობს არანაირი მეცნიერული საფუძველი. უფრო მეტიც, წნევის სწრაფი არაკონტროლირებადი დაქვეითება საზიანოა, რადგან შეიძლება გახდეს მიოკარდიუმის ინფარქტის ან მწვავე იშემიური ინსულტის მიზეზი. ასეთ პირობებში ყველაზე ოპტიმალურ მიდგომად ითვლება არტერიული წნევის თანდათანობითი დაქვეითება პერორალური საშუალებებით 24-48 საათის განმავლობაში. უნდა ვერიდოთ ისეთი პრეპარატების გამოყენებას, რომლებიც სწრაფად აქვეითებენ არტერიულ წნევას. თუ ჰიპერტენზიის მიზეზი ადვილად დგინდება, ეს იქნება ტკივილი თუ მწვავე აგზნება (პანიკური შიში), შესაფერის თერაპიას ამ შემთხვევაში წარმოადგენენ ანალგეტიკები ან დასამშვიდებელი საშუალებები. თუ არტერიული წნევის მომატების მიზეზი უცნობია, მისაღებია სხვადასხვა ორალური ანტიჰიპერტენზიული აგენტების გამოყენება.

ნაკლებად გადაუდებელი მდგომარეობისაგან განსხვავებით, ჰიპერტენზიით გამოწვეული გადაუდებელი მდგომარეობა შედარებით იშვიათია და მანიფესტირდება მაშინ, რო-

ცა მაღალი არტერიული წნევა ქმნის გულსისხლძარღვთა სისტემის ინტეგრირებული მუშაობის დარღვევის დაუყოვნებელ საფრთხეს. ასეთი პაციენტები საჭიროებენ არტერიული წნევის დაუყოვნებელ დაქვეითებას, რათა თავიდან იქნას აცილებული სამიზნე ორგანოების შემდგომი დაზიანება. ეს უნდა ხდებოდეს ინტენსიური მეთვალყურეობის ბლოკში ი/ვ საშუალებების გამოყენებით. ანტიჰიპერტენზიული აგენტების შედარებითი ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შესახებ ძნელია რაიმე განსაზღვრული დასკვნების გაკეთება, რადგან ამ საკითხზე არსებობს ძალზე მცირე შედარებითი და რანდომიზებული კვლევები. ზოგიერთი მკვლევარის რეკომენდაციით, დიასტოლური წნევა არ უნდა დაქვეითდეს 100-110 მმ ვწყზე დაბლა. არტერიული ჰიპერტენზიით განპირობებული გადაუდებელი მდგომარეობის დროს ყველაზე მისაღებია საშუალო არტერიული წნევის დაწვევა 25 %-ით პირველი 2-4 საათის განმავლობაში, კლინიკურად ყველაზე უფრო შესაფერისი პრეპარატის მეშვეობით.

#### References:

1. The sixth report of the JNC on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 157: 2413-46, 1997.
2. Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. N Eng J Med 323: 1177-83, 1990.
3. Kaplan NM. Management of hypertensive emergencies. Lancet 344: 1335-8, 1994.
4. Hirschl MM. Guidelines for the drug treatment of hypertensive crises. Drugs 50: 991-1000, 1995.
5. Grossman E, Ironi AN, Messerli FH. Comparative tolerability profile of hypertensive crisis treatments. Drug Safety 19: 99-122, 1998.

## **The Management of Hypertensive Crisis**

Tekla Ivanishvili, City Hospital #2, Dept of Cardiology

Hypertensive crisis is defined as a severe elevation in blood pressure, such as a diastolic blood pressure above 120 to 130 mm Hg, and can be subclassified into either emergency or urgency. The initial goal of the antihypertensive therapy is not to rapidly normalize blood pressure but rather to prevent damage to target organs by gradually decreasing mean arterial pressure while minimizing the risk of hypoperfusion. Few comparative or randomized trials provide definitive conclusions about the comparative efficacy and safety of antihypertensive drugs. A reasonable approach for most patients is to lower the mean arterial pressure by 25% over the initial 2-4 hours with the clinically most appropriate antihypertensive regimen.

სივრცის შექმნა, რისთვისაც უხშირესად გამოიყენება პნევმოპერიტონეუმი – მუცლის ღრუში შეჰყავთ სხვადასხვა აირი: ჰაერი, ნახშირორჟანგი, ჟანგბადი, ინერტული გაზები, აზოტის ქვეჟანგი და სხვა. სპეციალური ხელსაწყო – ინსუფლატორის საშუალებით ხდება მუცელშიდა წნევის მუდმივი მაჩვენებლის შენარჩუნება მთელი ოპერაციის განმავლობაში.

პნევმოპერიტონეუმი უარყოფითად მოქმედებს პაციენტის ორგანიზმზე (იხ. სქემა), კერძოდ:

1) ფერხდება ფილტვების ვენტილაცია – მცირდება ნარჩენი მოცულობა და იზრდება მკვდარი სივრცე, რაც საბოლოოდ იწვევს ჰიპერკაპნიას.

აღსანიშნავია რომ ნახშირორჟანგის გამოყენებისას უკანასკნელი პერიტონეუმის ღრუდან სისხლში გადადის, რაც უფრო აძლიერებს ამ ეფექტს.

2) დიაფრაგმის მაღლა დგომის გამო ხდება გულის დისლოკაცია და როტაცია, რაც გააღწენს ახდენს მის ფუნქციაზე – მცირდება წუთმოცულობა, ირღვევა რითმი.

3) ახდენს რა ზეწოლას ვენებზე, აირი აბრკოლებს სისხლის მიმოქცევას შინაგან ორგანოებსა და ქვედა კიდურებში, ქმნის პირობებს ქვემო ღრუ ვენის სისტემაში თრომბოზის წარმოქმნისათვის.

4) განსაკუთრებით მნიშველოვანია, თუმცა უფრო იშვიათია ისეთი გართულებები, როგორცაა აეროვანი ემბოლია, პნევმოთორაქსი, კანქვეშა ემფიზემა.

გარდა ზემოთაღნიშნულისა, მუცლის ღრუში აირის ინსუფლაცია ხელს უწყობს რა მიკრობთა გამრავლებას, ასტიმულირებს ინტრაპერიტონულ ინფექციას [Sare M და სხვები, 2001]. არის მონაცემები, რომლებიც მიუთითებს, რომ პნევმოპერიტონეუმი ონკოლოგიური ლაპაროსკოპული ჩარევების დროს ახდენს სიმსივნის ზრდის სტიმულირებას, ამასთან ეს ეფექტი პირდაპირპროპორციულია წნევის სიდიდისა [Wittich P და სხვები, 2000]. უფრო მეტიც, აირის მუცელშიდა ინსუფლაცია ზრდის მოცირკულირე სიმსივნესპეციფიური დნმ-ის კონცენტრაციას [Lecuru FR და სხვები, 2001] და ხელს უწყობს ჰემატოგენური მეტასტაზების განვითარებას [Gutt CN და სხვები, 2001]. გარდა ამისა აღმოჩნდა, რომ პნევმოპერიტონეუმი ზრდის სიმსივნის ლაპაროსკოპული პორტების ადგილებში სიმსივნის რეციდივის ალბათობას [Moreira H Jr. და სხვები, 2001].

ამ გართულებების განვითარების რისკი და სიმძიმე პირდაპირაა დამოკიდებული მუცელშიდა წნევის სიდიდეზე, პნევმოპერიტონეუმის ხანგრძლივობაზე, ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე.

ზემოთხამოთვლილ გართულებათა პროფილაქტიკის მიზნით შემუშავებულია საოპერაციო სივრცის შექმნის ალტერნატიული მეთოდები: მუცლის წინა კედლის აწევა, რეტრაქცია მარტივი მექანიკური ინსტრუმენტით – ლაპაროლიფტით.

პირველად ეს მეთოდი 1901 წ. გამოიყენა დ. ოტმა, ვენტროსკოპისათვის. ლაპაროლიფტი (ლიფტი, რეტრაქტორი) წარმოადგენს საოპერაციო მაგიდაზე დამაგრებულ, ჭერზე დაკიდებულ ან იატაკზე მდგარ შტატივს – „მექანიკურ ხელს“ (ნახ.1), რომელზეც დამაგრებულია სხვა და სხვა ფორმის და რაოდენობის ლითონის ფირფიტა. თანამედროვე ლაპაროსკოპულ ქირურგიაში იყენებენ ორი ტიპის ლაპაროლიფტებს: ერთერთი მათგანი შეჰყავთ მუცლის წინა კედელში, ხოლო მეორე – პერიტონეუმის ღრუში.

Larsen JF, Ejstrud P და სხვებმა (2002) რანდომიზებული გამოკვლევა ჩაატარეს ორგანიზმზე ლაპაროლიფტინგის და ნახშირორჟანგის ინსუფლაციით წარმოებული ლაპაროსკოპული ჩარევების გააღწენის შესასწავლად. ოპერაციის დროს სისხლის შრატში კორტიზოლის და ინსულინის მეტი კონცენტრაცია აღმოჩნდა პნევმოპერიტონეუმის შემთხვევაში, რაც მაღალ ქირურგიულ სტრესზე მიუთითებს.

Uen YH და სხვათა (2002) გამოკვლევის თანახმად, ლაპაროლიფტინგის დროს ვენტილაციის შესწავლამ, სისხლში აირთა პარციალური წნევის და კაპნოგრაფიის მონაცემებმა გაცილებით ნაკლები ინტრაოპერაციული დარღვევები გამოავლინა ტრადიციულ ლაპაროსკოპულ ჩარევებთან შედარებით.

მეთოდი საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ პნევმოპერიტონეუმის ყველა გართულება [Galizia G და სხვები 2001; Li B და სხვები, 2001]. ჩვენი განვითარებადი ქვეყნისათვის არც თუ უმნიშვნელოა ის ფაქტორიც, რომ ოპერაცია ეკონომიურია, რადგან არ საჭიროებს ინსუფლატორს, აირს, სარქველიან ძვირადღირებულ ტროაკარებს. მისი გამოყენება შესაძლებელია, როგორც დამხმარე მეთოდისა ღია ოპერაციების წარმოებისას.

Larsen JF, Svendsen FM და სხვებმა (2002) გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ნაღველკენჭოვანი დაავადების გამო ლაპაროლიფტინგით წარმოებული ლაპაროსკოპული ქოლეციტომიისა შემდეგ გამოჯანმრთელების ხანგრძლივობა ნაკლებია, თუმცა ოპერაციის ხანგრძლივობა მეტია, ხოლო საოპერაციო სივრცე პნევმოპერიტონეუმის გამოყენებისას უკეთესია.

ამრიგად, ლაპაროლიფტინგის გამოყენებას აქვს თავისი ნაკლოვანებებიც: პნევმოპერიტონეუმთან შედარებით ლაპაროლიფტინგის დროს გარკვეულწილად შეზღუდულია მხედველობის არე, რადგან წარმოიქმნება წაკვეთილი კონუსის ფორმის სივრცე. ამის გამო იზრდება ოპერაციის ხანგრძლივობა. გარკვეული სიძნელებები იქმნება ჭარბწონიან პაციენტებში.

პნევმოპერიტონეუმის და ლაპაროლიფტინგის დადებითი და უარყოფითი მომენტების გათვალისწინებით ინტერესს იწვევს ამ ორი მეთოდის შერწყმა – ლაპაროლიფტინგის კომბინირება დაბალი წნევის პნევმოპერიტონეუმთან (3-5 მმ.ვწყ. სვ.).

Giraud G და სხვებმა (2001) შეისწავლეს პერიოპერაციულ პერიოდში 14 მმ ვწყ.სვ. პნევმოპერიტონეუმით, ლაპაროლიფტით და დაბალი წნევის პნევმოპერიტონეუმის ლაპაროლიფტთან კომბინაციით წარმოებული სხვადასხვა ოპერაციისას ღვიძლის ფუნქციის ცვლილებები და მივიდნენ დასკვნამდე, რომ რეტრაქტორის გამოყენებისას სისხლში ტრანსამონაზების შემცველობა და ღვიძლის ფუნქციური სინჯების ცვლილებები საგრძნობლად მეტია 14 მმ ვწყ. სვ. პნევმოპერიტონეუმის დროს სხვა მეთოდებთან შედარებით.

ავტორთა აზრით ღვიძლის უკმარისობის დროს ლაპაროსკოპული ოპერაციები მხოლოდ კომბინირებული მეთოდით უნდა გაკეთდეს.

ამრიგად, ლაპაროლიფტინგის გამოყენება საშუალებას იძლევა გაფართოვდეს მინიმალურად ინვაზიური ოპერაციების ჩვენებები და შემცირდეს პნევმოპერიტონეუმის უარყოფითი გავლენა პაციენტის ორგანიზმზე.

1. Larsen JF, Ejstrup P, Svendsen F, Pedersen V, Redke F. Systemic response in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy using gasless or carbon dioxide pneumoperitoneum. A randomized study. J GASTROINTEST SURG 2002;6:582-586.
2. Larsen JF, Svendsen FM, Ejstrup P, Kristensen JU, Pedersen V, Redke F. [Gasless versus conventional laparoscopic holecystectomy. A randomized trial with regard to technical problems, postoperative course and convalescence] Ugeskr Laeger 2002 Apr 29;164(18):2398-402.
3. Uen YH, Liang AI, Lee HH. Randomized comparison of conventional carbon dioxide insufflation and abdominal wall lifting for laparoscopic cholecystectomy. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2002 Feb;12(1):7-14.

5. Sare M, Demirkiran AE, Alibey E, Durmaz B. Effect of abdominal insufflation on bacterial growth in experimental peritonitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2001 Oct;11(5):285-9.
6. Giraudo G, Brachet Contul R, Caccetta M, Morino M. Gasless laparoscopy could avoid alterations in hepatic function. *Surg Endosc* 2001 Jul;15(7):741-6.
7. Li B, Hao J, Gao X, Liu T, Zhang J, Wang H, Chen Y, Wu J. Gynecological procedures under GASLESS laparoscopy. *Chin Med J (Engl)* 2001 May;114(5):514-6.
8. Galizia G, Prizio G, Lieto E, Castellano P, Pelosio L, Imperatore V, Ferrara A, Pignatelli C. Hemodynamic and pulmonary changes during open, carbon dioxide pneumoperitoneum and abdominal wall-lifting cholecystectomy. A prospective, randomized study. *Surg Endosc* 2001 May;15(5):477-83
9. Lecuru FR, Agostini AF, Coulet FP, Robin FP, Aggerbeck MS, Jais JP, Guilbaud NR, Laurent-Puig PF, Blanc B. Effect of pneumoperitoneum on circulating tumor DNA. *Anticancer Res* 2001 May-Jun;21(3B):2029-32
10. Moreira H Jr, Yamaguchi T, Wexner S, Singer L, Zhao R, Baig MK, Mack JA, Xiong H, Abramson S. Effect of pneumoperitoneal pressure on tumor dissemination and tumor recurrence at port-site and midline incisions. *Am Surg* 2001 Apr;67(4):369-73
11. Gutt CN, Riemer V, Kim ZG, Erceg J, Lorenz M. Impact of laparoscopic surgery on experimental hepatic metastases. *Br J Surg* 2001 Mar;88(3):371-5
12. Wittich P, Steyerberg EW, Simons SH, Marquet RL, Bonjer HJ. Intraperitoneal tumor growth is influenced by pressure of carbon dioxide pneumoperitoneum. *Surg Endosc* 2000 Sep;14(9):817-9

## **Gasless Laparoscopy**

Badri Kobalava, Kakha Amiranashvili

Adverse effects of the pneumoperitoneum on patients' status and the course of disease are discussed. Alternative methods of creation of the working space are reviewed. Abdominal wall retraction is the preferable method, especially in obese and elderly patients. This technique fits well the needs of



developing countries. Advantages and disadvantages of lifting are discussed. It is concluded that the application of gasless laparoscopy in combination with low pressure pneumoperitoneum could be used in selected cases with greater success than conventional minimal access surgery.

**იელოვას მოწმეთათვის მკურნალობის მიზნით სისხლის გადასხმის ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები**

**ბურამ კიკნაძე, ბივი ჯავაშვილი, აკაკი ბარკალაია**  
**ბიოეთიკის ეროვნული საბჭო**  
ელ-ფოსტა: G.Javashvili@curatio.com

**პრეამბულა**

**უ**კანასკნელ ხანებში მასმედიის ყურადღების ობიექტად იქცა იელოვას მოწმეთათვის სამედიცინო მომსახურებასთან, სახელდობრ, მათთვის სისხლის გადასხმასთან დაკავშირებული საკითხები. ქალაქის №1 საავადმყოფოს ანგიოლოგიის განყოფილებაში იელოვას მოწმე ახალგაზრდა ქალის სიკვდილმა, პრესაში გამოქვეყნებულმა მინიშნებებმა სხვა შემთხვევებზე, კერძოდ, ბავშვის სიკვდილზე, რომლის მშობლებმაც არ მისცეს სამედიცინო პერსონალს ბავშვისათვის სისხლის გადასხმის უფლება, საზოგადოების მწვავე რეაქცია განაპირობა. ასეთი რეაქცია სავსებით ბუნებრივია. მის უმთავრეს მიზეზებად უნდა ჩაითვალოს:

- ადამიანის სიკვდილი, რისი თავიდან აცილება შესაძლებელი იყო მხოლოდ და მხოლოდ სისხლის გადასხმით, სხვა რაიმე რთული და მაღალტექნოლოგიური სამკურნალო მეთოდის გამოყენების გარეშე;
- ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის მარეგულირებელ სამართლებრივი და ეთიკური ნორმების არცოდნა საზოგადოების მიერ;
- მოვლენათა განსჯისას ემოციების სიჭარბე ფაქტების ობიექტურ შეფასებასთან შედარებით;
- საზოგადოებაში დამკვიდრებული პატერნალისტური ტენდენციები, მათ შორის, მკვიდრად ფეხმოკიდებული შეხედულება, რომლის მიხედვითაც სამედიცინო პერსონალის ვალია ყველა შემთხვევაში აღმოუჩინოს სამედიცინო დახმარება პაციენტს, მიუხედავად ამ უკანასკნელის ან პაციენტის ახლობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ნებისა;

ყოველივე ზემოხსენებულის გამო აუცილებლად მიგვაჩნია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს პოზიციის გაცხადება იელოვას მოწმეთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის, სახელდობრ, სისხლის გადასხმის შესახებ. მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება, რომ ზემოთ მოხსენებულის მსგავსი ტრაგიკული ფაქტები შეიძლება მომავალშიც განმეორდეს. საზოგადოება მზად უნდა იყოს ასეთი ფაქტების ობიექტურად შესაფასებლად, რისთვისაც აუცილებელია იმ სირთულეებისა და წინააღმდეგობრიობის გაცნობიერება, რაც, როგორც წესი, თან ახლავს ასეთ შემთხვევებს. საზოგადოებამ უნდა იცოდეს, რის უფლებას აძლევს და რა მოვალეობას აკისრებს სამედიცინო პერსონალს და პაციენტს საქართველოს კანონმდებლობა მსგავს სიტუაციაში. ეს აუცილებელი პირობაა იმისათვის, რომ:

- დავიცვათ პაციენტის სიცოცხლე იმ შემთხვევებში, როცა ამის შესაძლებლობას იძლევა მედიცინა და, რაოდენ პარადოქსულადაც არ უნდა ჟღერდეს, კანონი;

- დავიცვათ სამედიცინო პერსონალი უსაფუძვლო ბრალდებებისაგან იმ შემთხვევაში, როცა მედიცინას ხელეწიფებოდა სიცოცხლის გადარჩენა, მაგრამ სამედიცინო ჯროსონალს მისგან დამოკიდებული მიზეზების გამო არ მიეცა ამ შესაძლებლობის განხორციელების საშუალება;
- დავიცვათ საზოგადოება უსაფუძვლო აჟიოტაჟისაგან და ფაქტების არაკომპეტენტური შემფასებლებისაგან.

### **პრობლემის არსი**

ახალი აღთქმა, „მოციქულთა საქმეები“, თავი 15: „თავი შეიკავეთ ნაკერპავთაგან და სისხლისაგან, დამღრჩვალისა და სიძვისაგან. თუ ამისგან დაიცავთ თავს, კარგს იზამთ. იყავით ჯანმრთელად!“. ამ ამონარიდში მოცემული მოწოდება უდევს საფუძვლად იელოვას მოწმეთა დამოკიდებულებას სისხლის გადასხმისადმი – ისინი უარს ამბობენ მათთვის სისხლის გადასხმაზე იმ შემთხვევებშიც კი, როცა სამედიცინო დახმარების ეს სახე აუცილებელია პაციენტის სიცოცხლის გადასარჩენად.

სამედიცინო პერსონალი ასეთ შემთხვევაში დილემის წინაშე აღმოჩნდება ხოლმე: ერთი მხრივ, მისი ვალია დახმარება აღმოუჩინოს პაციენტს; მეორე მხრივ, თავად პაციენტი ან მისი ოჯახის წევრი, ან კანონიერი წარმომადგენელი არ აძლევენ სამედიცინო პერსონალს პროფესიული ვალის მოხდის შესაძლებლობას; ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა (სისხლის გადასხმა) აუცილებლად იქნება დაკავშირებული „ძალადობასთან“, იძულებასთან, რაც აგრეთვე დაუშვებელია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობაში.

ზემოთ მოხსენებულ დილემას, სამართლისა და სამედიცინო ეთიკის თვალსაზრისით, ორი წახნაგი აქვს:

1. კონფლიქტი, ერთი მხრივ, პაციენტის ავტონომიის საყოველთაოდ, მათ შორის საქართველოს კანონმდებლობით, აღიარებულ პრინციპსა და, მეორე მხრივ, ექიმის მოვალეობას შორის, დაეხმაროს პაციენტს;
2. განსხვავებული მიდგომა:
  - ქმედუნარიანისა და არაქმედუნარიანის მიმართ;
  - გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების აუცილებლობისას ან ამ უკანასკნელის არარსებობის შემთხვევაში.

შემდეგ თავში მოცემულია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს კანონმდებლობაში ასახული დებულებები, რომელთა საფუძველზეც უნდა მორეგულირდეს კოლიზია პაციენტსა (ან მის კანონიერ წარმომადგენელს, ან მისი ოჯახის წევრს შორის) და სამედიცინო პერსონალს შორის იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტი უარს აცხადებს სამედიცინო დახმარებაზე, მათ შორის სისხლის გადასხმაზე.

### **საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის ინტერპრეტაცია**

საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობა, რომელიც მიესადაგება შემთხვევებს, როცა პაციენტი სამედიცინო მომსახურების გაწევის წინააღმდეგია\*, წარმოდგენილია შემდეგი კანონებით:

- საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“
- საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“

ზემოთ დასახელებული კანონები საქართველოში ამკვიდრებენ პაციენტის ავტონომიის პრინციპს და ამ პრინციპის რეალიზაციის ძირითად სამართლებრივ „იარაღს“ – ინფორმირებული თანხმობის დოქტრინას. ამ უკანასკნელის მიხედვით, პაციენტისათვის სამედიცინო ჩარევის განხორციელებამდე აუცილებელია მისი (პაციენტის) ინფორმირებული თანხმობის მიღება. ინფორმირებული თანხმობა გულისხმობს სამედიცინო ჩარევაზე პაციენტის თანხმობის მიღებამდე მისთვის (პაციენტისათვის) ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდებას სამედიცინო ჩარევისა და მისი ალტერნატივების შესახებ.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს კანონმდებლობაში, სახელდობრ, ზემოთ მოხსენებულ კანონებში, ისევე, როგორც ნებისმიერი ცივილიზებული ქვეყნის შესაბამის საკანონმდებლო ნორმატიულ აქტებში, ცალსახად არის გაცხადებული, რომ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტს უფლება აქვს თავად გადაწყვიტოს, ჩაუტარდეს თუ არა მას ესა თუ ის სამედიცინო ჩარევა.

ამასთან, პაციენტის გადაწყვეტილება საბოლოოა. სამედიცინო პერსონალს არა აქვს უფლება ძალის გამოყენებით ან მოტყუების გზით ჩაატაროს სამედიცინო ჩარევა, რომლის წინააღმდეგია პაციენტი. საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (მუხლი 8, პუნქტი 1) აღნიშნულია, რომ „სამკურნალო, სადიაგნოზო, სარეაბილიტაციო, საპროფილაქტიკო პროცესებში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა“.

ცნება „ინფორმირებული თანხმობა“ საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ (მუხლი 4, ქვეპუნქტი „დ“) შემდეგნაირად არის განმარტებული:

„პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, მას შემდეგ, რაც მას მიეწოდა ინფორმაცია:

- სამედიცინო მომსახურების არსის და საჭიროების შესახებ;
- სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;
- განზრახული სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული ვარიანტების, ამ უკანასკნელთა თანხმობის რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ;
- სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- ზემოთ ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური ასპექტების შესახებ“.

კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ზემოთ მოხსენებული, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში გაცხადებული დებულება, დეტალიზებულია და გამყარებულია. სახელდობრ, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის 24-ე მუხლში ნათქვამია, რომ:

1. ქმედუნარიან ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტს უფლება აქვს ნებისმიერ ეტაპზე უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, აგრეთვე შეწყვიტოს უკვე დაწყებული სამედიცინო მომსახურება. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის ან მისი შეწყვეტის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ პაციენტი ამომწურავად უნდა იყოს ინფორმირებული.

2. აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო მომსახურების განხორციელება, საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევების გარდა.

რას გულისხმობს ფრაზა, „საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევების გარდა“?

კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (მუხლი 76) მითითებულია, რომ „განსაკუთრებით საშიში გადამდები დაავადების არსებობაზე დასაბუთებული ეჭვის დასადასტურებლად მოქალაქეთა შემოწმების საჭიროებისას ეს უკანასკნელნი ვალდებული არიან ჩაიტარონ ყველა სათანადო გამოკვლევა; გამოკვლევის ჩატარებისას დაცული უნდა იქნას მოქალაქეთა ღირსება და მათი ძირითადი უფლებები“.

გარდა ზემოთ ნათქვამისა, საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ითვალისწინებს ფსიქიკურად დაავადებულის იძულებით მკურნალობას, თუ ის საფრთხეს უქმნის გარემომცველებს.

**ამრიგად, საქართველოს კანონმდებლობით აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტისათვის მისი ნების წინააღმდეგ, „იძულებითი წესით“ რაიმე სამკურნალო პროცედურის, მათ შორის, ცხადია, სისხლის გადასხმის ჩატარება. ეს კი ნიშნავს, რომ ქმედუნარიანი, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე იელოვას მოწმისათვის, სისხლის გადასხმის უფლება სამედიცინო პერსონალს არა აქვს, თუ პაციენტი უარს აცხადებს სისხლის გადასხმაზე.**

სხვაგვარად წყდება საკითხი იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ქმედუნაროა (არასრულწლოვანია, ან სასამართლოს მიერ არის მიჩნეული ქმედუნაროდ ფსიქიკური დაავადების ან ჭკუიანობის გამო) და საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ან

სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაშია. ასეთ დროს, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მე-12 მუხლის მიხედვით, „...სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება მხოლოდ პაციენტის ინტერესების გათვალისწინებით“. კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ უფრო დეტალურად განიხილავს ასეთ შემთხვევებს, კერძოდ, 25-ე მუხლის მეორე პუნქტის თანახმად: „თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ მოხერხდა სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად“.

იმავე მუხლის მე-3 პუნქტში მითითებულია, რომ „თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად“.

**ამრიგად, თუ იელოვას მოწმე არასრულწლოვანია ან სასამართლოს მიერ მიჩნეულია ქმედუუნაროდ, ამასთან, მას აღენიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა ან ის საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, რომლის გარეშეც გარდუვალია სიკვდილი, სამედიცინო პერსონალი უფლებამოსილია გადაუსხას მას სისხლი. ეს უფლება ძალაშია იმ შემთხვევებშიც, როცა სამედიცინო პერსონალმა ვერ მოიძია პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი (ანუ არ იცის მათი აზრი) და მაშინაც, როცა ეს უკანასკნელნი სამედიცინო ჩარევისა წინააღმდეგე არიან.**

რა გზას უნდა დაადგეს სამედიცინო პერსონალი იმ შემთხვევებში, როცა ქმედუუნარო და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი, რომელსაც არ აღენიშნება არც სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა და არც გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აუცილებლობა, საჭიროებს ამა თუ იმ სამედიცინო ჩარევას (მათ შორის სისხლის გადასხმას) რომლის ჩატარებაზეც უარს აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი? კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ გაცხადებულია, რომ „სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელს უფლება აქვს სასამართლოში გაასაჩივროს ქმედუუნარო, ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება, თუ იგი ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს“ (მუხლი 25, პუნქტი 1).

იელოვას მოწმეებთან მიმართებაში ამ მუხლის ინტერპრეტაცია შემდეგნაირად შეიძლება: თუ პაციენტი ქმედუუნაროა ან არა აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და მას ესაჭიროება სისხლის გადასხმა, რისი წინააღმდეგეცაა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, იმავე დროს, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ არის სიცოცხლისათვის საშიში და არ მოითხოვს გადაუდებლად სისხლის გადასხმას, სამედიცინო პერსონალს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს, მოითხოვოს პაციენტისათვის სისხლის გადასხმის უფლება.

იელოვას მოწმე პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის საგულისხმო ასპექტია ექიმის პროფესიული ინტერესები: ექიმს არ ეძლევა საშუალება შეასრულოს უპირველესი პროფესიული ვალი – შეინარჩუნოს პაციენტის სიცოცხლე. ასეთ პირობებში ექიმს შეიძლება გაუჩნდეს სურვილი, საერთოდ უარი განაცხადოს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე.

ზნეობრივი თვალსაზრისით ექიმი, თუ მას შესწევს ამის „ძალა“, პაციენტის გვერდზე უნდა დარჩეს. მეორე მხრივ, კანონი ექიმს უნდა აძლევდეს თავისუფლებას უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ კი არსებობს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფის საშუალება – ე. ი. არსებობს სხვა ექიმი, რომელიც მზად არის ასეთი მომსახურების გაწევისათვის. საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ აღნიშნული პრობლემა შემდეგი მუხლით არის მოწესრიგებული:

„ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ:

ა) არსებობს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა და არ აღინიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა ან პაციენტი არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;

ბ) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას ექიმის სიცოცხლეს რეალური საფრთხე ემუქრება.“

### **მუხლი 37.**

იელოვას მოწმეთა მიერ სისხლის გადასხმაზე უარის განცხადება კიდევ ერთ პრობლემას მოიცავს. მხედველობაში გვაქვს მშობიარის მიერ კემოტრანსფუზიაზე უარის გაცხადება. არის შემთხვევები როცა მშობიარესათვის სისხლის გადასხმა ნაყოფის სიცოცხლის შენარჩუნების ერთადერთი გზაა. ასეთი გარემოების არსებობისას სახეზეა კონფლიქტი დედის ავტონომიასა და ნაყოფის სიცოცხლეს შორის.

საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით მშობიარე ვერ განაცხადებს უარს ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც ნაყოფს სიცოცხლეს შეუნარჩუნებს, ხოლო დედის ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს არავითარ საფრთხეს არ უქმნის. საქართველოს კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ ამ პრობლემას მარეგულირებელი დებულება შემდეგი ფორმით არის მოცემული:

„მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას, ხოლო მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია“ (მუხლი 36, პუნქტი 2).

ამრიგად, საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს რა პაციენტის ავტონომიის უზენაესობის პრინციპს, უფლებას აძლევს ქმედუნარიან და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის მქონე პირებს თავად განსაზღვრონ, ჩაუტარდეთ თუ არა მათ ესა თუ ის სამედიცინო ჩარევა, მათ შორის, სისხლის გადასხმა. მეორე მხრივ, კანონი იცავს ქმედუნარო პირებს, მათ შორის არასრულწლოვნებს, აგრეთვე გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის არმქონე მოქალაქეებს მათი ნათესავების ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილებისაგან (უარის გაცხადება სისხლის გადასხმაზე), რომელიც საფრთხეს უქმნის მათ სიცოცხლეს. ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ კანონმდებლობა, აგრეთვე, იცავს არდაბადებული ნაყოფის სიცოცხლეს, როცა მშობიარე სისხლის გადასხმის წინააღმდეგია.

დასასრულ, შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობა საშუალებას იძლევა სამართლებრივ საფუძველზე გადაიჭრას იელოვას მოწმეთათვის მკურნალობის მიზნით სისხლის გადასხმასთან დაკავშირებული პრობლემა.

### **რეკომენდაციები**

საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის საფუძველზე, საქართველოს ბიოეთიკის ნაციონალური საბჭო იძლევა შემდეგ რეკომენდაციებს იელოვას მოწმე პაციენტებისთვის მკურნალობის მიზნით სისხლის გადასხმასთან დაკავშირებით. რეკომენდაციები განკუთვნილია პრაქტიკოსი ექიმებისათვის. დანართში №1 რეკომენდაციები მოცემულია ალგორითმის სახით.

1. ექიმმა დეტალურად უნდა აუხსნას პაციენტს, რა მნიშვნელობა აქვს სისხლის გადასხმას პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის შესანარჩუნებლად. ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტმა გაიგო (გააცნობიერა), მისთვის მიწოდებული ინფორმაცია.

2. ქმედუნარიან პაციენტს შეიძლება არ ჰქონდეს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი. ამიტომ გადაწყვეტილების მიღებამდე ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტს ნამდვილად აქვს უნარი გააცნობიეროს თავის გადაწყვეტილება. გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის დაკარგვა შეიძლება გამოიწვიოს სტრესმა, დეპრესიამ, დაავადების სიმძიმემ და ცნობიერების დათრგუნვამ და ა.შ.

3. როცა ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის მქონე იელოვას მოწმე პაციენტისათვის სისხლის გადასხმისაგან თავის შეკავების შესახებ, ის (ექიმი) უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტი არ იმყოფება გაშე-

მომყოფთა (პაციენტის მოძღვარის, იმავე აღმსარებლობის ნათესავების ან ნებისმიერი სხვა პირის) გავლენის ქვეშ. ამისათვის მან (ექიმმა) უნდა სთხოვოს პაციენტს, რომ პირადად, სხვათა დაუსწრებლად გაესაუბროს ექიმს და დაუდასტუროს გადაწყვეტილება სისხლის გადასხმაზე უარის გაცხადების შესახებ.

4. ექიმმა ყოველთვის უნდა გაითვალისწინოს ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის მქონე პაციენტის ნება – უარი სისხლის გადასხმაზე. პაციენტის ნების აღსრულება სავალდებულოა მიუხედავად იმისა, გადაუდებლად საჭიროებს პაციენტი სისხლის გადასხმას თუ არა. გამონაკლისია წინამდებარე რეკომენდაციების მე-9 და მე-10 პუნქტებში ასახული გარემოებები.

5. როცა პაციენტი ქმედუნაროა ან არა აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ექიმმა პაციენტისათვის სისხლის გადასხმის ნებართვა უნდა მიიღოს პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლისაგან. თუ ეს უკანასკნელნი პაციენტისათვის სისხლის გადასხმის წინააღმდეგნი არიან, ექიმის მოქმედება შეიძლება წარმართოს ქვემოთ მითითებულთაგან ერთ-ერთი მიმართულებით:

ა) თუ შესაძლებელია, მკურნალობის გადადება, ექიმს შეუძლია მიმართოს სასამართლოს;

ბ) თუ სისხლის გადასხმის გადადება პაციენტის სიცოცხლეს საფრთხეს შეუქმნის, ექიმს უფლება აქვს იმოქმედოს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად – ანუ, ექიმს შეუძლია გადაუსხას პაციენტს სისხლი.

6. როცა პაციენტი ქმედუნაროა ან არა აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ ხერხდება, ექიმმა უნდა იმოქმედოს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად.

7. სამედიცინო დაწესებულებებმა არ უნდა განაცხადონ უარი იელოვას მოწმე პაციენტებისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე.

8. ექიმის ზნეობრივი ვალია ყველა ღონე იხმაროს შეუნარჩუნოს სიცოცხლე პაციენტს, რომელიც უარს აცხადებს სისხლის გადასხმაზე. იმავე დროს, კანონი ექიმს უფლებას აძლევს უარი განაცხადოს ნებისმიერი პაციენტისათვის, მათ შორის იელოვას მოწმისათვის, სამედიცინო დახმარების გაწევაზე. მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ არსებობს შესაძლებლობა, რომ პაციენტს სამედიცინო დახმარება სხვა ექიმმა გაუწიოს. ეს არ ეხება შემთხვევებს, როცა პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას.

9. თუ მშობიარე წინააღმდეგია სისხლის გადასხმისა, რაც აუცილებელია ნაყოფის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად, ექიმს უფლება აქვს გადაუსხას პაციენტს სისხლი, მიუხედავად იმისა, პაციენტი ქმედუნარიანია, თუ ქმედუნარო.

## **Ethical and Legal Issues of Blood Transfusion for Treatment Purposes to Jehovah's Witnesses**

G. Kiknadze, G. Javashvili, A. Barkalaia. National Council of Bioethics of Georgia

Several cases related to ethical and legal issues of blood transfusion for treatment purposes to Jehovah's Witnesses have raised extensive discussion in media. The concern and challenges have been increased furthermore after a tragic death in the angiology dept of the City Hospital #1 of the young woman, who had refused necessary blood transfusion due to her belief. There have been also hints about the possible cause of death of child whose parents - Jehovah's witnesses - refrained from hemotransfusion again due to their belief.

The article, prepared and discussed at the National Bioethics Council of Georgia, provides special algorithm, designed to deal with two major principles – protection of human rights on liberty of belief and on right to live an receive adequate treatment. The major factors influencing a decision-making process are as follow: patient's will; patient's relatives will (in case patient's condition doesn't allow

him/her to express the above mentioned will), urgency and absolute necessity for blood transfusion, not enough qualification/information of patient to make a choice/evaluate necessity of immediate hemotransfusion, possible damage to foetus, external influence on patient. The final statement may be drawn by the court.

**გააჩნიათ თუ არა სელექციური COX2 ინჰიბიტორებს უპირატესობა ტრადიციულ არასტეროიდულ ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებთან (აასპ) შედარებით?**

**CLASS კლინიკური გამოცდის შედეგების აღმკვამთური ანალიზი გვაფიქრებინებს, რომ ეს შესაძლოა ასე არ იყოს!**

**კეტიბი იუნი, ენ რუტიუს, კოლ დიკაი**  
***„ბრიტიშ მედიკალ ჯორნელ“, 2002; 1 ივნისი, 32:1287-8 (სარედაქციო სტატია)***

**ცელეკოქსიგენაზის სელექციური (COX2) ინჰიბიტორები, მათ შორის**

რის ცელეკოქსიბი (ცელებრექსი) და როფეკოქსიბი (ვაიოქსი), თეორიულად უნდა ხასიათდებოდნენ გასტროინტესტინალური გართულებების უფრო დაბალი რისკით, ვიდრე ტრადიციული აასპ-ები. 2000 წლის სექტემბერში ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ჟურნალში (JAMA, 2000;284:1247-55) გამოქვეყნდა სილვერსტეინის და თანაავტორების ცელეკოქსიბით ართრიტის ხანგრძლივი უსაფრთხოების კვლევა (celecoxib long term arthritis safety study – CLASS). ამ კვლევის ფართოდ გავრცელებული და ციტირებული შედეგების მიხედვით COX2 ინჰიბიტორებს კუჭ-ნაწლავის მხრივი გართულებების მართლაც უფრო დაბალი სიხშირე აღმოაჩნდათ. მაგრამ ამ დასკვნისადმი კრიტიკული მოსაზრებები რატომღაც არასაკმარისად იქნა გავრცელებული.

CLASS იყო წარმოდგენილი, როგორც სამმხრივი კლინიკური გამოცდა, რომელშიც ცელეკოქსიბი (800მგ/დღ) შეედარებოდა იბუპროფენს (2400 მგ/დღ) და დიკლოფენაკს (150 მგ/დღ) ოსტეოართრიტისა და რევმატოიდული ართრიტის დროს. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის კლინიკურად მნიშვნელოვანი გართულებები (სისხლდენა, პერფორაცია, სტენოზი) და მკურნალობის პირველი 6 თვის განმავლობაში განვითარებული სიმპტომური წყლულები განიხილებოდა, როგორც გამოსავლის ორი მთავარი ინდიკატორი, რომლის მიხედვითაც ხდებოდა სწორედ COX2 ინჰიბიტორებისა და ტრადიციული აასპ-ების შედარება (სურ. 1). გამოცდის დასკვნაში ნათქვამი იყო, რომ ცელეკოქსიბს ახასიათებდა წყლულის გართულებებისა და ახალი სიმპტომური წყლულების ნაკლები სიხშირე, ვიდრე აასპ-ებს. უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევა ფინანსირდებოდა ცელეკოქსიბის მწარმოებელი ფირმის „ფარმაცისის“ მიერ.

2001 წლის აგვისტოში „ვაშინგტონ პოსტში“ და იმავე წლის ნოემბერში – JAMA-ში გამოქვეყნებული 2 სტატიის ავტორებმა ყურადღება გაამახვილეს იმაზე, რომ აშშ-ის საკვებისა და წამლების ადმინისტრაციისათვის (Food and Drug Administration - FDA) ხელმისაწვდომ სრულ ინფორმაციაში იყო ისეთი მონაცემებიც, რაც ეწინააღმდეგება ზემოთმოყვანილ დასკვნას. ამ კრიტიკული სტატიების მიხედვით, სილვერსტეინის 2000 წლის სტატიის შედეგები ფაქტიურად წარმოადგენს ორი სხვადასხვა შრომის კომბინირებას, რომლებიც თავის მხრივ საკმაოდ განსხვავდებოდნენ დიზაინით, ხანგრძლივობით, გამოსავლითა და ანალიზით.

თავიდან დაგეგმილი იყო 2 შედარება: ცელეკოქსიბი იბუპროფენის წინააღმდეგ და ცელეკოქსიბი დიკლოფენაკის წინააღმდეგ. საკვების და წამლების ადმინისტრაციის და-

ექვემოთ უკავშირდებოდა იმას, რომ ციკლოქსიგენეზა-2 პოტენციურად სასარგებლო ეფექტი გააჩნია წყლულის შეხორცებაზე. ამდენად, თეორიულად სელექციური COX2 ინჰიბიტორებს შეეძლოთ გავლენა მოეხდინათ COX2-ის ამ პოტენციურ სასარგებლო ეფექტზე და გამოეწვიათ წყლულთან დაკავშირებული ხანგრძლივი გართულებები, რომლებიც შეიძლება გარკვეული ხნის განმავლობაში უსიმპტომოდ განვითარებულიყო და ერთბაშად ეჩინა თავი. აქედან გამომდინარე, წინასწარ დაგეგმილი გამოსავლის შეფასების კრიტერიუმი იყო წყლულთან დაკავშირებული გართულებები, და არა – სიმპტომური წყლულების აღმოცენება, თანაც – ორივე გამოცდის მიმდინარეობისას, რომელთა მაქსიმალური ხანგრძლივობა, შესაბამისად, 15 და 12 თვე უნდა ყოფილიყო.

ორსაფეხურიანი პროცედურა იყო დაგეგმილი I ტიპის შეცდომის გამოსარიცხად: აასპ-ებთან კომბინირებულად შედარების შემდეგ ცელეკოქსიბი ცალ-ცალკე – წყვილური წესით (pairwise comparisson) უნდა შედარებულიყო როგორც იბუპროფენთან, ასევე – დიკლოფენაკთან. გამოცდის სქემაში (პროტოკოლში) განსაკუთრებით ხაზგასმული იყო, რომ ცელეკოქსიბის განსხვავება და უპირატესობა ტრადიციული აასპ-ებისაგან შეიძლება დასაბუთებულად ჩათვლილიყო მხოლოდ მაშინ, თუ როგორც კომბინირებული, ასევე – წყვილური შედარებაც წყლულთან დაკავშირებული გართულებების მხრივ სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებას დაადასტურებდა.

წინასწარ განსაზღვრული სქემის მიხედვით ჩატარებულმა ანალიზმა უჩვენა წყლულთან დაკავშირებული გართულებების დაახლოებით თანაბარი სიხშირე როგორც ცელეკოქსიბის, ასევე აასპ-ების ჯგუფში (სურ. 1).

ამავდროულად თითქმის ყველა ის გართულებები, რაც გამოცდის მეორე ნახევარში აღმოჩნდა, დაფიქსირდა ცელეკოქსიბის მომხმარებლებში. როდესაც წყლულის გართულებების ალტერნატიული განსაზღვრება იქნა გამოყენებული (ეს განსაზღვრება საკვების და წამლის ადმინისტრაციის მიერ წინასწარ იყო დაგეგმილი და განსაკუთრებულად ხაზს უსვამს სერიოზული გასტროინტესტინური სისხლდენის საშიშროებას), მაშინ მცირედი (სტატისტიკურად არასარწმუნო) უპირატესობა აღმოჩნდა არა ცელეკოქსიბს, არამედ დიკლოფენაკს (სურ. 2). ეს შედეგები, რომლებიც აშკარად ეწინააღმდეგება გამოყვეყნებულ დასკვნებს, ფიგურირებდა თავდაპირველ მანუსკრიპტში, მაგრამ არსად იყო დაფიქსირებული ჟურნალში გამოქვეყნებულ საბოლოო ვარიანტში, ანდა – შემდგომ ჟურნალისადმი გაკეთებულ განმარტებებში.

ორი რამ იწვევს შეშფოთებას: პირველ რიგში, ავტორთა განმარტებები ამ სერიოზული დარღვევების თაობაზე არ გამოიყურება დამაჯერებლად. მათ ვერ გაამართლეს წინასწარიდან დაგეგმილი გადახრები კვლევის დიზაინში, კრიტერიუმებსა და ანალიზში, ისევე როგორც ის ფაქტი, თუ რატომ შემოიფარგლნენ მხოლოდ 6 თვის დაკვირვებით. ავტორები იშველიებდნენ იმ ახსნას, რომ კვლევის მეორე ნახევარში აასპ-ების მიმღებ საკონტროლო ჯგუფში მონაწილეთა დიდი რაოდენობით გამოთიშვა მოხდა სწორედ გასტროინტესტინური გვერდითი ეფექტების გამო. თუმცა კვლევიდან მონაწილეთა გამოთიშვის აბსოლუტური რიცხვების და დინამიკის გრაფიკი არ ადასტურებს, რომ თითქოსდა გამოთიშვის რაღაც უეცარ მატებას ჰქონდა ადგილი აასპ ჯგუფში კვლევის მეორე ნახევარში. თანაც ეს მაჩვენებელი კვლევის მიმდინარეობისას დაახლოებით თანაბარი რჩებოდა სამივე ჯგუფში.

მეორეს მხრივ, ეს მცდარი დასკვნები, რომლებიც ორიგინალურ სტატიაში გამოქვეყნდა, საოცრად ფართოდ იქნა გავრცელებული მთელს მსოფლიოში. სილვერსტინის სტატიის (ანუ CLASS გამოცდის შედეგების) დაახლოებით 30 000 ასლი იქნა შესყიდული გამომცემლისაგან, და ახლახანს Science Citation Index-ის ძიებამ უჩვენა, რომ დასახელებული კვლევა 169 სხვა სტატიაში იქნა ციტირებული, რაც საშუალოდ დაახლოებით 10-ჯერ მეტია, ვიდრე ამავე თემაზე გამოქვეყნებული ნებისმიერი სხვა სტატიის ციტირება. სწორედ ამ ფართო გავრცელებამ და ციტირებამ შეუწყო ხელი იმას, რომ ცელეკოქსიბის გაყიდვის მოცულობა გაიზარდა 2.62 მილიარდი დოლარიდან (2000 წელს) 3.11 მილიარდ დოლარამდე (2001 წელს).

ამდენად, არსებობს სერიოზული მიზეზები – კვლევის მიმდინარეობის შემოკლება, ანალიზის, გამოსავლის და კვლევის სქემის სერიოზული ცვლილებები მისი მიმდინარე-



ობის პროცესში, და სხვა, – რათა CLASS კვლევა (იმ სახით, როგორც ის იყო წარმოდგენილი), არადამჯერებლად და მნიშვნელოვანწილად მცდარად შეიძლება იქნას განხილული.

ამავე დროს უნდა აღინიშნოს, რომ სხვა მსგავსმა გამოცდამ, რომელსაც VIGOR ეწოდებოდა (Bombardier C et. al. N Eng J Med, 2000; 343:1520-8) უჩვენა მეორე COX2 ინჰიბიტორის – როფეკოქსიბის (ვაიოქსის) – საკმაოდ აშკარა უპირატესობა ტრადიციულ აასპ-ებთან შედარებით. ამ განსხვავების ასახსნელად შეიძლება 4 შესაძლო მიზეზი არსებობდეს: 1) CLASS გამოცდისას (განსხვავებით VIGOR გამოცდისაგან) პაციენტთა დაახლოებით 20% ასპირინს იღებდა, 2) VIGOR გამოცდისას საკონტროლო ჯგუფში გამოიყენებოდა ნაპროქსენი, და არა დიკლოფენაკი, ამ უკანასკნელს კი გარკვეული COX2 სელექციურობა გააჩნია. 3) CLASS გამოცდაში ცელეკოქსიბის დოზები ჩვეულებრივზე მაღალი იყო და 4) როფეკოქსიბის COX2 სელექციურობა უფრო მაღალია, ვიდრე ცელეკოქსიბისა.

ამჟამად ორი რამ უნდა გაკეთდეს. პირველ რიგში, ჩატარდეს ფარმაკოინდუსტრიისაგან დამოუკიდებელი, ინდივიდუალურ პაციენტთა დიდი მასშტაბის მეტა-ანალიზი სელექციური COX2 ინჰიბიტორების შესწავლის მიზნით, რომელმაც სასურველია მოიცვას როგორც გამოქვეყნებული, ასევე გამოუქვეყნებელი მონაცემებიც. მეორეს მხრივ, CLASS გამოცდის ფართოდ გავრცელებული მცდარი მონაცემები უნდა გაბათილდეს ორიგინალური სქემის მიხედვით ჩატარებული ხელახალი ანალიზის შედეგების ასევე ფართოდ გავრცელებით. თუ ეს არ მოხდა, ფარმაცევტული ინდუსტრიის წარმომადგენლები არ იგრძნობენ გამოცდების სქემების და ოქმების მკაცრად დაცვის აუცილებლობას.

## **COX2 ინჰიბიტორების კოტინციური ალტერნატივა**

**ახალ მოლეკულას შეუძლიათ გადაწყვიტონ COX2 ინჰიბიტორების შესახებ მიმდინარე დებატები**

**მ. საელი, ბ. კოუპი**

***„ბრიტიშ მედიკალ ჯორნელ“, 2002; 1 ივნისი, 32:1289-90 (სარედაქციო სტატია)©***

**გ**რაგალი წლის განმავლობაში არასტერიდული ანთებისსაწინააღ

მდეგო პრეპარატები (აასპ) განიხილებოდა მკურნალობის მეთოდად, რომლის მეშვეობითაც ართრიტის სიმპტომების შემცირება წარმოუდგენელი იყო კუჭ-ნაწლავის მხრივ თანმდევი გვერდითი მოვლენების გარეშე. აასპ-ების მთავარ მექანიზმად ითვლება ციკლოოქსიგენაზის (COX) ინჰიბიტორები, რომლებიც ამცირებენ პროსტოგლანდინების სინთეზს როგორც ანთებით დაზიანებულ სახსრებში, რაც აშკარად სასარგებლოა, ასევე – კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, რასაც ამ უკანასკნელის დაზიანება მოჰყვება (სურათი).

ამას მოჰყვა იმის აღმოჩენა, რომ ციკლოოქსიგენაზის ორი ფორმა არსებობს – COX2, რომელიც სახსრების ანთების პათოგენეზში აქტიურად მონაწილეობს და COX1, რომელიც კუჭ-ნაწლავის დამცველი პროსტოგლანდინების სინთეზის ძირითადი ფაქტორია. ამდენად, COX2 ინჰიბიტორების გამოყენების პოპულარობა აიხსნება ამ იდეის კონცეპტუალური სიმარტივით – გავლენა მოგვეხდინა ანთებით სახსრებზე, ისე რომ არ დაგვეზიანებინა კუჭის ღორწოვანი. მაგრამ თეორიიდან პრაქტიკამდე გზა, როგორც ყოველთვის, უფრო რთული აღმოჩნდა და ამის ერთ-ერთი დადასტურება ზემოთმოყვანილი სარედაქციო სტატიაა. ამავე დროს უნდა ვთქვათ, რომ CLASS კვლევის წარუმატებლობა იმ-

დენად არა COX2 ინჰიბიტორების „უვარგისობაა“, რამდენადაც – კვლევის ალბათ და-უხვეწავი მეთოდოლოგია და ავტორების სურვილი „შეელამაზებინათ“ მიღებული შედეგები სასურველ სურათამდე. ამავე დროს უნდა ითქვას, რომ COX2 ინჰიბიტორების გამოყენება, ყოველთვის შეზღუდულ მიზანს ისახავდა – არა ტკივილისა და ანთების უფრო აქტიურ მკურნალობას, არამედ გვერდითი ეფექტების შემცირებას.

ამჟამად ვითარდება ახალი ტენდენცია – შეიმუშაონ ახალი აგენტები, რომლებიც არა მარტო უფრო უხიფათო იქნება გვერდითი ეფექტების მხრივ, არამედ უფრო მძლავრი და ფართე მოქმედებისაც იქნება. დიდი ყურადღება ეპყრობა აზოტის ოქსიდის მომწოდებელი პასკების განვითარებას, რამდენადაც ცნობილი გახდა, რომ აზოტის ოქსიდს შეუძლია პროსტაგლანდინების მსგავსი დამცველი ეფექტის სტიმულირება კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანზე. ეს ახალი ქვეჯგუფი მონათლულ იქნა როგორც ციკლოოქსიგენაზამაინჰიბირებელი აზოტის ოქსიდის დონორები.

ნაერთების მეორე ახალი კლასი აღმოცენდა პასკების დამატებითი აქტივობის კვანლობაზე. მრავალმა კვლევამ უჩვენა, რომ პასკების მიერ ციკლოოქსიგენაზის ინჰიბიციას (იხ. სქემა) თან ახლავს ლეიკოტრიენების (LTB4) გაძლიერებული სინთეზი ფერმენტ 5-ლიპოოქსიგენაზის (5-LO) მონაწილეობით. ეს შეიძლება არაქილონის მქავის გარდაქმნაში სუბსტრატის უბრალო შუნტირებით აიხსნას (როცა არასაკმარისია ციკლოოქსიგენაზა, სუბსტრატი უპირატესად ლიპოოქსიგენაზის გავლენას განიცდის). კვლევებმა აჩვენა, რომ ის ნაერთები, რომლებიც ერთდროულად COX და 5-LO ფერმენტების ინჰიბირებას იწვევენ, არ ხასიათდებიან კუჭის ლორწოვანის მიმართ იმ გვერდითი ეფექტებით, რაც არასელექციურ COX-2 ინჰიბიტორებს ახასიათებთ. მსგავსი წამლების გამოცდა ადრეც ტარდებოდა, მაგრამ პირველი თაობის ორმაგ ინჰიბიტორებს უჯრედშიდა რედოქს პოტენციალზე გავლენის გამო ახასიათებდათ ღვიძლის მიმართ გამოხატული ტოქსიურობა. ამჟამად შემუშავებულ იქნა ახალი პრეპარატი ლოკოფელონი, რომელიც არ მოქმედებს რედოქს პოტენციალზე და შეუძლია ბალანსირებული ორმაგი (COX და 5-LO) ინჰიბირება სუბსტრატის მიმართ კონკურენციის წყალობით.

ორივე ამ კლასის ნაერთების მიმართ ამჟამად უკვე ხდება კლინიკური მონაცემების დაგროვება. ციკლოოქსიგენაზამაინჰიბირებელი აზოტის ოქსიდის დონორების კუჭ-ნაწლავზე ეფექტების შესწავლამ უკვე აჩვენა მწვავე გასტროდუოდენური და წვრილი ნაწლავების დაზიანებების მნიშვნელოვანი შემცირება როდესაც ჩვეულებრივი ნაპროქსენის ნაცვლად გამოიყენებოდა აზოტის ჟანგის მომწოდებელი ნაპროქსენი, თუმცა ჯერ არაა ცნობილი რამდენად უკავშირდებოდა ეს ფაქტი უშუალოდ აზოტის ჟანგის მოწოდებას. ორმაგ ინჰიბიტორ ლიკოფელონის გამოყენებისას ჩატარებულმა გამოკვლევებმა ასევე დაადასტურა კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანზე პასკებისათვის დამახასიათებელი დამაზიანებელი ეფექტის არარსებობა, რაც ასევე დამატებით შესწავლებს საჭიროებს, რათა დადგინდეს ამ ფაქტის უშუალო კავშირი COX და 5-LO ბალანსირებულ ინჰიბიციასთან. რამდენადაც ამ წამლების ნაკლები ტოქსიურობა უკავშირდება არა COX1 ინჰიბირების თავიდან აცილებას (რაც ახასიათებს COX2 ინჰიბიტორებს), არამედ აზოტის ჟანგის გამოყოფისა და 5-LO ინჰიბირების დამცველ თვისებებს, თეორიულად დასაშვებია, რომ ეს გასტროპროტექტორული თვისება შენარჩუნებულ იქნას ასევე ასპირინის კარდიოპროტექტორული დოზების მიღებისასაც.

ციკლოოქსიგენაზამაინჰიბირებელი აზოტის ოქსიდის დონორების ეფექტურობა ართრიტით დაავადებულ პაციენტებში ჯერ კიდევ შესწავლას მოითხოვს. ლიკოფელონის ეფექტურობის მონაცემები უკვე არსებობს. საკმაოდ საინტერესოა იმის შესაძლებლობა, რომ აზოტის ოქსიდის დონორი პასკები ან ორმაგი ინჰიბიტორები უფრო ეფექტური აღმოჩნდნენ ვიდრე ტრადიციული პასკები. აზოტის ოქსიდს ორმაგი ეფექტი გააჩნია ანთების პროცესზე – შეუძლია როგორც დათრგუნოს, ასევე ხელი შეუწყოს მას. ცხოველებში ჩატარებულმა ექსპერიმენტებმა აჩვენეს, რომ აზოტის ოქსიდის დონორ პრეპარატებს უფრო გამოხატული ანთებისსაწინააღმდეგო ეფექტი აქვთ ვიდრე ტრადიციულ პასკებს, და ზოგჯერ შეიძლება შედეგად დაავადების მოდიფიცირების უნარიც გააჩნდეთ. ეს უკანასკნელი თვისება შეიძლება ლიკოფელონსაც ჰქონდეს, რომელიც კოლაგენაზის და ინტერლეიკინ 1-ის გამონთავისუფლებას თრგუნავს. ამ პრეპარატის 5-LO მაინჰიბირებე-

ლი თვისება შეიძლება წარმატების საწინდარი აღმოჩნდეს ისეთი დაავადებების მკურნალობისას, როგორცაა ნაწლავების ანთებითი დაავადებები და ფსორიაზი, სადაც ანთების პათოგენეზში წამყვანია ნეიტროფილების მიგრაცია, ანდა ასთმის შემთხვევაში, როდესაც მთავარია ლიპოოქსიგენაზის სხვა პროდუქტების გაძლიერებული სინთეზი.

სხვა საინტერესო ალტერნატივებიც გველოდება მომავალში. თუმცა სადღეისოდ COX2 ინჰიბიტორებისა და პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების (ომეპრაზოლის) გამოყენება კუჭ-ნაწლავის დაცვის მიზნით ყველაზე გავრცელებული მეთოდია, არაა გამორიცხული, რომ ახალი კონკურენტი წამლები მალე გამოჩნდნენ.

#### **ლიტერატურა:**

1. **Juni P, Ruties AWS, Dieppe PA. Are selective COX 2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs? BMJ 2002;324:1287-8.**
2. **Silverstein FF, Faich G, Goldstein GL, Simon LS, Pincus T, Whelton A, et. al. Gastronitestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. JAMA 2002; 284:1247-55.**
3. **Okie S. Missing data on Celebrex. Full study altered picture of drug. Washington Post 2001;5 Aug:A11.**
4. **Bombardier C, Laine I, Reicin A, Shapiro D et al. Cxomparisson of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR study Group. N Eng J Med 2000;343:1520-8.**
5. **Skelly MM, Hawkey GJ. Potential alternatives to COX 2 inhibitors. BMJ 2002; 324:1289-90.**

### **Are selective COX 2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs?**

**Juni P, Ruties AWS, Dieppe PA. BMJ 2002;324:1287-8.**

### **Potential alternatives to COX 2 inhibitors**

**Skelly MM, Hawkey GJ. BMJ 2002; 324:1289-90.**

Selective Cyclooxygenase 2 (COX 2) inhibitors superior to traditional non-steroidal antiinflammatory drugs including celecoxib (Celebrex) and rofecoxib (Vioxx), are hypothesised to have a lower risk of gastronitestinal complications than traditional non-steroidal anti-inflammatory drugss (NSAIDs). In September 2000 the celecoxib long-term arthritis study (CLASS) was published in JAMA. The widely distributed and cited this study confirmed the above-mentioned hypothesis. However, more detailed investigation of the CLASS study presented in Washington Post (Aug, 2001) and in editorial article of the British Medical Journal (June 1, 2002) shows, that the published results marked significantly with the protocol presented to the US Food and Drug Administration. In particular, instead of at least 12 months follow up only 6 months results analyzed, instead of two separate analyses of celecoxib - with ibuprofen and diclofenac - the combined analyses has been presented, instead of ulcer-related complications per se combination of ulcer-related complications + new syntomatic ulcer development was analused as pre-specified primary outcome. Due to those biases, celecoxib was declared as associated “with a lower incidence of syntomatic ulcers and ulcer complications combined (P=0.02)”. However, when only ulcer complications analyzed, celecoxib’s superiority wasn’t significant (P=0.09) and if mainly serious gastrointestinal bleeding analyzed, diclofenac had slightly better tolerability (NS), than celecoxib. At the same time, similar study of rofecoxib (VIGOR) was performed in accordance to protocol and data presented indeed has shown better safety of this COX 2 inhobitor than of compared traditional NSAIDs.

New prospective directions to treat rheumatic patients with more efficiency and better safety are searched. Alternatives tio COX 2 inhibitors might be nitric oxid donating NSAIDs and balanced inhibitors of the cyclooxygenase and 5-lypooxygenase (dual inhibitors).

**შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების ბიუროსა (USAID) და ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის კავშირის (AIHA) კონფერენციები ჯანდაცვის სფეროში ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებში ჯანდაცვის პარტნიორული პროგრამების მე-10 წლისთავთან დაკავშირებით**

სტელახანს ვაშინგტონის (აშშ) სასტუმრო „ჰილტონ ვაშინგტონ ენდ ტა-

უერს“-ში ჩატარდა ორი მნიშვნელოვანი კონფერენცია ჯანდაცვის საკითხებზე: 29-31 ივლისს – შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების ბიუროს (USAID) „ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპისა და ევრაზიის ქვეყნებში ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმების 10 წლისთავისადმი“ მიძღვნილი კონფერენცია, რომელიც 1-2 აგვისტოს გაგრძელდა ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის კავშირის (AIHA) „პარტნიორული პროგრამების წარმატებული 10-წლეულის“ საიუბილეო კონფერენციით.

კონფერენციებს ესწრებოდა 900-ზე მეტი მოწვეული დელეგატი. ისინი წარმოადგენდნენ 26 ქვეყნის დელეგაციებს, რომელთა სათავეში იდგნენ შვიდი სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის მინისტრი, ათი ქვეყნის ჯანდაცვის მინისტრის მოადგილეები, პარლამენტარები, ჯანდაცვის დაწესებულებების ხელმძღვანელები და რეფორმის ორგანიზატორები.

საინტერესოა, რომ ღონისძიებათა მასპინძლები არ შემოიფარგლნენ ამერიკული პარტნიორების მოწვევით და პრაქტიკულად თავი მოუყარეს ყველა იმ საერთაშორისო ორგანიზაციასა და წარმომადგენლებს, – მსოფლიო ბანკი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ევროკავშირი, დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტი, – რომელთაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვთ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაში ევროპისა და აზიის ქვეყნებში.

კონფერენცია გახსნა USAID-ის ევროპული განყოფილების წარმომადგენელმა, ამ ორგანიზაციის თბილისის ოფისის 1996-98 წლებში ყოფილმა ხელმძღვანელმა პოლა ფინიმ. მონაწილეებს მიესალმნენ USAID-ის ევროპისა და ევრაზიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი კენტ ჰილი, რომელიც კონფერენციის დაწყებამდე სწორედ თბილისში იმყოფებოდა, და – აშშ სახელმწიფო დეპარტამენტის სნგ-ს ქვეყნებისადმი დახმარების კოორდინატორი უილიამ ტეილორი. ასევე სიტყვით გამოვიდნენ აშშ ჯანმრთელობის და ადამიანთა სამსახურების დეპარტამენტის მდივნის მოადგილე ევა სლეიტერი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ოფისის დირექტორი მარკ დანზონი, მსოფლიო ბანკის ევროპისა და აზიის სექტორის წარმომადგენლები არმინ ფიდლერი და ქრისტოფერ ლოვლეისი, ჯანდაცვის სისტემებზე დაკვირვების ევროპული ობსერვატორიის წარმომადგენლები მარტინ მაკკიი და ჯოზეფ ფიგუერასი.

საქართველოს დელეგაციაში შედიოდნენ შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრი ამირან გამყრელიძე, სახელმწიფო მინისტრის მოადგილე აკაკი ზოიძე, საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის და სოციალურ საქმეთა კომიტეტის თავმჯდომარე ზეზვა ღუდუნიშვილი, მცხეთა-მთიანეთის რეგიონის გუბერნატორი არმაზ შამანაური, სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის დირექტორი თემურ კალანდაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის დირექტორი რამაზ ურუშაძე, სახ. სამედიცინო აკადემიის რექტორი რომან შაქარიშვილი, ინფექციურ დაავადებათა, შიდასის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრის სამეთვალყურეო საბჭოს თავ-რე თენგიზ ცერცვაძე, ტუბერკულოზის და პულმონოლოგიის ეროვნული ცენტრის სამეთვალყურეო საბჭოს თავ-რე გია ხეჩინაშვილი, მცხეთა-მთიანეთის ჯანდაცვის სამხარეო დეპარტამენტის დირექტორი ქეთევან ლორია, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის დირექტორი ოთარ ვასაძე, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის დირექტორი პაატა იმნაძე, ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის დირექტორი ზვიად კირტავა, კატასტროფისა და გადაუდებელი მედიცინის ცენტრის დირექტორი დიმიტრი მახათაძე, საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ დირექტორი გიორგი გოცაძე, სისხლის ბანკის „პოლიჰემას“ დირექტორი ლევან ავალიშვილი, ქუთაისის ქალთა ჯანმრთელობის ცენტრის დირექტორი ლალი გვეტაძე და ეპიდემიოლოგი ანა ახვლედიანი, საერთაშორისო ხსნის და გან-

ვითარების ორგანიზაციის (IRD) წარმომადგენელი საქართველოში ლალი ჩემია, არასამთავრობო ორგანიზაცია „ბემონის“ დირექტორი გიორგი კალანდაძე, **ABT Associates** პროექტის კოორდინატორი მამუკა ჯიბუტი. ასევე – **USAID**-ის თბილისის ოფისის წარმომადგენლები – კენტ ლარსონი, ქეთრინ ფიშერი და გეგი მატარაძე; **AIHA**-ის კავკასიის (თბილისის) რეგიონალური ბიუროს წარმომადგენლები: რეგიონალური დირექტორი ნატა ავალიანი, ზაზა ვარსიმაშვილი, მარიკა აბესაძე, ნიკა მენტემაშვილი და ლელა კვაჭანტირაძე. სასიამოვნო იყო, რომ კონფერენციაზე რიგ საერთაშორისო ორგანიზაციებს ასევე ქართველები წარმოადგენდნენ – ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპულ ბიუროს – ნატა მენაბდე, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრს – ანი შაქარიშვილი, ბალტიის საბჭოს – ზაზა წერეთელი, სტრატეგიულ გამოკვლევათა ცენტრს – ნონა წოწერია, **AIHA**-ს – თეა ახალაძე.

კონფერენციაზე განხილულ იქნა ჯანდაცვის ორგანიზაციის, ფინანსირების, ხარისხის კონტროლის, სამედიცინო ინფორმაციის, სამედიცინო დაზღვევის, პირველადი და სათემო ჯანდაცვის, დაავადებათა პრევენციის, საექთნო საქმის, ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის, და სხვა აქტუალური საკითხები. **AIHA**-ის კონფერენციის პლენარულ სხდომაზე ვრცელი მოხსენებით ჯანდაცვის რეფორმის სფეროში ქართულ-ამერიკული პარტნიორული პროგრამების შესახებ გამოვიდა მინისტრი ამირან გამყრელიძე, რომელიც მანამდე უძღვებოდა **USAID**-ის კონფერენციის ერთ-ერთ სექციას – „კომპლექსური სამედიცინო დახმარების სრულყოფა“. ბოლო პლენარულ სხდომაზე ასევე სიტყვით გამოვიდა მცხეთა-მთიანეთის სამხარეო ჯანდაცვის დეპარტამენტის დირექტორი ქეთევან ლორია. ორივე კონფერენციის სხვადასხვა სექციურ სხდომებზე მოხსენებები გააკეთეს აკაკი ზოიძემ – „კოსპიტალური მომსახურების ანაზღაურება“, ლევან ავალიშვილმა – „სისხლის ბანკის მოდელის შექმნა“, გიორგი გოცაძემ – „უსაფრთხო დედობის ინიციატივის პროექტი“, ზვიად კირტავამ – „საინფორმაციო რესურსების ნაციონალური ცენტრის შექმნა პრაქტიკოს ექიმთა ობიექტური ინფორმაციის უზრუნველყოფის მიზნით“, ოთარ ვასაძემ – „მიდგომები ჯანდაცვის მენეჯმენტის სწავლებაში“, დიმიტრი მახათაძემ – „მარკეტინგი და მომსახურების შეთავაზება კერძო სექტორისათვის“, პაატა იმნაძემ – „ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის ადგილობრივი სტრატეგიის გამომუშავების სიძნელეები“. **AIHA**-ის კონფერენციაზე ასევე წარმოდგენილი იყო მცხეთა-მთიანეთის ჯანდაცვის სამხარეო დეპარტამენტის, ჯანდაცვის მართვის ცენტრის, ქუთაისის ქალთა ჯანმრთელობის ცენტრის, ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის, სისხლის ბანკის და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის სტენდები, ბუკლეტები, ვიდეო მასალები და კომპაქტ-დისკები.

ღირშესანიშნავი მოვლენა მოხდა კონფერენციის დღეებში მსოფლიო ბანკში. 1 აგვისტოს ბანკის გამგეობამ განიხილა და მხარი დაუჭირა სამ პროექტს საქართველოსათვის – პირველადი ჯანდაცვის განვითარების, სატყეო რეფორმის და მუნიციპალური განვითარების პროექტებს. სწორედ ამ დღეს მსოფლიო ბანკში გაიმართა საქმიანი სადილი, რომელზეც ჯანდაცვის მინისტრსა და პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტის თავმჯდომარესთან მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პროექტის მენეჯერებმა მუკემ ჩავლამ, სორბონი ჩაკრაბორტიმ და კარი ჰარტმა განიხილეს პირველადი ჯანდაცვის პროექტის რატიფიცირების და პირველი ფაზის დაწყების ნიუანსები. შეხვედრას ესწრებოდნენ ასევე დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის წარმომადგენელი მაიკლ ბოროვიცი და **USAID**-ის თბილისის ოფისის წარმომადგენელი ქეთრინ ფიშერი – რამდენადაც ეს ორგანიზაციები, ისევე როგორც ევროკავშირის ტასის-ის პროგრამა, – მონაწილეობას მიიღებენ პირველადი ჯანდაცვის 25-მილიონიანი პროექტის თანადაფინანსებაში. შეხვედრაზე ასევე შეეხნენ უახლოეს ხანებში მსოფლიო ბანკის დაფინანსებით თბილისში ეროვნული სამედიცინო ცენტრის მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს ექსპლუატაციაში გაშვებას; კერძოდ, – ამ საავადმყოფოში **USAID**-ის დაფინანსებით ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის დისტანციური სწავლების განყოფილებისა ჩამოყალიბებას და საექთნო სწავლების პროგრამების დაწყებას. ამის შესახებ ინფორმაცია გააკეთა ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის დირექტორმა ზვიად კირტავამ.

მნიშვნელოვანი იყო მინისტრ ა. გამყრელიძის და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის დირექტორის პ. იმნაძის ვიზიტი აშშ არმიის უოლტერ რიდის სახელობის კვლევით ინსტიტუტში, რომელიც წარმოადგენს მოსფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე დახურულ და ავტორიტეტულ ორგანიზაციას. ამ შეხვედრაზე აშშ თავდაცვის დეპარტამენტის სპეციალური მრჩეველის ენდრიუ ვებერის მიერ წარმოდგენილ იქნა ამერიკა-საქართველოს ჩარჩო-ხელშეკრულების ფარგლებში „ბიოლოგიური იარაღის შესაქმნელად საჭირო ტექნოლოგიების, პათოგენური ნივთიერებების და ცოდნის გაუვრცელებლობის შესახებ“ ხელშეკრულების პროექტი. სტუმრები გაეცნენ საშიშ ინფექციურ დაავადებათა გამომწვევების მოლეკულური დიაგნოსტიკის უახლეს მეთოდებს. ამერიკულ მხარეს პათოლოგიურ ორგანიზმებთან ბრძოლისა და ბიოლოგიური იარაღის შექმნის თავიდან აცილების მიზნით განზრახული აქვს 5 მილიონი დოლარის გამოყოფა საქართველოში ბიოლოგიური უსაფრთხოების მესამე დონის ლაბორატორიის შესაქმნელად.

კონფერენციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი თემა იყო ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა, დაავადებათა პროფილაქტიკა და შიდსთან ბრძოლა. საქართველოში USAID-ის დაფინანსებით დაიწყო 1.5 მილიონი დოლარის მოცულობის სამწლიანი პროექტის განხორციელება. ჩატარდა კონსულტაციები შიდსის, ტუბერკულოზის და მალარიის გლობალურ ფონდში ჩვენი ქვეყნის მონაწილეობის საკითხებზე და ამ პროცესებისათვის უცხოელ პარტნიორთა და ორგანიზაციების შერჩევის თაობაზე.

USAID-ის ორ პროექტს – „უსაფრთხო დედობის ინიციატივასა“ და „საქართველოს ჯანდაცვის ინფორმაციისა და დაავადებათა ზედამხედველობის სისტემის რეფორმირებას“ ახორციელებს საერთაშორისო ფონდ „კურაციო“. კონფერენციებზე ხაზი გაესვა ამ პროექტების მნიშვნელობას.

გაღრმავდა ურთიერთობა აშშ ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტებსა (NIH) და ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრთან. აშშ სამოქალაქო კვლევისა და განვითარების ფონდის მიერ გამოიყო გრანტი, რომლის ფარგლებშიც 2003 წლის აპრილში საქართველოში ჩატარდება კონფერენცია-სემინარი შიდსის, ტუბერკულოზის, სქესობრივი გზით გადადები დაავადებების, ვირუსული ჰეპატიტების, ონკოლოგიის, ნარკოლოგიის და კარდიოლოგიის საკითხებზე. კონფერენციაზე მოწვეულნი იქნებიან რუსეთის, უკრაინის, აზერბაიჯანის და სომხეთი წარმომადგენლები. ამდენად, ამ რეგიონალური კონფერენციის ჩატარების ადგილად და პოსტსაბჭოთა ქვეყნებთან პარტნიორობის ცენტრად ამერიკის ჯანდაცვის წამყვანი ინსტიტუტების (NIH) მიერ საქართველოს არჩევა კარგ პერსპექტივებს სახავს ქართული სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის.

უაღრესად მნიშვნელოვანი იყო შეხვედრები შეერთებული შტატების სახელმწიფო დეპარტამენტის ელჩ უილიამ ტეილორთან, რომელიც პასუხისმგებელია აღმოსავლეთ ევროპის და პოსტსაბჭოთა ქვეყნებისადმი აშშ დახმარების საკითხებზე და ჯანმრთელობის და ადამიანთა სამსახურების დეპარტამენტის მდივნის მოადგილე ევა სლეიტერთან, რომლებზეც განხილულ იქნა საქართველოს ჯანდაცვის და სოციალურ სექტორში დახმარების მიმართულებები და თანამშრომლობის გაღრმავების საკითხები.

აშშ შრომის სამინისტროში შედგა საქმიანი შეხვედრა, რომელზეც მიღწეულ იქნა შეთანხმება დასაქმებისა და შრომითი ურთიერთობის სფეროში ტექნიკური დახმარებისა და ინფორმაციის გაცვლის სფეროში.

ქართული დელეგაციისათვის სასიხარული მოვლენა იყო მიღება აშშ-ში საქართველოს საელჩოში, ახლადდანიშნულ ელჩ ლევან მიქელაძესთან, რომელმაც სწორედ წინა დღეს გადასცა რწმუნებათა სიგელები ამერიკის პრეზიდენტს. საელჩოში ის ამერიკელებიც შეიკრიბნენ, რომელთაც სხვადასხვა ერთობლივი პროექტების დაგეგმვასა და განხორციელებაში მიუძღვით წვლილი – მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პროექტის ყოფილი კოორდინატორი ლორა როუზი, ფოგარტის ფონდის აღმასრულებელი დირექტორი ჯერალდ კიუზი, ევრაზიის რეგიონის კოორდინატორი ნატალი ტომიჩი, ქართველ მონაწილეთა პარტნიორები.

ამ საინტერესო და უაღრესად მრავლისმომცემ შეხვედრებს და დისკუსიებს თან ახლდა მძიმე და სევდიანი განცდაც – პირველად პარტნიორული პროგრამების ათწლიან ისტორიაში ყოველწლიურ კონფერენციას არ ესწრებოდა ადამიანი, რომელმაც უაღრესად

ბევრი გააკეთა არა მარტო ამ პროგრამების, არამედ ზოგადად ჯანდაცვის სფეროში ამერიკულ-ევროპული თანამშრომლობის წარმატებული მოდელის დასანერგად – ატლანტა-თბილისის ჯანმრთელობის პროგრამის კოორდინატორი – ბ-ნი არჩილ კობალაძე. როგორც საქართველოს დელეგაციის, პირადად – ბატონი მინისტრის, ასევე – სხვა დელეგატთა და მასპინძელთა გამოსვლებში მრავლად ითქვა მადლიერებისა და გულისტკივილის სიტყვები ამ ჩვენგან უდროოდ წასული ნიჭიერი ადამიანის შესახებ.

კონფერენცია შეაჯამა ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის კავშირის აღმასრულებელმა დირექტორმა ჯეიმზ სმიტმა, რომელმაც აღნიშნა, რომ პოსტსოციალისტური ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების რეფორმირების პრობლემებით აღსავსე პირველი ათწლეული მთლიანობაში წარმატებულად შეიძლება ჩაითვალოს. ხოლო მომავალი ათწლეული იქნება გარდატეხის წელი, როდესაც უკვე არა ცალკეული ქვეყნები ან ზოგიერთი დაწესებულებები შეძლებენ წარმატებებზე და მიღწევებზე ლაპარაკს, არამედ როდესაც ამ ქვეყნების მოსახლეობა იგრძნობს რეფორმების რეალურ პოზიტიურ შედეგებს.

დაწვრილებით კონფერენციის მასალებს შეგიძლიათ გაეცნოთ ინტერნეტის გვერდებზე: [www.AIHA.com](http://www.AIHA.com);  
<http://www.eurasiahealthtransitionconference.org>.

### CONFERENCES BRIEFING:

USAID Conference “10-years of Health care Programs in countries of Central and Eastern Europe and Eurasia”, 29-31 July, 2002 and AIHA Conference “Celebrating 10 years of Partnership Success”, 1-3 August, 2002, Washington, DC, USA.

The details of conferences: [www.AIHA.com](http://www.AIHA.com); <http://www.eurasiahealthtransitionconference.org>

### *ინფორმაცია გრანტების შესახებ*

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს  
მეცნიერებისა და განათლების დეპარტამენტი  
და  
ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი

საერთაშორისო ფონდებთან ურთიერთობის პროგრამის ფარგლებში

იწვევს სამეცნიერო ორგანიზაციებს და მკვლევარებს

სამეცნიერო-კვლევით გრანტებზე განაცხადის წარსადგენად

### **შემდეგ თემატიკებზე:**

- სიმსივნესთან დაკავშირებულ პრობლემები; კიბოს ეპიდემიოლოგია, კლინიკა, ფსიქოლოგიური და ქცევითი პრობლემები; ჯანმრთელობის პოლიტიკის საკითხები და მონიტორინგი კიბოს პრევენციისა და მკურნალობის სფეროში;
- მიელომური დაავადება;
- ალცჰაიმერის დაავადება, გლაუკომა, გულის დაავადებები, ინსულტი;
- შაქრიანი დიაბეტი და მისი გართულებები;

- ”ბავშვები და ახალგაზრდები“- პროგრამები, რომელიც მიმართულია მომავალი თაობის სწორი სოციალური განვითარებისაკენ და ოჯახის როლზე ამ პროცესში, შიდსის, ნარკომანიის და სხვა მავნე ჩვევების აცილებისაკენ;
- ჯანდაცვის ორგანიზაციის სფერო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა;
- ქცევითი და სოციალური მეცნიერებები, განათლება და გარემო, ფსიქოლოგია;
- ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხები;
- ნარკომანიის კვლევის საკითხები;
- ფსიქოსოციალური, სოციალური და HIV/AIDS გავრცელების შემსწავლელი კვლევები;  
და მრავალი სხვა...

**ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრის პროგრამები**

- ✓ შიდს-ის საკითხებზე.
- ✓ საერთაშორისო სტაჟირების და სამეცნიერო კვლევების პროგრამა ეკოლოგიურ ჯანმრთელობასა და პროფესიულ დაავადებებში.
- ✓ საერთაშორისო სტაჟირების და სამეცნიერო კვლევების პროგრამა ტუბერკულოზის საკითხებზე.
- ✓ საერთაშორისო სტაჟირების და სამეცნიერო კვლევების პროგრამა ინფექციურ დაავადებებში
- ✓ საერთაშორისო სტაჟირების და სამეცნიერო კვლევების პროგრამა ონკოლოგიურ დაავადებებში.
- ✓ თამბაქოს და ჯანმრთელობის საერთაშორისო სამეცნიერო კვლევების პროგრამა

ამ და სამეცნიერო დარგში თანამშრომლობის სხვა საკითხებზე დამატებითი ინფორმაცია შეიძლება მიიღოთ:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს განათლებისა და მეცნიერების დეპარტამენტში, კ. გამსახურდიას გამზ. 30, ოთახი 212. საკონსულტაციო დღეები: სამშაბათი, პარასკევი 15.00-18.00 ტელ 95 10 40  
ეროვნულ საინფორმაციო სასწავლო ცენტრში,  
ივ. ჯავახიშვილის (ყოფილი – კალინინის) 51, მე-2 სართული, ოთახი 212, საკონსულტაციო დღეები: ოთხშაბათი, ხუთშაბათი 15.00-18.00 ტელ 94 13 85 (ნინო რაჭველიშვილი).  
კონსულტაციის დასანიშნად საჭიროა წინასწარ ჩაწერა.

**მედიცინა და იუმორი**

„ექიმო, მითხარით, რამდენი ხნის სიცოცხლე დამრჩა?“  
„დანამდვილებით ძნელი სათქმელია, მააგრამ თქვენს ადგილზე ტელევიზორით სერიალის ყურებას ალბათ არ დავიწყებდი...“

ქალი რეკავს სადაზღვევო კომპანიაში და აცხადებს:  
„იცით, ჩვენი ბედელი დაიწვა. ჩვენ იგი 50,000-ად გვქონდა დაზღვეული და მინდა ფული მივიღო.“  
სადაზღვევო აგენტი: „ჩვენს კონტრაქტით პირველ რიგში იგულისხმება განადგურებული ნივთის შეფასება და მისი, თუ შეიძლება, ანალოგიური ახლით შეცვლა“.



ქალი (ცოტა ხნის პაუზის შემდეგ): „არ შეიძლება მაგ მუხლის გაუქმება ჩემს ქმართან დაკავშირებით?“

კაცმა ბავშვი მიიყვანა ოტო-რინო-ლარინგოლოგთან. ბავშვს ცხვირიდან სათამაშო მანქანა ჰქონდა გამოჩრილი. სანამ ექიმის მანქანის გამოღებას ცდილობდა, გაოგნებული კაცი გაუთავებლად იმეორებდა – „წარმოდგენა არ მაქვს, ეს როგორ მოახერხა!“ როგორც იქნა ექიმმა გამოიღო მანქანა ბავშვის ცხვირიდან და პაციენტი და მამა წავიდნენ.

ორიოდ საათში კაცი ისევ მოვიდა ექიმის ოფისში, ცხვირიდან სათამაშო მანქანა მოუჩანდა და ძლივს ხროტინებდა - „ექიმო, ახლა კი ვიცი, ახლა უკვე ვიცი, როგორც...“

ექიმი: „თქვენ მხოლოდ 6 თვის სიცოცხლე თუ დაგრჩათ!“

ავადმყოფი: „ნამდვილად არ მაქვს მკურნალობის თანხის გადახდის საშუალება!“

ექიმი: „ჰო, კარგი, კიდევ ექვს თვეს დაგიმატებთ.“

ექიმები გაიფიცნენ და საავადმყოფოს წინ პლაკატებით მარშირებენ. ქალაქის მერი რეკავს მთავარ ექიმთან და ეკითხება, რა არის გაფიცვის მიზეზი. „იცი, ჩვენ უკვე დაუუძახეთ ფარმაცევტს, და როგორც კი ის მოვა, აი მაშინ ალბათ გავარკვევთ, თუ რა წერია მათ პლაკატებზე“ - მიუგო მთავარმა ექიმმა.

ექიმი ავადმყოფს ეკითხება, რა აწუხებს:

„დაჭერით მუცელი მტკივა, ექიმო“, ამბობს ავადმყოფი – „და არა მარტო მუცელი... აი, აქაც! (უთითებს თავზე), აქაც (ხელზე), აქაც (ფეხზე) და აქაც (გვერდზე იჭერს), კიდევ აი აქ და...“

ექიმმა გასინჯა და როგორც იქნა დაადგინა ავადმყოფის პრობლემა - „თითი გაქვთ მოტეხილი!“

ავადმყოფმა სმენის აპარატი მხოლოდ მას შემდეგ შეიძინა, რაც პრაქტიკულად დაყრუვდა. მივიდა ექიმთან და გახარებულმა უთხრა, „ექიმო, თქვენ რომ მირჩიეთ სწორედ ის სმენის აპარატი შევიძინე, - ისეთი, გარედან რომ არ ჩანს.“

„კმაყოფილი ბრძანდებით?“

„ფანტასტიურია, მეორე ოთახში ჩურჩულიც კი მესმის.“

„ოჯახის წევრები ალბათ ძალიან გახარებულები არიან?!“

„იცი, ექიმო, არავისთვის მითქვამს, და რომ იცოდეთ, რა კარგ დროს ვატარებ – ბოლო ორი თვის მანძილზე უკვე სამჯერ შევცვალე ანდერძი!“

## Medicine & Humor

"Tell me, doctor, how much time do I have left to live ?"

"Well, it's hard to say, but if I were you, I wouldn't start watching any serials on TV."

Larry's barn burned down, and, Susan, his wife, called the insurance company ...

Susan: We had that barn insured for fifty thousand and I want my money.

Agent: Whoa there just a minute, Susan; it doesn't work quite like that. We will ascertain the value of the old barn and provide you with a new one of comparable worth.

Susan, after a pause: I'd like to cancel the policy on my husband.

A father brought his son into the doctor because the boy had a matchbox car shoved up his nose. All the while the doctor was trying to remove the car, the father kept saying "I don't know how he did it!" Finally the doctor removed the car, and the father and son left.

A few hours later, the father came back with the matchbox shoved up HIS nose. He told the doctor, "I know how he did it!"

Doctor: You only have six months to live.

Man: I can't pay the bill.

Doctor: Alright, I'll give you another six months.

"Doctors at a hospital in Brooklyn, New York have gone on strike. Hospital officials say they will find out what the Doctors' demands are as soon as they can get a pharmacist over there to read the picket signs."

A man goes to the doctor and says to the doctor:

"It hurts when I press here" (pressing his side)

"And when I press here" (pressing the other side)

"And here" (his leg)

"And here, here and here" (his other leg, and both arms)

So the doctor examined him all over and finally discovered what was wrong... "You've got a broken finger!"

He finally invested in a hearing aid after becoming virtually deaf. It was one of those invisible hearing aids.

"Well, how do you like your new hearing aid?" asked his doctor.

"I like it great. I've heard sounds in the last few weeks that I didn't know existed."

"Well, how does your family like your hearing aid?"

"Oh, nobody in my family knows I have it yet. Am I having a great time! I've changed my will three times in the last two months."

## საინტერესო კარდიოლოგიური ვებ-გვერდები ინტერნეტში

### Useful links to cardiology web-sites

[http://www.escardio.org/navigation/www\\_cardio\\_links.htm](http://www.escardio.org/navigation/www_cardio_links.htm)

შეიცავს ბმულებს შემდეგ ინტერნეტ გვერდებზე:

- კარდიოლოგიის ნაციონალურ საზოგადოებები (ბელგიის, საფრანგეთის, პოლონეთის, აშშ-სა და ა.შ.)
- კარდიოლოგიური ორგანიზაციები, ასოციაციები, ფონდები
- კარდიოლოგიური ჟურნალები
- ბიბლიოთეკები
- რეკომენდაციები, გაიდლაინები
- ინფორმაცია კარდიოლოგიის სპეციალიზაციის მიხედვით
- ინფორმაცია პაციენტათვის
- კარდიოლოგიური ცენტრები, კლინიკები, საავადმყოფოები, ინსტიტუტები და საუნივერსიტეტო კლინიკები
- კარდიოლოგიის საძიებო სისტემები
- კარდიოლოგიასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ვებ-გვერდები

<http://www.escardio.org/fellowship/r&t/grant.htm>

სამეცნიერო და სასწავლო პროგრამები კარდიოლოგიაში

[http://frontpage.simnet.is/studmed/sm\\_clinic\\_cardiology.htm](http://frontpage.simnet.is/studmed/sm_clinic_cardiology.htm)

კარდიოლოგია სტუდენტებისთვის :

- სახელმძღვანელოები და თავები მიძღვნილი გულის დაავადებისადმი
- ელექტროკარდიოგრაფია
- გულის ტონები და შუილები
- პაციენტის კარდიოვასკულური დათვალიერება – პულსისა და წნევის გასინჯვა, აუსკულტაცია და ა.შ.
- ექოკარდიოგრაფია
- ინტერაქტიული გული

<http://www.mic.ki.se/Diseases/c14.html>

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე ინტერნეტ-მისამართების ვრცელი ნუსხა, მომზადებული კაროლინსკას ინსტიტუტის (სტოკჰოლმი, შვედეთი) ბიბლიოთეკის მიერ

<http://www.cardiologytoday.com/frameset.asp?article=calendar.asp>

შეხვედრა-სემინარები კარდიოლოგიაში

<http://www.docguide.com/crc.nsf/web-bySpecDisp?OpenForm&spec=Cardiology>

კარდიოლოგიური კონფერენციები

<http://www.heartlinx.com/>

ახალი ამბები კარდიოლოგიაში

*მოძიებ ელენე ფაღავამ, ეხსც*  
*Search provided by Helen Phagava, NILC*

**Internet Medical Digest #7-8(85-86), 2002**