

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
მედიცინის ფაკულტეტი

სადოქტორო პროგრამა: კლინიკური და ტრანსლიაციური მედიცინა

ნინო თებიძე

სტომატოლოგიური სტატუსის ზეგავლენა ონკოინკურაბელური
პაციენტების პალატიური მზრუნველობის დაგეგმვასა და სიცოცხლის
ხარისხზე

მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი
დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

ვლადიმერ მარგველაშვილი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

მემედ ჯინჭარაძე მედიცინის დოქტორი

თბილისი

2020

აბსტრაქტი

პირის ღრუს ჯანმრთელობა ადამიანის ზოგადი ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია და სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. იგი ადამიანებზე მოქმედებს როგორც ფიზიკურად, ასევე ფსიქოლოგიურად და დიდ გავლენას ახდენს მის თვითდამკვიდრებაზე საზოგადოებაში. პირის ღრუში არსებული პათოლოგიები იწვევენ სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფუნქციების დარღვევებს, რაც პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის დამძიმების და დეპრესიის მიზეზი ხდება.

თუმცა, სიცოცხლის მიწურულს მყოფი პაციენტების (ონკოინკურაბელური და 85 წლის და მეტი ასაკის) აღქმების, დამოკიდებულებების და მოთხოვნილებების შესწავლა ამ რაკურსით მთელ მსოფლიოში ნაკლებად არის შესწავლილი. ადრე ჩატარებული ზოგადი ხასიათის ერთეული კვლევები ვერ იძლევა მყარი დასკვნების გაკეთების საფუძველს და მრავალი საკითხი ჯერ კიდევ სადისკუსიოა.

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო შეგვესწავლა არსებული პირის ღრუს პათოლოგიების ადექვატური აღქმადობა პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პაციენტების მიერ და მათი ზეგავლენა სიცოცხლის ხარისხზე.

ამ მიზნით გამოკვლეული იქნა 50 ონკოინკურაბელური პაციენტი, რომლებიც იმყოფებოდნენ ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ და 85წლის და მეტი ასაკის 56 პრაქტიკულად ჯანრთელი ხანდაზმული.

კვლევის პროცესში გამოვიყენეთ ჩვენს მიერ შემუშავებული ორი ტიპის კითხვარი ორივე ჯგუფის რესპოდენტთათვის. პირველი ტიპის კითხვარს ავსებდნენ თავად პაციენტები, ხოლო მეორე ტიპის კითხვარი ივსებოდა ექიმი-სტომატოლოგის მიერ ზემოაღნიშნული პაციენტების პირის ღრუს გამოკვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე.

ონკოინკურაბელური და ხანდაზმული პაციენტების მიერ საკუთარი პირის ღრუსმხრივი ჩივილების შეფასება ერთმანეთის მსგავსი იყო, ხოლო ექიმი-სტომატოლოგის მიერ შევსებული კითხვარები ზემოაღნიშნულ ორ ჯგუფში ერთმანეთისგან სარწმუნოდ განსხვავდებოდა გამოკვლეული კონტინგენტების სპეციფიურობიდან გამომდინარე.

მიღებული კვლევის შედეგების გაანალიზებამ გვიჩვენა, რომ ორივე კონტინგენტში ექიმი-სტომატოლოგის მიერ დაფიქსირებული პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაცილებით მძიმეა, ვიდრე აღიქმება პაციენტების მიერ და აისახება მათ ჩივილებში. თუმცა ორივე ჯგუფის პაციენტთა პირის ღრუს პათოლოგიები მართვადა და მათი პირის ღრუს ადექვატური სანაციის უზრუნველყოფა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, მიზანშეწოლილია სტომატოლოგიური მომსახურება ჩართული იქნას პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ მოდელში. ეს დებულება აუცილებლად მოითხოვს სტომატოლოგებისთვის სპეციალური პოსტდიპლომური განათლების სასწავლო კურსების შექმნას და ტრენინგების იმპლემენტაციას პალიატიური მზრუნველობის მიმართულებაში.

Abstract

Oral health is the inseparable part of general health and is considered as one of the the main determinants of quality of life. Oral health influences individuals physically and psychologically and impacts their self-sufficiency among the society. Existing oral pathologies can cause vital important functional disorders and can be the reason of aggravation of patient's condition and depression.

However, the attitudes, needs and perceptions of life limited patients (incurable cancer patients and 85 years old or more) is less studied all over the world. Earlier conducted general nature studies do not allow to make solid conclusions and many problems stay still unclear.

The aim of our research was to study the adequate perception of existing oral cavity pathologies and its influence on quality of life among the cancer patients undergoing the palliative care.

To reach this goal we investigated 50 incurable cancer patients undergoing the integrated palliative care and 56 practically healthy 85 years old and more elderly.

During the research we used two types of the questionnaires. The first questionnaire was filled by patients themselves and the second one was based on the information gained by the dentist-researcher during examining the oral cavity of patients.

The questionnaires evaluating oral cavity of the both group of patients were exactly same, but the questionnaires filled by researcher differed from each other according to the specificity of each group.

Analysis of received research results showed, that in both cases the data about oral cavity gained by researcher is quite heavier than it was recorded by patients themselves. However, in both cases the oral pathologies are manageable and the adequate oral care can improve their quality of life.

According to the given research oral care (dental services) should be implemented in to the national palliative care model. This provision requires implementation of special postdiploma learning courses and trainings for dentists in palliative medicine

სარჩევი:

აბსტრაქტი ქართულ ენაზე	I
აბსტრაქტი ინგლისურ ენაზე	II
სარჩევი	III
სქემა, ცხრილები და დიაგრამები	VI
შესავალი	1
აქტუალურობა	1
მიზნები და ამოცანები	9
დასაცავად გამოტანილი დებულებები	10
მეცნიერული სიახლე	10
ლიტერატურული მიმოხილვა	11
პირის ღრუს ჯანმრთელობის ზეგავლენა სიცოცხლის ხარისხზე	11
პირის ღრუ როგორც ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილი	11
პირის ღრუს სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი	12
პირის ღრუს დაავადებების მნიშვნელობა	12
პირის ღრუს ჯანმრთელობის შეფასების გზები	14
პირის ღრუს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სტრატეგია	15
სიცოცხლის მიწურულის სიცოცხლის ხარისხის შემანარჩუნებელი მედიცინა (პალიატიური მედიცინა)	15
სიცოცხლის მიწურული - სიცოცხლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დრო პერიოდი	15
სიცოცხლის ბოლო პერიოდის მედიცინა - პალიატიური მზრუნველობა	16
ონკოინკურაბელური პაციენტების პალიატიური მზრუნველობა	18
პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში	19
მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა	20
ონკოინკურაბელური და ხანდაზმული პაციენტების პირის ღრუსმხრივი ჩივილები	

ონკოინკურაბელური პაციენტების პირის ღრუ.....	21
პირის სიმშრალე	24
პირში გემოს შეგრძნების ცვლილება	25
ორალური ინფექციები	26
პროთეზებთან დაკავშირებული პრობლემები	26
გულისრევა-ღებინება	27
პირის ღრუს ასაკობრივი ცვლილებები	27
ასაკობრივი ქსეროსტომია	28
ლორწოვანი გარსის ასაკობრივი ცვლილებები	28
ასაკობრივი ცვლილებები პირის მაგარ ქსოვილებში	29
პერიოდონტის დაავადებები	30
მასალები და მეთოდები	34
კვლევის შედეგები	42
ონკოინკურაბელური პაციენტების გამოკვლევა	42
ხანდაზმულთა გამოკვლევა	68
შეჯამება	91
დასკვნები	105
პრაქტიკული რეკომენდაციები	106

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები.....	107
პრაქტიკული სიახლე	107
გამოყენებული ლიტერატურა	108
დანართები	125
დანართი 1	125
დანართი 2	132

სქემა, ცხრილები და დიაგრამები:

სქემა N1. პირის ღრუსმხრივი ჩივილების დამოკიდებულება გამომწვევ მიზეზებზე	23
---	----

ცხრილები:

ცხრილი N1. პაროდონტის დაავადებების გადანაწილება რეგიონების მიხედვით საქართველოში	33
ცხრილი N2. ანკეტა-კითხვარის 1-ლი ნაწილი	37
ცხრილი N3. ანკეტა-კითხვარის მე2 ნაწილი მოხუცებისათვის	38
ცხრილი N4. ანკეტა-კითხვარის მე2 ნაწილი ონკოინკურაბელური პაციენტებისათვის	38
ცხრილი N5. ონკოინკურაბელური პაციენტების სქესის და ასაკის მიხედვით	40
ცხრილი N 6. 85 წლის და მეტი ასაკის პაციენტები სქესის და ასაკის მიხედვით	40
ცხრილი N7. სიმსივნის ლოკალიზაციის გადანაწილება სქესის მიხედვით	41
ცხრილი N8. ონკოპაციენტთა თვითშეფასება პირის ღრუს მდგომარეობის თვალსაზრისით	47

ცხრილი N9. ონკოპაციენტების ანკეტური მონაცემების და ექიმ-სტომატოლოგის მიერ მათი პირის ღრუს მდგომარეობის შეფასების შედეგები	48
ცხრილი N10. პირის ღრუსმხრივი ჩივილების ხვედრითი წილი ონკოპაციენტების საერთო ჩივილებში	60
ცხრილი N 11. ონკოპაციენტების თვითშეფასების და ექიმის შეფასების შედარებითი ანალიზი	49
ცხრილი N12. მოხუცთა თვითშეფასება პირის ღრუს მდგომარეობის თვალსაზრისით	70
ცხრილი N13. მოხუცთა ანკეტური მონაცემების და ექიმ-სტომატოლოგის მიერ მათი პირის ღრუს მდგომარეობის შეფასების შედეგები	71
ცხრილი N 14. ონკოპაციენტების და ხანდაზმულების თვითშეფასების მონაცემების შედარებითი ანალიზი	102
ცხრილი N 15. ექიმი-სტომატოლოგის მიერ დაფიქსირებული მონაცემების შედარებითი ანალიზი	103

დიაგრამები:

დიაგრამა N 1. ცვლილება ონკოპაციენტების ცხოვრების ხარისხში	44
დიაგრამა N2. ცვლილებები ონკოპაციენტების პირის ღრუში	45
დიაგრამა N 3. პირის სიმშრალე პალიატიურ პაციენტებში	46
დიაგრამა N 4. დისკომფორტი პალიატიურ პაციენტთა პირის ღრუში	50
დიაგრამა N5. ცვლილებები ონკოპაციენტთა გემოს შეგრძნებაში	52
დიაგრამა N 6. მჟავე გემო ონკოპაციენტთა პირის ღრუში	53
დიაგრამა N7. ღეჭვის პრობლემები ონკოპაციენტებში	54
დიაგრამა N8. პრობლემები ყლაპვისას ონკოპაციენტებში	55
დიაგრამა N9. სირთულეები მეტყველებისას ონკოპაციენტებში	56
დიაგრამა N10. გულისრევა-ღებინების სიხშირე ონკოპაციენტებში	57
დიაგრამა N11. ტკივილი ონკოპაციენტების პირის ღრუში	58
დიაგრამა N12. პირის წვის სიხშირე ონკოპაციენტებში	59

დიაგრამა N13 . პირის ღრუს სიმპტომების სიხშირე ონკოპაციენტების სქესისა და ასაკის მიხედვით	62
დიაგრამა N14. გამონაყარი ონკოპაციენტების ლორწოვან გარსზე	61
დიაგრამა N 15. ნახეთქები ონკოპაციენტების ტუჩებსა და პირის კუთხეებში	63
დიაგრამა N 16. თანკბილვის სახეობები ონკოპაციენტებში	65
დიაგრამა N17. კბილების რაოდენობა ონკოპაციენტებში	65
დიაგრამა N18. პროთეზების სახეობა ონკოპაციენტებში	66
დიაგრამა N19. ონკოპაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა	66
დიაგრამა N 20. პაროდონტის დაავადებების სიხშირე ონკოპაციენტებში	67
დიაგრამა N21. ცვლილება ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხში	69
დიაგრამა N22. ცვლილებები ხანდაზმულთა პირის ღრუში	72
დიაგრამა N23. პროთეზების არსებობა ხანდაზმულებში	73
დიაგრამა N 24. ხანდაზმულების პროთეზებით კმაყოფილება	74
დიაგრამა N25. პირის სიმშრალე ხანდაზმულებში	76
დიაგრამა N26. დისკომფორტი ხანდაზმულთა პირის ღრუში	78
დიაგრამა N27. ცვლილებები ხანდაზმულთა გემოს შეგრძნებაში	78
დიაგრამა N28. ლექვის გართულება ხანდაზმულებში	80
დიაგრამა N29. ყლაპვის გართულება ხანდაზმულებში	81
დიაგრამა N30. სირთულეები მეტყველებისას ხანდაზმულებში	82
დიაგრამა N31. მჟავე გემო ხანდაზმულთა პირის ღრუში	82
დიაგრამა N32. გულისრევა ღებინება ხანდაზმულებში	83
დიაგრამა N33. პირის წვა ხანდაზმულებში	84
დიაგრამა N34. ტკივილი ხანდაზმულთა პირის ღრუში	84
დიაგრამა N35. გამონაყარი ხანდაზმულთა ლორწოვან გარსზე	85
დიაგრამა N36. ნახეთქები ხანდაზმულთა ტუჩებზე	87
დიაგრამა N37. თანკბილვის სახეობები ხანდაზმულებში	87
დიაგრამა N38. კბილების რაოდენობა ხანდაზმულებში	88
დიაგრამა N39. პროთეზების სახეობა ხანდაზმულებში	89
დიაგრამა N40. ხანდაზმულთა პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა	90
დიაგრამა N41. პაროდონტის დაავადებების არსებობა ხანდაზმულებში	90

შესავალი

აქტუალობა

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით ნებისმიერი ქვეყნის მოსახლეობაში შეიძლება გამოიყოს სამი კატეგორია: 1. ჯანმრთელები, რომელთათვისაც ამ მდგომარეობის შენარჩუნებისათვის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემები იყენებს პრევენციისა და პროფილაქტიკის მეთოდებს (რომ არ მოხდეს მათი დაავადება); 2. პოტენციურად განკურნებადი ავადმყოფები, რომელთა მიმართაც ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემები იყენებს სამკურნალო მეთოდებს, რომელიც წარმოადგენს სკრინინგის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და რეაბილიტაციის მეთოდთა კომპლექსს (რათა ისინი განიკურნონ, გამოჯანმრთელდნენ); 3. ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფები, რომლებიც განკურნებას აღარ ექვემდებარებიან და რომელთა მიმართაც ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემები იყენებს პალიატიური მზრუნველობის მეთოდებს, რომელიც ეფუძნება სამედიცინო, სოციალური, ფსიქოლოგიური, სულიერი თანადგომის მეთოდების კომპლექსს (რათა მიღწეული იქნას მათი სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლებელი მაღალი ხარისხი) (D. Kordzaia, 2011). პაციენტთა ამ კატეგორიაში, კიბოს შორსწასული ფორმებით, რეზისტენტული ტუბერკულოზით, ნერვ-კუნთოვანი და ძვალ-სახსართა სისტემების განუკურნელი ფორმებით და მისთ. დაავადებულთა გარდა, იგულისხმებიან მოხუცები, რომელთა ქრონიკული განუკურნებელი დაავადება თავად სიბერეა (WHO 2011).

პალიატიური მზრუნველობა თანამედროვე ჯანდაცვის და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების განუყოფელი ნაწილია. მისი მიზანია ტკივილისა და სხვა ისეთი შემაწუხებელი, ხშირად კი მტანჯველი, სიმტკობების მოხსნა, როგორცაა: ძლიერი სისუსტე, ყაზობა და ნაწლავთა გაუვლაობა, სლოკინი, გულისრევა და ღებინება, სუნთქვის გაძნელება, ხველა და სხვა. პალიატიური მზრუნველობა ეხმარება პაციენტებსა და მათ ოჯახებს, აუმჯობესებს მათი ცხოვრების ხარისხს (*პალიატიური მზრუნველობა და პაციენტის უფლებები. განმარტებები და რჩევები პაციენტებისათვის. ფონდი „ღია საზოგადოება - საქართველო“, 2018 წ.*).

საქართველოს კანონმდებლობაში, კერძოდ, კანონებში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „პაციენტის უფლებების შესახებ“ პალიატიური მზრუნველობა

განმარტებულია, როგორც: „აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება“ (კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, თავი I, მუხლი 3, 2007 წ.; კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, თავი I, მუხლი 4, 2000 წ.).

პალიატიური მზრუნველობა, როგორც ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემების მიმართულება, პრაქტიკულად ერთადერთია, რომელიც აღნიშნული სისტემების სხვა მიმართულებებისაგან განსხვავებით ფოკუსდება არა „დაავადებას“ და „განკურნებაზე“, არამედ „პაციენტზე“ და „სიცოცხლის ხარისხზე“ (Clark D., 2007; Portenoy RK., et al, 2013).

სიცოცხლის ყველა განსაკუთრებულ პერიოდს, გამომდინარე მისი სამედიცინო-ბიოლოგიური პრობლემებიდან, შეესაბამება მედიცინის კონკრეტული მიმართულება (დარგი). ასე, მაგალითად, სიცოცხლის დასაწყისს „მეანობა“ და „ნეონატოლოგია“ კუთრდება, ბავშვობის ასაკს - „პედიატრია“, მოხუცთა ასაკს - „გერიატრია“ (ნ. ჩიხლაძე, 2017). ასეთი მიდგომის გათვალისწინებით, პალიატიური მზრუნველობა შეიძლება ჩაითვალოს სიცოცხლის ბოლო პერიოდის მედიცინად, რომელიც უზრუნველყოფს მის ღირსეულად დამთავრებას (Stjernsward j., et al., 2007).

„ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლე“ წარმოადგენს იმ მთავარ კონცეპციას, რომლის რეალიზაციაც პალიატიური მზრუნველობის ფილოსოფიის და მეთოდის მთავარი ამოცანაა (Stjernsward J. et al., 2007).

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის თანამედროვე მოდელის დანერგვისათვის მცდელობები 2000 წლიდან დაიწყო. დღეისათვის შექმნილია პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემების განუყოფელი ნაწილის, განვითარების ისეთი საფუძვლები, როგორებიცაა:

- პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო მასალების არსებობა;
- პალიატიური მზრუნველობის სასწავლო-სატრენინგო კურსების მომზადება და იმპლემენტაცია (პალიატიურ მზრუნველობაში სუბსპეციალობის პროგრამის ჩათვლით);

- პალიატიური მზრუნველობის უსგ აკრედიტირებული პროგრამების არსებობა;
- სტაციონარში და ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელი გუნდების შექმნა და მისი დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამით;
- საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოებული საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის არსებობა (პალიატიური მზრუნველობა აღიარებულია უწყვეტი სამედიცინო დახმარების განუყოფელ ნაწილად, ხოლო მისი განვითარება - სახელმწიფოს მოვალეობად);
- პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო სერტიფიკატის მქონე ექსპერტების არსებობა;
- სტრატეგიული დოკუმენტის „პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა 2011- 2015 წწ.“ არსებობა (ახალი სტრატეგიული დოკუმენტი მზადების პროცესშია);

მიღწეული შედეგების მიუხედავად, საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარება შორსაა ევროპული სტანდარტებისაგან. პალიატიური მზრუნველობით ქვეყნის მოცვა, ისევე როგორც მისი ხარისხი, არასრულფასოვანია; ამას, ობიექტურის გარდა, სუბიექტური ფაქტორებიც განაპირობებს. პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის მესვეურები და ამ დარგის რეგულაციების შემქმნელები სრულად არ ან ვერ ითვალისწინებენ პალიატიური მზრუნველობის იმ პროფესიონალთა რეკომენდაციებს, რომლებიც მოღვაწეობენ საქართველოში და რომელთა ძალისხმევითაც გადაიდგა პალიატიური მზრუნველობის დანერგვისა და განვითარების ის საეტაპო ნაბიჯები, რომლებიც ზემოთ იყო ჩამოთვლილი.

დღეისათვის საქართველოში განვითარების მხოლოდ საწყის ეტაპზეა სპეციალიზირებული პალიატიური მზრუნველობა ბავშვებისათვის და ის არ არსებობს მოხუცთათვის (და ეს იმ ვითარებაში, როდესაც პალიატიური მზრუნველობის პოტენციურ მომხმარებელ მოხუცთა რაოდენობა ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის 10% -ზე მეტს შეადგენს) (ველიჯანაშვილი მ., 2016).

დადასტურებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობის ინსტიტუციური განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორია მოცემულ სფეროში ისეთი სამეცნიერო კვლევების განხორციელება, რომლებიც, ერთი მხრივ, ავლენს პალიატიური მზრუნველობის ნაციონალურ/ეთნოგრაფიულ თავისებურებებს,

ხოლო მეორე მხრივ, საფუძველს ქმნის მზრუნველობის მანამდე უცნობი (ან ნაკლებად მნიშვნელოვნად მიჩნეული) ასპექტების აქტუალიზაციას, რასაც შეუძლია დადებითი როლი ითამაშოს ინკურაბელურ პაციენტთა და/ან მოხუცთა სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაში (Bruera E. et al., 2002; Kordzaia D. et al., 2011, 2011:2015; Kordzaia D. et al. 2012).

ერთ-ერთი ასეთი საკითხია პირის ღრუს ჯანმრთელობა. ის ზოგადი ჯანმრთელობის ნაწილია და განიხილება სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელ მნიშვნელოვან კომპონენტად. წლების მანძილზე პირის ღრუს მდგომარეობის ზეგავლენა პაციენტების ყოველდღიურ ცხოვრებაზე სპეციალური შესწავლის მიღმა რჩებოდა (Spanemberg JC et al., 2019). პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელი ინსტრუმენტები განვითარდა მას შემდეგ, რაც გაცნობიერებულ იქნა პირის ღრუს მხრივი პრობლემების ჯანმრთელობაზე და სიცოცხლის ხარისხზე ზეგავლენის შესწავლის აუცილებლობა (Spanemberg JC et al., 2019).

პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა ადამიანებზე მოქმედებს როგორც ფიზიკურად, ისე ფსიქოლოგიურად. მოქმედებს ზრდაზე, ცხოვრებისეულ სიამოვნებაზე, საუბარზე, ლექვაზე, საჭმლის გემოს შეგრძნებაზე და, ყოველივე ამის გათვალისწინებით, მის თვითდამკვიდრებაზე საზოგადოებაში (Locker D., 1997).

რადგანაც ჯანმრთელობის ცნება მოიცავს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას, ხოლო პირის ღრუს პათოლოგიები მოიცავენ ჯანმრთელობის მრავალმხრივი დარღვევის რისკებს, გასაგები ხდება, რომ სტომატოლოგიას მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაში (Cohen LK et al., 1976).

პირის ღრუს მხრივი ჩივილები, ზოგადად, ფართოდაა გავრცელებული ქრონიკული დაავადების მქონე პირებს შორის (Davies and Finlay, 2005).

ონკოინკურაბელურ პაციენტებში პირის ღრუს მხრივი ჩივილები ჩვეულებრივი მოვლენაა. ზოგჯერ, ეს ჩივილები მთელ კომპლექსს ქმნის, მაგრამ არ არსებობს ისეთი პაციენტი ონკოლოგიური დაავადების ტერმინალური სტადიით, პირის ღრუს მხრივ ერთი სიმპტომი მაინც რომ აღენიშნებოდეს (Davies and Epstein, 2010).

პალიატიური მზრუნველობის დროს პირის ღრუს მდგომარეობას განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა (Ettinger RL, 2012), თუმცა ეს პრაქტიკა საქართველოში ნაკლებადაა დანერგილი.

პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებულ პაციენტებში ხშირია ტკივილი პირის ღრუში (Larue F et al., 1994). ამასთანავე, ამ ტკივილის გამომწვევი მიზეზი შესაძლოა იყოს სხვადასხვა. პირის ღრუს მხრივ ხშირი ჩივილებია: ქსეროსტომია (პირის სიმშრალე), წყლულები ლორწოვან გარსზე, პროტეზის შეუსაბამობა (რაც ართულებ ჭამას და საუბარს), გემოს შეგრძნების დარღვევა, ლექვის და ყლაპვის გართულება და სხვა (Gordon SR et al., 1985; Wyche CJ et al., 1994).

თუ პაციენტს უტარდება ქიმიოთერაპია, ან რადიოთერაპია სახის მიდამოში, ის არის სტომატიტის ან ლორწოვანი გარსის ნებისმიერი ანთებითი პროცესის რისკის ქვეშ (Naidu MU et al., 2004). თავის მხრივ, ლორწოვანი გარსის ანთება ხასიათდება მტკივნეული ატროფიული, ეროზიული ან წყლულოვანი კერების წარმოქმნით, რაც უარყოფითად მოქმედებს კვებაზე, საუბარზე, ძილზე და, ზოგადად, ფსიქო-სოციალურ ყოფაზე (Elting LS et al., 2003; Mosel DD et al., 2011).

პირის ღრუსმხრივი ჩივილები ონკოინკურაბელურ პაციენტებში შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით:

- ძირითადი დაავადების
 - პირდაპირი (ანატომიური) გავლენა პირის ღრუზე;
 - არაპირდაპირი (ფიზიოლოგიური) ეფექტი;
 - მკურნალობის მეთოდების ეფექტი;
- თანმხლები დაავადებების
 - პირდაპირი ანატომიური გავლენა პირის ღრუზე;
 - თანმხლები დაავადების მკურნალობის მეთოდების ეფექტი;
- ზემოხსენებული მიზეზების კომბინაცია.

იმ ონკოლოგიურ პაციენტებში, რომლებიც ხშირად უჩივიან საერთო სისუსტეს, ეჭვის ქვეშ დგება მათი მხრივ პირის ღრუს ადექვატურად მოვლის შესაძლებლობა. ვითარებას კიდევ უფრო ამძიმებს ასეთ პაციენტებში განვითარებული დეპრესიული მდგომარეობა, რაც დამატებით უარყოფით ფაქტორად გვევლინება პირის ღრუს მოვლის შესაძლებლობებისათვის (Davies A. et al., 2005).

აღნიშნულის გათვალისწინებით, მიჩნეულია, რომ პირის ღრუს პრობლემები პირდაპირ კავშირშია პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პაციენტების მდგომარეობის სიმძიმესთან (Davies R. et al., 2000). ამასთანავე, დადასტურებულია უკუგავლენაც, კერძოდ, პალიატიური პაციენტების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის დამძიმება შეიძლება გამოწვეული იყოს პირის ღრუს მდგომარეობის დამძიმებით (Rydholm and Strang, 2002).

პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნება საკმაოდ რთულია მოხუცებში, იმის გათვალისწინებით, რომ მოხუცები ფიზიკური თუ მენტალური მდგომარეობის გამო ნაკლებად იჩენენ ინტერესს სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ (Razak PA et al., 2014).

ადექვატური კვება მოხუცთა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფაქტორია. არასათანადო კვებას შეუძლია ფიზიკური და მენტალური დეგენერაციის დაჩქარება. პირის ღრუს ცუდი მდგომარეობა კი გადამწყვეტი ფაქტორია კვებითი სტატუსისა და, შესაბამისად, ჯანმრთელობისთვის. კბილების ტკივილი, უკმარისობა (ნაკლებობა) ან ცუდი (შეუსაბამო) პროთეზი, როგორც წესი, ამცირებს კვების სურვილს, ართულებს ღეჭვას და იწვევს საკვების გემოს აღქმის დაქვეითებას (Razak PA et al., 2014).

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მოხუცთა სტომატოლოგიური „ზედამხედველობის“/მომსახურების გაძლიერებით შეიძლება გაიზარდოს მათი პირის ღრუს ჯანმრთელობის და, შესაბამისად, სიცოცხლის ხარისხი.

დადასტურებულია, რომ ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის სერვისების განვითარება, შეუძლებელია, ერთი მხრივ, საზოგადოების (პალიატიური მზრუნველობის რეალური და პოტენციური ბენეფიციარების) სრულფასოვანი ინფორმირებულობის გარეშე (ქვეყნის მოსახლეობას ნათლად უნდა ესმოდეს პალიატიური მზრუნველობის არსი, მიზანი, ამოცანები და მომსახურების სისტემის მუშაობის თავისებურებანი), ხოლო მეორე მხრივ, პალიატიური მზრუნველობის და მისი ფორმების მიმართ ამავე საზოგადოების აზრისა და დამოკიდებულებების ცოდნის გარეშე (Besdine R., et al., 2005; Kordzaia D., 2012). მაგალითად, გამოვლენილია (და მათ შორის, საქართველოში განხორციელებული კვლევებითაც) მნიშვნელოვანი განსხვავება ექიმთა და პაციენტთა (აგრეთვე მათი ოჯახის წევრთა) დამოკიდებულებებში ჩატარებული/მიღებული დახმარების შეფასების

თვალსაზრისით. ასე მაგალითად, პაციენტების ოჯახის წევრების დიდი ნაწილი არ იყო კმაყოფილი ექიმებთან/სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაციის დონით (აღნიშნავდნენ მათი საჭიროებების და მოთხოვნების (მოთხოვნილებების) არასათანადო გაზიარებასა და პატივისცემას), მაშინ, როდესაც მედიკოსთა 78.5% დადებითად აფასებდა ზემოაღნიშნულ კომუნიკაციას (Chikhladze N. et al., 2016).

მკვლევარები, რომლებიც სწავლობდნენ პალიატიური მზრუნველობის ბენეფიციარების დამოკიდებულებებს (მოთხოვნებს) პალიატიური მზრუნველობის მიმართ, გამოთქვამდნენ ვარაუდს, რომ მათი რაობა და თავისებურებები ბევრად არის დამოკიდებული დარჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობის გაცნობიერებაზე (Zweibel NR., et al; 1989; Brumley RD., et al., 2003; Jeon HW., et al., 2015) და სიცოცხლის ღირსეულად - ტანჯვის გარეშე, კომფორტულად, შინაურ, ჩვეულ გარემოში - დასრულების სურვილზე. აღმოჩნდა, რომ სიცოცხლის ლიმიტირებული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელი ხანდაზმული (85 წლისა და მეტი ასაკის) პირების ცხოვრების მიწურულის მოთხოვნილებები და დამოკიდებულებები მეტწილად იდენტურია და მათი $\frac{3}{4}$ შეესაბამება მასლოუს პირამიდის მე-3 და მე-4 დონეებს. ამათში ცალსახად სჭარბობს სოციალური ურთიერთობის, სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილება. ამ მოთხოვნილებების გათვალისწინება, აუცილებელია მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის მოდელის შემუშავებისას (ველიჯანაშვილი მ., 2016 წ.).

ქვემოთ კვლევის საწყის ეტაპზე, გამოკვლეული იქნა, თუ რამდენად განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცთა და კიბოს შორსწასული ფორმით დაავადებულ ინკურაბელურ პაციენტთა სიცოცხლის მიწურულის აღქმები და დამოკიდებულებები იმის გათვალისწინებით, რომ ორთავე კატეგორიის პირები აცნობიერებდნენ სიცოცხლის დასასრულის მოახლოებას.

50 მოხუცის და 50 კიბოს შორსწასული ფორმით დაავადებულ ინკურაბელურ პაციენტის ინტერვიუების შედარებითმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ცხოვრების მიწურულის დამოკიდებულებები, საჭიროებები და მოთხოვნები ადამიანებში ძირითადად ერთმანეთის მსგავსია, მიუხედავად იმისა, თუ რა განსაზღვრავს დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობის სიმცირეს - განუკურნებელი დაავადება თუ ღრმა მოხუცებულობა. ორივე კატეგორიის ადამიანებში აშკარად სჭარბობს ისეთი ნარატივები, რომლებიც შეესაბამება აბრაამ მასლოუს მოთხოვნილებებისა და

საჭიროებების პირამიდის ზედა დონეებს, კერძოდ, სოციალური ურთიერთობების, სიყვარულის, პატივისცემის და ტრანსცენდენტურობის მოთხოვნილებებს (Chikhladze N, 2018).

მიუხედავად იმისა, რომ აღწერილ კვლევას გააჩნდა გარკვეული შეზღუდვები, რაც გამოიხატებოდა მოხუცთა და ონკონკურაბელურ პაციენტთა მცირე რიცხვით, რაც, თავის მხრივ, შეუძლებელს ხდის მიღებულ მონაცემთა სისტემატიზაცია მოვახდინოთ გამოკვლეულთა ოჯახური მდგომარეობის, საქმიანობის ტიპის, რელიგიის ან თუნდაც, პაციენტთა ასაკის გათვალისწინებით, ძირითადი დასკვნის სისწორეში ეჭვის შეტანა შეუძლებელია.

ამასთანავე, აღნიშნული კვლევის დროს მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში ინტერვიუში აღინიშნა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ. ეს ერთგვარად მოულოდნელი აღმოჩნდა, რადგანაც, ერთი მხრივ, ღრმა მოხუცებში პირის ღრუსა და კბილების ასაკობრივი პრობლემები საყოველთაოდ ცნობილია, ხოლო მეორე მხრივ, ონკონკურაბელურ პაციენტებში ქიმიოთერაპიული მკურნალობა ასევე არაიშვიათად წარმოადგენს პირუს ღრუს მხრივ ჩივილების წარმოშობის მიზეზს.

ჩვენ ვვარაუდობთ, რომ ჩვენს მიერ ჩაწერილი ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუები არ იძლეოდნენ ცალკეული სიმპტომების/ჩივილების (მათ შორის, პირის სიმპტომების/ჩივილების) გამოკვეთის შესაძლებლობას. წინააღმდეგ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ რესპოდენტთა ძირითადი პრობლემა - სიცოცხლის მიწურულის გაცნობიერება ასაკის ან დაავადების გამო - ჩრდილავდა მათ ყველა „ყოფით“ პრობლემას და, როგორც მოხუცები, ისე პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებულ პაციენტები, რომლებსაც თითქოს გამძაფრებული უნდა ჰქონოდათ ფიზიოლოგიურ საჭიროებათა შეუფერხებელი განხორციელებისა და უსაფრთხოების მოთხოვნილებები, რეალურად ავლენდნენ სიყვარულის, ურთიერთობის, პატივისცემის მოთხოვნილებათა გამძაფრებას ისე, რომ ყურადღებას ნაკლებად აქცევდნენ დაავადების სიმპტომებს. ანუ, ხდებოდა ის, რაც გალაკტიონ ტაბიძემ ლექსად ასე გამოხატა:

„... თუ სიკვდილის სიახლოვე როგორ ასხვაფერებს
მომაკვდავი გედის ჰანგთა ვარდებს და ჩანჩქერებს“

(გ. ტაბიძე, „მთაწმინდის მთვარე“, რჩეული (გამომცემლობა „მერანი“, 1975 წ.), ხოლო ილია ჭავჭავაძემ პროზაულად ასე ბრძანა: „შეე რომ ამოდის, ვარსკვლავები

მაშინ აღარ ჩანან“. ჩვენს შემთხვევაში ასე უნდა გავიგოთ: როცა დიდი განსაცდელი ახლოვდება, პატარა საფრთხეები აღარ გვაფორიაქებს! თუ ამ ფენომენტთან გვაქვს საქმე, მაშინ უნდა ვაღიაროთ, რომ ღრმად მოხუცები, ისევე როგორც ონკოინკურაბელური პაციენტები, რომლებიც გრძნობენ დარჩენილი სიცოცხლის გარკვეულ ლიმიტს, ფსიქო-სამედიცინო კვლევისათვის ფრიად საინტერესო ობიექტებს წარმოადგენენ (Lee BY., et al., , 2005; Ross L., et al., 2015).

მიზანი და ამოცანები

ჩვენ მიზნად დავისახეთ შეგვესწავლა არსებული პირის ღრუს პათოლოგიების ადექვატური აღქმადობა პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პაციენტების მიერ და მათი ზეგავლენა სიცოცხლის ხარისხზე.

აღნიშნული მიზნის მისაღწევად მიზანშეწონილად მივიჩნიეთ შემდეგ სამ კითხვაზე გაგვეცა პასუხი:

- რამდენად აწუხებთ პირის ღრუს პრობლემები ონკოინკურაბელურ პაციენტებს და მოხუცებს მათი საერთო ჩივილების ფონზე?
- რამდენად შეესაბამება ონკო-ინკურაბელური პაციენტის, ან მოხუცის, პირის ღრუსმხრივი ჩივილები ექიმ-სტომატოლოგის მიერ მათი პირის ღრუს გამოკვლევისას დადგენილ და შეფასებულ რეალობას?
- რამდენად მართვადია მოხუცთა და ონკოინკურაბელურ პაციენტთა პირის ღრუს პათოლოგიები?

აღნიშნული მიზნის მისაღწევად დავისახეთ შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტა:

1. თავიანთი პირის ღრუს პრობლემების თაობაზე ონკოინკურაბელური ავადმყოფების მოსაზრებების შედარება ამავე პაციენტების პირის ღრუების ექიმ-სტომატოლოგის მიერ გამოკვლევის შედეგებთან.

2. თავიანთი პირის ღრუს პრობლემების თაობაზე 85 წლის და მეტი ასაკის პირების მოსაზრებების შედარება ამავე პაციენტების პირის ღრუების ექიმ-სტომატოლოგის მიერ გამოკვლევის შედეგებთან.

3. ორივე ჯგუფის გამოკვლევის შედეგების შედარებითი ანალიზი

დასაცავად გამოსატანი დებულებები:

1. ონკონკურაბელურ პაციენტთა და 85 წლის და მეტი ასაკის პირთა ჩივილებში პირის ღრუს სიმპტომების/ჩივილების არგამოკვეთა ნაკლებად უნდა დაბრალდეს ნახევრად სტრუქტურირებული ანკეტების ფორმატს. ეს მიჩნეულ უნდა იქნეს ჩვენი საზოგადოების სამედიცინო განათლების და ღირებულებების არსებული დონის ერთ-ერთ გამოვლინებად;
2. ონკო-ინკურაბელური პაციენტების და/ან 85 წლის და მეტი ასაკის პირების პირის ღრუსმხრივი ჩივილები განსხვავდება ექიმ-სტომატოლოგის მიერ მათი პირის ღრუს გამოკვლევისას დადგენილი და შეფასებული მდგომარეობისაგან;
3. როგორც ონკონკურაბელურ პაციენტთა, ისე 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცთა პირის ღრუს პათოლოგიები ძირითადად მართვადია.

მეცნიერული სიახლე:

- ონკონკურაბელურ პაციენტთა და 85 წლის და მეტი ასაკის პირთა ჩივილებში პირის ღრუსმხრივი ჩივილები არ განეკუთვნება განსაკუთრებით შემაწუხებელ ჩივილებს, და საშუალოდ შეადგენს საერთო ჩივილების 14,2% (ონკონკურაბელურ პაციენტებში) და თითქმის იგნორირებულია 85 წლის და მეტი ასაკის პირებში, რაც სარწმუნოდ ჩამორჩება ექიმ-სტომატოლოგის მიერ ონკო-ინკურაბელური პაციენტების და/ან 85 წლის და მეტი ასაკის პირების პირის ღრუების გამოკვლევის შედეგად დაფიქსირებულ მდგომარეობას.
- 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცებში, საერთაშორისო მონაცემებთან შედარებით „სველი“ („ტენიანი“) პირის ღრუს მაღალი მაჩვენებელი, მიუთითებს სანერწყვე ჯირკვლების ადექვატურ ფუნქციონირების შენარჩუნებას, რაც, თავის მხრივ, შეიძლება უკავშირდებოდეს აჭარის რეგიონის მცხოვრებთა ტრადიციულ დიეტას, განსაკუთრებით, მოხუცთა კონსისტენციურად და საგემოვნო თვისებებით დაბალანსებულ დიეტას (ხავიწი, დოშორვა, სინორი, ასუთა, სუთლი და მისთ).
- როგორც ონკონკურაბელურ პაციენტთა, ისე 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცთა პირის ღრუს პათოლოგიები და მდგომარეობები, რომლებიც ვლინდება სიცოცხლის მიწურულს ექიმ-სტომატოლოგის გამოკვლევის შედეგად, ძირითადად მართვადია და პირის ღრუს ადექვატური სანაცია შეიცავს აღნიშნული კონტინგენტის

სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების პოტენციალს, რაც აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული პალიატიური მზრუნველობის მოდელების დანერგვის დროს.

ლიტერატურული მიმოხილვა

1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის ზეგავლენა სიცოცხლის ხარისხზე

1.1. პირის ღრუ, როგორც ზოგადი ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილი

პირის ღრუს ჯანმრთელობა ზოგადი ჯანმრთელობის ნაწილია და ის განიხილება სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელ მნიშვნელოვან კომპონენტად. წლების მანძილზე პირის ღრუს მდგომარეობის ზეგავლენა პაციენტების ყოველდღიურ ცხოვრების ხარისხზე სპეციალური შესწავლის მიღმა რჩებოდა (Spanemberg JC et al., 2019). პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელი ინსტრუმენტები განვითარდა მას შემდეგ, რაც გაცნობიერებულ იქნა პირის ღრუს მხრივი პრობლემების ჯანმრთელობაზე და სიცოცხლის ხარისხზე ზეგავლენის შესწავლის აუცილებლობა. არაჯანსაღი პირის ღრუს ნეგატიურმა ზეგავლენამ სიცოცხლის ხარისხზე აღნიშნული პრობლემა აქტუალური გახადა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის (Spanemberg JC et al., 2019).

რა თქმა უნდა, პირის ღრუს მხრივი პრობლემების უმეტესობა არ წარმოადგენს სწრაფი სიკვდილის მიზეზს, მაგრამ ისინი საგრძნობლად აქვეითებენ კვების ხარისხს, რითაც ხელს უწყობს ქრონიკული პათოლოგიების განვითარებას, ამასთანავე, იწვევს ტკივილს და ფუნქციურ დარღვევებს (რაც ზოგჯერ იწვევს ტანჯვის განცდას), ასევე ესთეტიკურ, მეტყველებით და ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, რითაც აქვეითებს სიცოცხლის ხარისხს (Spanemberg JC et al., 2019).

ამდენად, პირის ღრუს მდგომარეობა აისახება მთელი ორგანიზმის ფუნქციონირებაზე. პირის ღრუს ორგანიზმიდან ცალკე გამოყოფა შეუძლებელია (Petersen PE, 2003).

1.2. პირის ღრუს სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი

დადასტურებულია, რომ ისევე, როგორც ორგანიზმის საერთო მდგომარეობა, პირის ღრუს მდგომარეობაც პირდაპირ კავშირშია სოციალურ და მატერიალურ მდგომარეობასთან. მაგალითად, მსოფლიოში მილიარდობით (3,8) პაციენტს აღენიშნება კბილების პათოლოგია და, შესაბამისი მკურნალობის ვერ ჩატარების გამო, სიცოცხლეს ასრულებს კბილების ნაკლები რაოდენობით, რაც, თავის მხრივ, აქვეითებს მისი სიცოცხლის ხარისხს. შესაბამისი სოციალური საჭიროებების და რისკ ფაქტორების დადგენის მიზნით ჩატარებული კვლევების შედეგები მიუთითებს, რომ ჯანდაცვის პოლიტიკა უნდა იყოს ორიენტირებული პირის ღრუს ჯანმრთელობის, როგორც პრობლემის, ჯანდაცვის პრიორიტეტებში ჩართვაზე (Petersen PE, et al. 2003; Sheiham A. et al., 2000).

1.3. პირის ღრუს დაავადებების მნიშვნელობა

პირის ღრუს დაავადებები ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული დაავადებებია და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს, რადგან სიხშირიდან და მკურნალობის ხარჯებიდან გამომდინარე, ისინი მოქმედებენ ინდივიდებზე და სრულიად საზოგადოებაზე (WHO 2003). პირის ღრუს დაავადებების დეტერმინანტები (განმსაზღვრელები) საყოველთაოდ ცნობილია - ისინი არიან სხვა ქრონიკული დაავადებების გამომწვევი რისკ ფაქტორების მსგავსი: არასწორი კვება (დიეტა), ჰიგიენის არდაცვა, სიგარეტის და ალკოჰოლის ჭარბად გამოყენება, და სხვა, რაც იწვევს პირის ღრუს ტრავმებს და სტრესს. მხოლოდ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეფექტურ მეთოდებს შეუძლიათ მასობრივად მათი თავიდან აცილება და პირის ღრუს პროფილქტიკა (WHO 2003).

პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა ადამიანებზე მოქმედებს როგორც ფიზიკურად, ისე ფსიქოლოგიურად. მოქმედებს ზრდაზე, ცხოვრებისეულ სიამოვნებაზე, საუბარზე, ლექვაზე, საჭმლის გემოს შეგრძნებაზე და, ყოველივეს გათვალისწინებით, მის თვითდამკვიდრებაზე საზოგადოებაში (Locker D., 1997). მაგალითად, ღრმა კარიესი აუარესებს ბავშვების სიცოცხლის ხარისხს: ისინი განიცდიან ტკივილს და დისკომფორტს, ერღვევით ძილი და კვება, რაც გავლენას ახდენს მათ ზრდაზე და წონაზე; ეზრდებათ მწვავე და ქრონიკული ინფექციების განვითარების და, შესაბამისად, ჰოსპიტალიზაციის რისკი, რაც, თავის მხრივ, ზრდის

მათი (მათი ოჯახების) ფინანსური დანახარჯების რისკებს. შესაბამისად, მატულობს სკოლის გაცდენის და ადექვატური ცოდნის მიღების შესაძლებლობის დაკარგვის რისკიც (Acs G. et al., 1992).

სიცოცხლის ხარისხზე ნეგატიურად მოქმედებს პირის ღრუს ბევრი პათოლოგია, მაგალითად კარიესი, პაროდონტის დაავადებები, კბილების დაკარგვა, კიბო, დენტალური ტრავმები და ანომალიები, ფლუოროზი და სხვა, ასევე ყბა-სახის სხვა დეფორმაციები. აღსანიშნავია, რომ არა მხოლოდ პირის ღრუს დაავადებები, არამედ ზოგჯერ მათი მკურნალობის მეთოდებიც კი უარყოფითად მოქმედებს პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სიცოცხლის ხარისხზე.

პირისღრუსმხრივი გართულებები, როგორც წესი სიმსივნის მალიგნიზაციით და ონკოლოგიური მკურნალობის არასასურველი გვერდითი ეფექტებითაა გამოწვეული (Brennan et al., 2010; Shaw et al., 2000). პირის სიმპტომების სიხშირე, ხანგრძლივობა და სიმძიმე დამოკიდებულია ონკოლოგიური მკურნალობის რეჟიმსა და ინტენსივობაზე (National Cancer Institute, 2016).

პირის ღრუსმხრივი გართულებები შეიძლება მოიცავდეს ლორწოვანი გარსის ღრმა ფუნქციურ და სენსორულ ცვლილებებს, დენტალური კარიესის და პაროდონტის დაავადებებს (National 5 Cancer Institute, 2016) (Sroussi et al., 2017). ამას შეუძლია იმოქმედოს ონკოლოგიური მკურნალობის შედეგზე მკურნალობის შეჩერების საჭიროების შემთხვევაში და ასევე მნიშვნელოვანი ზეგავლენა აქვს სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და ხარისხზე (Gandhi et al., 2017).

გასათვალისწინებელია, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობა, გარდა კბილებისა, გულისხმობს პირის ღრუს სხვა ნაწილების - ღრძილების, ე.წ. „მხარდამჭერი (დამხმარე) ქსოვილების“, იოგების, ძვლების, რბილი და მაგარი სასის, ლორწოვანი გარსის, ენის, სანერწყვე ჯირკვლების, საღეჭი კუნთების, ტუჩების, ყბების და ქვედაყბა-საფეთქლის სახსრის - ნორმალურ ფუნქციონირებასაც.

ლიტერატურაში პირის ღრუს მრავალი პათოლოგიაა აღწერილი. კბილების დაკარგვა ერთ-ერთი ყველაზე ხშირ და რთული მდგომარეობად ითვლება, რომელიც იწვევს ფუნქციურ და ესთეტიკურ დარღვევებს. ბიოლოგიური მიზეზების გარდა, კბილების დაკარგვაში დიდი წვლილი მიუძღვის სოციალურ და ეკონომიკურ ფაქტორებს.

ასევე ფართოდაა გავრცელებული ისეთი პათოლოგიები, როგორცაა კარიესი და პაროდონტის დაავადებები, რომლებიც მოქმედებენ სიცოცხლის ხარისხზე. ისინი ძირითადად ქრონიკულად მიმდინარეობენ, თუმცა ახასიათებთ გამწვავებები. დენტალურ კარიესს ნეგატიური ზეგავლენა აქვს სიცოცხლის ხარისხზე, როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში. განსაკუთრებით დიდ პრობლემებს ქმნის ის საბავშვო ბაღის აღსაზრდელებს შორის (Allen PF. 2003).

ისეთი პათოლოგიები, როგორებიცაა - ფლუოროზი, ყბა-სახის სხვა პათოლოგიები, პირის ღრუს ონკოლოგიური დაავადებები - არც თუ ისე ხშირია, მაგრამ სერიოზულ გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე (Allen PF, 2003).

დადასტურებულია, რომ სიცოცხლი ხარისხზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს თანკბილვის ანომალიები. კვლევის მიხედვით, სადაც ჩართული იყო 12-18 წლის ასაკის 614 ნიგერიელი ბავშვი, კვლევამ უჩვენა მჭიდრო კავშირი თანკბილვის ანომალიების სიძლიერესა და ბავშვთა მიერ საკუთარი გარეგნობის აღქმას შორის (Onyiaso CO. Et al., 2003).

სიცოცხლის ხარისხზე ასევე დიდ ზეგავლენას ახდენს ყბა-სახის ანომალიები, რომლებიც მოქმედებს არა მხოლოდ კვებასა და ფიზიკურ განვითარებაზე, არამედ, ვერბალურ და არავერბალურ კომუნიკაციის უნარზე, სოციალურ ურთიერთობებზე და საკუთარი თავის აღქმაზე. პაციენტები, რომელთაც აქვთ სხვადასხვა ტიპის ყბა-სახის დეფორმაცია, განიცდიან საკუთარი თავის პატივისცემის და თვითშეფასების დაქვეითებას, შფოთვის, ძილის მოშლას, დეპრესიას, რაც უნდა შეფასდეს, როგორც სოციალური სტიგმის ნაირსახეობა (Marshman Z. et al., 2007). ეს, თავის მხრივ, ხელს უშლის განათლების მიღებას, კარიერას, ოჯახის შექმნას და, შესაბამისად, საზოგადოების სრულფასოვან წევრობას.

1.4. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შეფასების გზები

რადგანაც ჯანმრთელობის ცნება მოიცავს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას, ხოლო პირის ღრუს პათოლოგიები მოიცავენ ჯანმრთელობის მრავალმხრივი დარღვევის რისკებს, გასაგები ხდება, რომ სტომატოლოგიას მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაში (Cohen LK et al., 1976). პირის ღრუს მდგომარეობის ტრადიციული შეფასება ძირითადად კლინიკურ მაჩვენებლების შეფასებას ეფუძნება. თუმცა

არსებობს შეფასების ალტერნატიული გზებიც „სოციოდენტალური“ მიღწევების გამოყენებით, რაც პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სიცოცხლის ხარისხის შეფასებასა და მისი გაუმჯობესების გზების განსაზღვრაზეა ორიენტირებული (Sheiham A. et al. 2000).

1.5. პირის ღრუს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სტრატეგია

ისეთი ქრონიკული დაავადებები, როგორცაა ჭარბწონიანობა, დიაბეტი და კარიესი საგრძნობლად იზრდება განვითარებად ქვეყნებში. შესაბამისად იზრდება პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სიცოცხლის ხარისხის პრობლემებიც (WHO 2003).

რადგან პირის ღრუსა და სხვა ქრონიკულ დაავადებებს აქვთ საერთო რისკ-ფაქტორები და პრედიქტორები (მომასწავებელი ფაქტორები), სტომატოლოგიისა და მედიცინის სხვა მიმართულებათა პრევენციული აქტივობების ინტეგრირება მნიშვნელოვანი ფაქტორია ჯანმრთელობის და, შესაბამისად, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის ქვეყნის მოსახლეობაში და/ან მის ცალკეულ ჯგუფებში, რომლებიც იმყოფებიან მაღალი რისკის ქვეშ (WHO 2003).

ნაჩვენებია, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სტრატეგიის ინტეგრირება ზოგადი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სტრატეგიებთან, ასევე პირის ღრუს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საჭიროებების განსაზღვრა „სოციოდენტალური“ მიდგომებით, არამარტო საგრძნობლად გააუმჯობესებს პირის ღრუსა და ორგანიზმის საერთო მდგომარეობას, არამედ, ხელს შეუწყობს სოციალური უსამართლობის შემცირებას (WHO 2003), რაც ადამიანთა უფლებების სფეროს უკავშირდება.

2. სიცოცხლის მიწურულის სიცოცხლის ხარისხის შემანარჩუნებელი მედიცინა (პალიატიური მედიცინა)

2.1. სიცოცხლის მიწურული - სიცოცხლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დროის პერიოდი

სიკვდილის წინა პერიოდი ალბათ ყველა ჩვენთაგანისთვის განსაკუთრებულ პერიოდად უნდა ჩაითვალოს. ამ დროს ხდება სიკვდილის მოლოდინის

გაცნობიერება და განვლილი ცხოვრების გააზრება. რა თქმა უნდა დასაშვებია ჩადენილი შეცდომების მონანიება, განვლილი ცხოვრების შეჯამება და მზადება აღსასრულისთვის. ყოველივე ეს დამოკიდებულია თითოეული ადამიანის განათლების და ინტელექტის დონეზე, რწმენაზე, ფიზიკურ და მენტალურ სტატუსზე. ყოველივე ზემოხსენებულის გათვალისწინებით სიკვდილისთვის მზადება ინდივიდუალური და უნიკალურია სიცოცხლის ფილოსოფიური, ფსიქოლოგიური, რელიგიური და სამედიცინო-ბიოლოგიური თვალსაზრისით. (ნ. ჩიხლაძე, 2017 წ.; Kastenbaum R., 2000; Dezutter J. et al., 2008).

დანარჩენი საზოგადოება კი - ვალდებულია შექმნას ყველანაირი პირობა სიცოცხლის ღირსეული დასასრულის უზრუნველსაყოფად. უნდა შეეცადონ სიცოცხლის შესაძლო მაღალი ხარისხის შენარჩუნება პიროვნებების განცდების, რწმენის და სურვილების მაქსიმალური გათვალისწინებით (Chikhladze N. et al., 2016).

სიკვდილი უნდა იყოს უმტკივნეულო, მშვიდი და ღირსეული. მომაკვდავი პაციენტების პალიატიური მზრუნველობა კი - ყოვლისმომცველი და ინტერდისციპლინარული, ძირითადად ფოკუსირებული კომფორტსა და მხარდაჭერაზე (Billings JA, 2000).

სფერო, რომელმაც უნდა იზრუნოს აღნიშნულ პრობლემებზე - არის ჯანდაცვა. ის წარმოადგენს მედიცინისა და მასთან დაკავშირებული საქმიანობის სახელმწიფოებრივად მოწესრიგებულ ურთიერთობებს. ამდენად, ჯანდაცვა შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მედიცინა საზოგადოებრივ მოქმედებაში (kordzaia D. 2010). არის გარკვეული მოსაზრება, რომ სამედიცინო-ბიოლოგიური პრობლემებიდან გამომდინარე, სიცოცხლის ყველა განსაკუთრებულ პერიოდს შეესაბამება მედიცინის კონკრეტული დარგი: სიცოცხლის დასაწყისს - „ნეონატოლოგია“, მოხუცთა ასაკს - „გერიატრია“. ამ ლოგიკით სიცოცხლის მიწურულსაც უნდა ქონდეს რაღაც მიმართულება, თუმცა მე20 საუკუნის მე-2 ნახევრამდე მსგავსი მიმართულება არ არსებობდა, შემდგომში კი განვითარდა „პალიატიური მზრუნველობა“ (Clark D., 2007; Dhingra L. et al., 2013).

2.2. სიცოცხლის ბოლო პერიოდის მედიცინა - პალიატიური მზრუნველობა

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად პალიატიური მზრუნველობა არის:

„აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილის და სხვა პათოლოგიური სიმტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება“ (<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/21154>; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=11>).

სიცოცხლის ბოლო პერიოდის მედიცინად შეიძლება მივიჩნიოთ პალიატიური მზრუნველობა, რომლის მთავარ მიზნად რჩება სიცოცხლის ღირსეული დასრულება (Stjernswärd J. et al., 2007).

პალიატიურ პაციენტებში ასევე მოიაზრებიან მოხუცები, რომლებიც შეპყრობილნი არიან მრავალი ქრონიკული, სიბერესთან „შეჭიდული“ დაავადებით (WHO 2011).

პრევენციულ, სარეაბილიტაციო და სამკურნალო მდგენელებთან ერთად პალიატიური მზრუნველობის მდგენელის არსებობა სრულყოფს ჯანდაცვის სისტემას (Kordzaia D., 2011). მეტიც, მიჩნეულია, რომ პალიატიური მზრუნველობის განვითარების დონე არის ქვეყნის განვითარების შეფასების ერთ-ერთი მაჩვენებელი (კორძაია დ., 2010).

პალიატიური მზრუნველოგის დაგეგმვასა და განხორციელებისას აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული ქვეყნის ტრადიციები და ეთნოფსიქოლოგია. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი პალიატიური მზრუნველობა ვერ შეძლებს სიცოცხლის მაქსიმალურად მაღალი ხარისხის მიღწევას (Bruera E. et al., 2002; Kordzaia D. et al., 2011, 2011:2015; Kordzaia D. et al. 2012). ეს მომენტი ძალიან მნიშვნელოვანია მოხუცებულთა პალიატიური მზრუნველობის მიმართებაში, რადგან ისინი განსაკუთრებით მგრძნობიარეები არიან მათი მზრუნველობის მიმართ (Isaacs B. et al., 1976; Morrison RS et al., 2003).

საქართველოში მოხუცებზე ზრუნვა ტრადიციად და ოჯახის ვალად ითვლება. ასევე მიიჩნევა ღირსების საქმედ. თანაც ეს ვალი „ყოველდღიურია“, იმის გათვალისწინებით, რომ მოხუცები წარმოადგენენ ქვეყნის მოსახლეობის მეოთხედს (Kordzaia D. et al., 2011).

მოხუცების პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვისას ეთნოტრადიციების გარდა, გათვალისწინებული უნდა იყოს თითოეული მათგანის მოთხოვნილებები და საჭიროებები, ასევე, მათი დამოკიდებულებები მოთხოვნათა დაკმაყოფილებისა და მათთან ურთიერთობების მიმართ (Besdine R. et.al., 2005; Kordzaia D, 2011–2015).

მიჩნეულია, რომ ეს დამოკიდებულებები და აღქმები დამოკიდებულია სიცოცხლის მოახლოებული მიწურულის გაცნობიერებაზე (Zweibel NR, 1989; Brumley RD et al., 2003; Jeon HW et al., 2015).

2.3. ინკონკურაბელური პაციენტების პალიატიური მზრუნველობა

პალიატიურ მზრუნველობას ექვემდებარებიან მძიმე ქრონიკული სენით დაავადებული პაციენტები, როგორცაა კიბო, გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი გზების ქრონიკული დაავადებები, შიდსი, დიაბეტი და სხვა (Moens K. et al., 2014; Pocock LV et.al., 2016).

ტკივილის მართვა სიცოცხლის ტერმინალური სტადიის მედიცინის, ანუ პალიატიური მზრუნველობის, ერთ-ერთ მთავარ მიზნადაა მიჩნეული, რადგან ის ყველაზე მტანჯველ სიმპტომადაა აღიარებული ქრონიკული ინკურაბელური სენით დაავადებულ პაციენტებს შორის. ხშირად, ასეთ პაციენტებში, ტკივილის სამართავად გამოიყენება ოპიოიდური საშუალებები, მეტიც, ზოგჯერ ასეთი საშუალებების გამოყენების გარეშე ტკივილის მართვა ვერ ხერხდება (Thorns A. et. Al., 2000; Australia PC. 2005; King S, et al., 2011).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ პალიატიური მზრუნველობა უნდა დაიწყოს ინკურაბელური სენის დიაგნოზის დასმისთანავე (Sepúlveda C, et al., 2002; Temel JS et al., 2010). რაც უფრო ადრე დაიწყება პალიატიური მზრუნველობა, მით უფრო ეფექტურია და ეფექტიანია (Morrison RS et al., 2004).

მიჩნეულია, რომ დაავადების პროგრესირებასთან ერთად იკლებს სამკურნალო სტრატეგიის და მატულობს პალიატიური მზრუნველობის პროცენტული წილი (Brumley R. et al., 2007).

მკურნალობასთან ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობა აუმჯობესებს პაციენტის სიცოცხლის ხარისხს, ამცირებს ჰოსპიტალში გასატარებელ საწოლ-დღეებს და ამით იძლევა ფინანსური რესურსის ეკონომიას; თუ გავიხსენებთ საკანონმდებლო განმარტებას პალიატიური მზრუნველობის თაობაზე, ნათელი გახდება, რომ ეს ეკონომია არ ხდება კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების ხარჯზე (Temel JS et al., 2010; Jox RJ et al., 2012).

პალიატიური მზრუნველობის მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, მას ახორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი, რომელიც შედგება სხვადასხვა პროფილის ექიმებისგან, ასევე სოციალური მუშაკების და სასულიერო პირებისგან. გუნდის წევრად ითვლება ყველა ის ადამიანი, რომელიც ზრუნავს პალიატიურ პაციენტზე, იქნება ის ოჯახის წევრი თუ სხვა. გუნდს ხელმძღვანელობს პალიატიური მზრუნველობის ექიმ-სპეციალისტი (WHO 2011).

რაც უფრო მეტად შეესაბამება პალიატიური მზრუნველობის მოდელი მოცემული ქვეყნის ეთნოფსიქოლოგიას და ტრადიციებს, მით უფრო ეფექტურია ის (National Consensus Project for Quality palliative care, 2004).

სამწუხაროდ, საერთაშორისო გამოცდილებით, არ არის დამკვიდრებული პალიატიური მზრუნველობის გუნდში ექიმ-სტომატოლოგის ყოფნა. არადა, სიცოცხლის მიწურულს ნამდვილად არ კლებულობს პირის ღრუსმხრივი პათოლოგიებისა და პრობლემების რიცხვი.

2.4. პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში

ჯანმოს, პალიატიური მზრუნველობის ევროპული ასოციაციისა და ჰოსპისის და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ რეკომენდებული სტანდარტების საფუძველზე აგებული პალიატიური მზრუნველობის თანამედროვე მოდელის განვითარება საქართველოში დაიწყო 2000 წლიდან. მიუხედავად განვლილი 2 ათეული წლისა, ჯერჯერობით ის მაინც ვერ იქცა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ინტეგრირებულ ნაწილად. ის ხელმისაწვდომია ქვეყნის მოსახლეობის მხოლოდ ნაწილისათვის, განვითარების საწყის სტადიაშია ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის სისტემა და საერთოდ არ არსებობს გერიატრიული პალიატიური მზრუნველობა. პრობლემა განსაკუთრებით მწვავეა იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში ყოველწლიურად მატულობს კიბოს შემთხვევები, მათ შორის

ბავშვებში, ხოლო ხანდაზმულები, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ქვეყნის მოსახლეობის 25%-ს შეადგენს (http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo).

2015 და 2019 წლებში თბილისში ჩატარდა პალიატიური მზრუნველობისადმი მიძღვნილი ორი საერთაშორისო სიმპოზიუმი. პირველის ინიციატორი იყო პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია (პარტნიორი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი - თსუ), ხოლო მეორისა - თავად თსუ. სიმპოზიუმის მუშაობაში მონაწილეობდნენ პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისოდ აღიარებული ექსპერტები. ორივე სიმპოზიუმმა შეიმუშავა რეკომენდაციები, როგორც საქართველოს სახელისუფლებო სტრუქტურების (პარლამენტი, ჯანდაცვის სამინისტრო), ისე უნივერსიტეტებისა და კვლევითი დაწესებულების მიმართ (იხ. დანართები). ამ რეკომენდაციების გაცნობა ადასტურებს ზემოაღნიშნულ მოსაზრებას საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის შემდგომი განვითარების აუცილებლობის თაობაზე.

2.5. მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა

ყველა ადამიანს აქვს უფლება ჰქონდეს ღირსეული სიბერე და ღირსეულად შეხვდეს სიკვდილს. ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უნდა ქმნიდეს ამისათვის ყველა პირობას, რომ ადამიანები რომლებმაც მიაღწიეს სიბერეს არ უჩიოდნენ სიცოცხლის დაბალ ხარისხს; ქრონიკული დაავადების მატარებლებს არ აწუხებდეთ ტკივილი და გრძნობდნენ რელიგიურ და სულიერ მოთხოვნათა დაკმაყოფილებას. ასეთ ვითარებაში უზრუნველყოფილი იქნება ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლე (Davies E., et al., 2005).

ეს საკითხი პრობლემურია მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში, თუმცა ეკონომიკურად ძლიერი სახელმწიფოები - დასავლეთ ევროპის ქვეყნები, აშშ, იაპონია და მისთ. აქტიურად ცდილობენ ამ პრობლემის მოგვარებას (Clark D., 2007; Lynch T. et al., 2010; Lynch T. et al., 2013).

დაბერებასთან ერთად თავს იჩენს ასაკთან ასოცირებული ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებიც. არის შემთხვევები, როდესაც მოხუცებს აღენიშნებათ რამდენიმე ქრონიკული დაავადება ერთად. სიცოცხლი ბოლო წლებში ისინი იტანჯებიან ისეთი სიმპტომებით, როგორცაა ტკივილი, დეპრესია, მენტალური

პრობლემები, შარდვისა და დეფეკაციის კონტროლის პრობლემა და სხვა (Currow DC et al., 2009). 85წლის ზემოთ კი უმრავლესობას აღენიშნება დემენცია (Ferri CP et al., 2006).

ხშირად მოხუცებს გონიათ, რომ აღარ არიან საჭირო, უჩივიან უყურადღებობას ახლობლების და, საერთოდ, საზოგადოების მხრიდან (Charmaz K. Et al.,1983; Davies E. et al., 2005), რაც აძლიერებს დეპრესიას და „აზრს უკარგავს სიცოცხლეს“ (Detering KM et al., 2010); ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია მოხუცთა უზრუნველყოფა ისეთი პალიატიური მზრუნველობით, რომელიც ითვალისწინებს მათ საჭიროებებს და მოთხოვნილებებს. ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ მოხუცებულთა პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული მოდელის შემუშავება დამოკიდებულია მთელ რიგ დემოგრაფიულ, სოციალურ და ჯანდაცვით რეალობებზე (Gomez-Batiste X. et al., 2012). მიჩნეულია, რომ მოხუცებულთა პალიატიური მზრუნველობა უნდა ხორციელდებოდეს დაბერების მთელი პროცესის მანძილზე და არა მხოლოდ სიცოცხლის ბოლო პერიოდში. ის უნდა ამცირებდეს ქრონიკული დაავადებისგან გამოწვეულ ყველანაირ ტანჯვას (Gade G. et al., 2008).

3. ონკოინკურაბელური და ხანდაზმული პაციენტების პირის ღრუსმხრივი ჩივილები

3.1. ონკოინკურაბელური პაციენტების პირის ღრუ

პირის ღრუსმხრივი ჩივილები, ზოგადად, ფართოდაა გავრცელებული სხვა ქრონიკული დაავადების მქონე პირებს შორის (Davies and Finlay, 2005).

ონკოინკურაბელურ პაციენტებში პირის ღრუსმხრივი ჩივილები ჩვეულებრივი მოვლენაა. ზოგჯერ, ეს ჩივილები მთელ კომპლექსს ქმნის, მაგრამ არ არსებობს ისეთი პაციენტი ონკოლოგიური დაავადების ტერმინალური სტადიით, პირის ღრუს მხრივ ერთი სიმპტომი მაინც რომ აღენიშნებოდეს (Epstein J., 2010).

პალიატიურ მზრუნველობის დროს პირის ღრუს მდგომარეობას გარკვეული ყურადღება ეთმობა, თუმცა ეს პრაქტიკა შორსაა სასურველისაგან (Ettinger RL, 2012), ხოლო საქართველოში ნაკლებადაა (პრაქტიკულად არ არის) დანერგილი.

პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებულ პაციენტებში ხშირია ტკივილი პირის ღრუში (LaRue F. et al.,1994). ამასთანავე, ამ ტკივილის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა. პირის ღრუს მხრივ ხშირი ჩივილებია: ქსეროსტომია (პირის სიმშრალე), წყლულები ლორწოვან გარსზე, პროთეზების

შეუსაბამობა (რაც ართულებს ჭამას და საუბარს), ცვლილება გემოში, ღეჭვის და ყლაპვის გართულება და სხვა (Gordon SR et al., 1985; Wyche CJ et al., 1994).

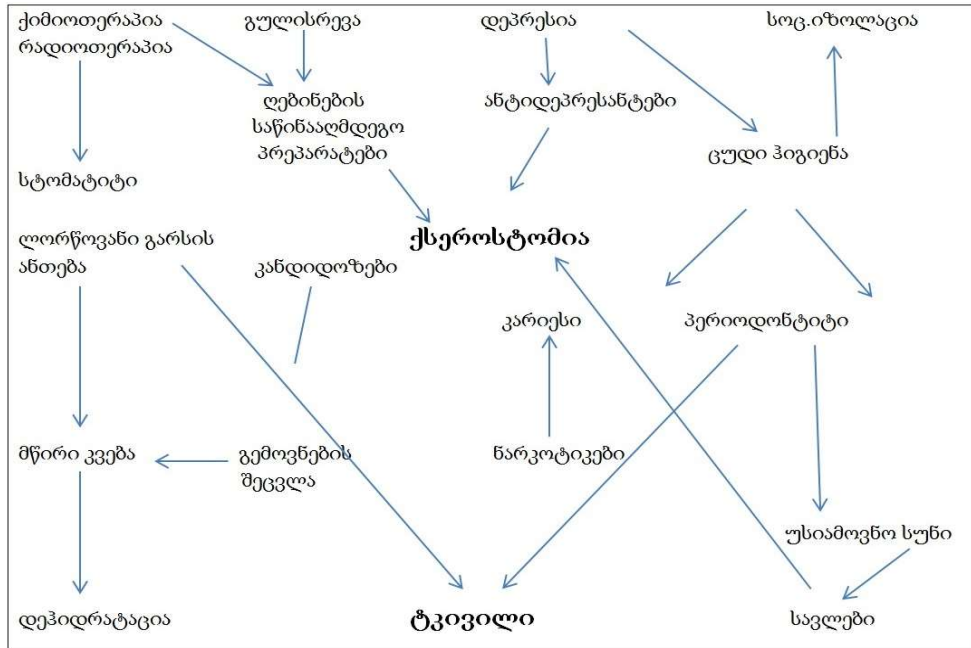
თუ პაციენტს უტარდება ქიმიოთერაპია, ან რადიოთერაპია სახის მიდამოში, ის არის სტომატიტის ან ლორწოვანი გარსის ნებისმიერი ანთებითი პროცესის რისკის ქვეშ (Naidu MU et al., 2004). თავის მხრივ, ლორწოვანი გარსის ანთება ხასიათდება მტკივნეული ატროფიული, ეროზიული ან წყლულოვანი კერების წარმოქმნით, რაც უარყოფითად მოქმედებს კვებაზე, საუბარზე, ძილზე და, ზოგადად, ფსიქო-სოციალურ ყოფაზე (Elting LS et al., 2003; Mosel DD et al., 2011).

ორალური სიმპტომების გამომწვევი მიზეზები ნაჩვენებია სქემაზე (სქემა #1). (მოტანილია Wiseman M. -ის მიხედვით).

Davies AN და Finlay IG-ის მიხედვით, პირის ღრუსმხრივი ჩივილები ონკოინკურაბელურ პაციენტებში გამოწვეულია სხვადასხვა მიზეზებით:

- ძირითადი დაავადების
 - პირდაპირი (ანატომიური) გავლენა პირის ღრუზე;
 - არაპირდაპირი (ფიზიოლოგიური) ეფექტი;
 - მკურნალობის მეთოდების ეფექტი;
- თანმხლები დაავადებების
 - პირდაპირი ანატომიური გავლენა პირის ღრუზე;
 - თანმხლები დაავადების მკურნალობის მეთოდების ეფექტი;
- ზემოხსენებული მიზეზების კომბინაცია.

სქემა N1. პირის ღრუსმხრივი ჩვილების დამოკიდებულება გამომწვევ მიზეზებზე



იმ ონკოლოგიურ პაციენტებში, რომლებიც ხშირად უჩვიან საერთო სისუსტეს, ბუნებრივია, ექვის ქვეშ დგება მათი მხრივ პირის ღრუს ადექვატურად მოვლის შესაძლებლობა. ვითარებას კიდევ უფრო ამძიმებს ასეთ პაციენტებში განვითარებული დეპრესიული მდგომარეობა, რაც დამატებით უარყოფით ფაქტორად გვევლინება პირის ღრუს მოვლის შესაძლებლობებისათვის (Davies A. et al., 2005).

აღნიშნულის გათვალისწინებით, მიჩნეულია, რომ პირის ღრუს პრობლემები პირდაპირ კავშირშია პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პაციენტების მდგომარეობის სიმძიმესთან (Davies R. et al., 2000). ამასთანავე, დადასტურებულია უკუგავლენაც, კერძოდ, პალიატიური პაციენტების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის დამძიმება შეიძლება გამოწვეული იყოს პირის ღრუს მდგომარეობის დამძიმებით (Rydholm M. Et al., 2002).

პირის ღრუში არსებული პრობლემები არაპირდაპირ შეიძლება კავშირში აღმოჩნდეს პალიატიური პაციენტების სიკვდილიანობასთანაც; მაგალითად, პირის ღრუში განვითარებული მიკრობთა კოლონიები შეიძლება გახდეს სისტემური ინფექციის მიზეზი (Mandel ID., 2004). ამდენად, პირის ღრუს კარგი ჰიგიენური მდგომარეობის შენარჩუნება ძალიან მნიშვნელოვანია ონკოლოგიურ პაციენტებში წარმატებული პალიატიურ მზრუნველობის განხორციელებისათვის (Davies A. et al., 2010).

3.1.1. პირის სიმშრალე ანუ ქსეროსტომია, რაც უკავშირდება სანერწყვე ჯირკვლების ჰიპოფუნქციას და საერთო ჯამში ნერწყვის ნაკადის შემცირებას, ფართოდ გავრცელებული სიმპტომია (Jensen SB et al., 2010). ის აღენიშნება სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებს (Davies AN et al., 2005), ხოლო ონკოინკურაბელურ პაციენტებში გვხვდება 78-82%-ში (Davies AN et al., 2001; Tranmer JE et al., 2003).

ონკოლოგიურ პაციენტებში სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქციის ბევრი მიზეზია გამოვლენილი, მაგრამ ყველაზე მნიშვნელოვანია ქიმიოთერაპიის შედეგად ამ ჯირკვლების ეპითელიოციტების დაზიანება (Davies AN et al., 2001). ნერწყვის ფუნქციური მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქციის შედეგი შეიძლება იყოს სიცოცხლის ხარისხზე უარყოფითი გავლენის მქონე შემდეგი სიმპტომები:

- დისკომფორტი პირის ღრუში, ნახეთქები ტუჩებზე;
- საკვების მიღებასთან დაკავშირებული პრობლემები - ანორექსია, გემოვნების დაქვეითება, ღეჭვის და ყლაპვის გართულება, კვების შემცირება;
- სირთულეები მეტყველებისას;
- ცუდი ჰიგიენური მდგომარეობა;
- პირის ღრუს ინფექციები: კარიესი, კანდიდოზები, პაროდონტის დაავადებები, სანერწყვე ჯირკვლების ინფექციები;
- სისტემური ინფექციები - პირის ღრუს ინფექციებიდან გამომდინარე;
- ორთოპედიული პრობლემები - დენტალური ეროზიები, გაზრდილი მგრძნობელობა, ლორწოვანი გარსის ტრავმა;
- ფსიქოლოგიური პრობლემები - შფოთვა, დეპრესია, სოციალური იზოლაცია;
- სხვა პრობლემები - ძილის დარღვევა, ჩასაწოწნი აბების მიღების შეუძლებლობა, ეზოფაგაგტი, შარდვის სიხშირის დარღვევა (ზედმეტი სითხის მიღებასთან დაკავშირებით) (Rydholm M. et al., 2002).

კიბოს შორსწასული ფორმებით დაავადებულ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება პირისღრუსმხრივი ჩივილების ფართო სპექტრი, **მეტყველების გართულების ჩათვლით**. პირის ღრუ ხშირად მშრალია; ენა ეკვრის ლორწოვანს და ხელს უშლის ვერბალურ კომუნიკაციას, ჩივილების, დამოკიდებულებების,

გრძნობების გამოხატვას. ნერწყვის კლებასთან ერთად ყლაპვა რთულდება და ირღვევა გემოს შეგრძნება (Aldred MJ et al., 1991; Jobbins J. et al., 1992).

წყურვილის გამოხატულება ჩვეულებრივი მოვლენაა სიმსივნის შორსწასული ფორმით დაავადებულთა შორის. დეჰიდრატაციას იწვევს წყლის მიღების შემცირება, დიარეა, მაღალი სიცხე, ხშირი ღებინება. მშრალი ტუჩები შეიძლება დასკდეს, განსაკუთრებით ღიმილისას, ან ტანჯვის გრიმასის დროს; ასევე თავს იჩენს ორალური ინფექციები და ტკივილი, როდესაც ქვეითდება ნერწყვის დამატენიანებელი, დამცველობითი და ანტიმიკრობული ფუნქციები (McCann RM et al., 1994; Wiseman MA, 2000).

პირის სიმშრალის თავიდან აცილების მიზნით, მისი ხშირი გამოვლენა, დასველებაა საჭირო, რაც სპეციალური სავლები მოწყობილობის გამოყენებით უგრო ადვილად და ეფექტურად ხორციელდება (Sweeney MP et al., 2000; Fainsinger RL et al., 1997).

პალიატიური მკურნალობის მნიშვნელოვანი ასპექტია **ჰალიტოზის** (ცუდი სუნის პირიდან) თავიდან აცილება, რასაც შეუძლია გამოიწვიოს ახლობლების (ნათესავების, მეგობრების) შეწუხება. ეს არის ღირსებასთან და თვით-პატივისცემასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტი (Rohr Y. et al., 2010).

3.1.2. პირში გემოს შეგრძნების ცვლილება შეიძლება გამოვლინდეს სხვადასხვა სახით: გემოს შეგრძნების დაქვეითება, გემოს შეგრძნების სრული დაკარგვა ან კიდევ გემოს შეგრძნების დარღვევა (გაუკუღმართება) (Ripamonti C. et al., 2010)

გემოს შეგრძნების დარღვევის გამომწვევი მიზეზებიც მრავალია:

- კიბოს მიერ გემოვნების დვრილების, კრანიალური ნერვის ან ცენტრალური ნერვული სისტემის შესაბამისი მიდამოს პირდაპირი დაზიანება (Davies AN et al., 2005);
- კიბოს სამკურნალო მეთოდების ზემოქმედება, მაგ., ადგილობრივად ქირურგიული ჩარევა, ადგილობრივი სხივური თერაპია ან სისტემური ქემოთერაპია (Epstein JB et al., 2010; Porter SR et al., 2010).
- პირის ღრუსმხრივი პრობლემები (მაგალითად, სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქცია, ცუდი ჰიგიენური მდგომარეობა, ორალური ინფექციები (Davies AN et al., 2005);

- ნევროლოგიური პრობლემები (მაგალითად, კრანიალური ნერვის ან ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება და სხვ.) (Ripamonti, C. and Fulfaro, F. (2010).

აღნიშნულ პათოლოგიების არსებობა ხშირად აისახება მადის დაქვეითებაში (Ravasco P. et al., 2005; Bernhardson B.M. et al., 2007; 34; ; Bernhardson B.M. et al., 2008; ; Hutton J.L. et al., 2007; Brisbois T.D. et al., 2006) და წონის დაკარგვაში (Ravasco P. et al., 2005; Bernhardson, B.M. et al., 2007), რაც აისახება ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სიცოცხლის ხარისხის დაქვეითებაში.

3.1.3. ორალური ინფექციები ძალიან გავრცელებულია პალიატიურ პაციენტებს შორის. ორალურ ინფექციების დიდ ნაწილს იწვევს სოკოს სხვადასხვა სახეობები (Davies AN et al., 2005). ნამდვილი Candida ადამიანის პირის ღრუში განიხილება როგორც სიმბიონტი ორგანიზმი. მოსახლეობის 34% მისი მატარებელია. პროგრესირებადი სიმსივნეებით დაავადებულ ადამიანთა შორის მისი სიხშირე მატულობს და აღინიშნება პაციენტთა 47-87%-ში. სიმსივნის ტერმინალურ სტადიაში, პალიატიურ მზრუნველობას დაქვეითებულ პაციენტებში, მისი სიხშირე შეიძლება 83%-საც აღწევდეს (Davies A. et al., 2002). ონკოლოგიურ პაციენტებში ჩატარებული კვლევებით დადგინდა კავშირი ორალურ კანდიდოზებსა და პაციენტთა ქმედუნარიანობის დაქვეითებას შორის (Davies et al., 2006, 2008).

მარტივი ჰერპესის ვირუსული ინფექციაც ერთ-ერთი დამახასიათებელია პალიატიური პაციენტებისათვის (Sweeney MP et al., 2000).

3.1.4. პროთეზთან დაკავშირებული პრობლემებიც ასევე ძალიან ხშირია სიმსივნის შორსწასული ფორმებით დაავადებულთა შორის. ისინი, სხვადასხვა სუბიექტური ჩივილის სახით ვლინდება პაციენტთა 45-86% -ში. ამასთანავე ამ ჩივილების ობიექტური საფუძველი ნანახია - 57-83% (Gordon et al., 1985, Aldred et al., 1991, Jobbins et al., 1992).

ძირითად პრობლემას წარმოადგენს პროთეზის შეუთავსებლობა (დისკომფორტი, წყლულების გაჩენა და საკვების ნარჩენების შეღწევა პროთეზის ქვეშ). პალიატიურ პაციენტებს შორის ასევე ხშირია პროთეზთან დაკავშირებული სოკოვანი ინფექცია (პროთეზით გამოწვეული სტომატიტი, ანგულარული სტომატიტი და სხვ.).

პროთეზით გამოწვეული სტომატიტი აღინიშნება 12.5%-ში, ანგულარული ქეილიტი - 5% -ში, ხოლო ორივე ერთად -3,5% -ში(Davies AN, 2006).

3.1.5. გულისრევა და ლებინება პალიატიური მზრუნველობას დაქვემდებარებულ პაციენტებში არც თუ ისე იშვიათი მოვლენაა. ის ძირითადად გამოწვეულია ქიმიოთერაპიით, ელექტროლიტური დისბალანსით, პანკრეატიტით, ასევე ოპიოიდური მედიკამენტებით. კიბოს ტერმინალური სტადიით შეპყრობილი პაციენტები, რომლებიც ვერ იკვებებიან კარგად, არიან წონაში კლებისა და დეჰიდრატაციის კანდიდატები (Wiseman M., 2006).

თუ შევაჯამებთ ზემოთქმულს, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ქსეროსტომია, ორალური ინფექციები, გემოს დარღვევა და სხვა, ძალიან გავრცელებულია პალიატიურ პაციენტებს შორის. ამ პათოლოგიებს მივყავართ კვებით და კომუნიკაციურ პრობლემებამდე, რაც შესამჩნევად აზიანებს სიცოცხლის ხარისხს. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, პირის ღრუს პრობლემების მნიშვნელობის სწორად გააზრება და ყურადღების დაფოკუსება პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე, რაც თავის მხრივ, იქნება დამატებითი ბერკეტი სიცოცხლის ხარისხის შენარჩუნებისათვის.

3.2. პირის ღრუს ასაკობრივი ცვლილებები

პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნება საკმაოდ რთულია მოხუცებში, იმის გათვალისწინებით, რომ მოხუცები ფიზიკური თუ მენტალური მდგომარეობის გამო ნაკლებად იჩენენ ინტერესს სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ (Razak PA et al., 2014).

ადექვატური კვება მოხუცთა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფაქტორია. არასათანადო კვებას შეუძლია ფიზიკური და მენტალური დეგენერაციის დაჩქარება. პირის ღრუს ცუდი მდგომარეობა კი გადამწყვეტი ფაქტორია კვებით სტატუსისა და, შესაბამისად, ჯანმრთელობისთვის. კბილების ტკივილი, უკმარისობა (ნაკლებობა) ან ცუდი (შეუსაბამო) პროთეზი, როგორც წესი, ამცირებს კვების სურვილს, ართულებს ღეჭვას და იწვევს საკვების გემოს აღქმის დაქვეითებას (Razak PA et al., 2014).

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მოხუცთა სტომატოლოგიური „ზედამხედველობის“/მომსახურების გაძლიერებით შეიძლება გაიზარდოს მათი პირის ღრუს ჯანმრთელობის და, შესაბამისად, სიცოცხლის ხარისხი.

3.2.1. ასაკობრივი ქსეროსტომია

ასაკთან ერთად ქვეითდება სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციაც. ჯირკვლების ქსოვილში ვითარდება ცვლილებები, რაც იწვევს ჯირკვლოვანი ეპითელიუმის დეგენარეციას და შესაბამისად ნერწყვის რაოდენობრივ კლებას (Vissink A. et al., 1996). „პირის სიმშრალე“ მოხუცთა ერთ-ერთი მახასიათებელი სიმპტომია. გამომდინარე იქიდან, რომ ნერწყვი ახდენს პირის ღრუს, ზედა სასუნთქ გზების და საჭმლის მომნელებელ ტრაქტის ინფექციის პრევენციას, მის შემცირებას შეიძლება ბევრი პათოლოგია მოყვეს (Holm-Pedersen P. et al., 2015). დადასტურებულია, რომ პირის სიმშრალეს თან ერთვის კარიესის გააქტიურება, რაც თავის მხრივ, დამატებით დისკომფორტს (ტკივილის ჩათვლით) იწვევს (Holm-Pedersen P. et al., 2015).

ქსეროსტომია ხანდაზმულებში ყველაზე ხშირი და ნაკლებად ნამკურნალები დაავადებაა. ნერწყვის გამოყოფის შემცირება ძირითადად სხვადასხვა მედიკამენტების მიღების გვერდითი ეფექტაცაა (Van der Putten GJ et al., 2014). მაგალითად, პალიატიური პაციენტები ხშირად ღებულობენ დამხმარე წამლებს: კიბოსსაწინააღმდეგო (მათ შორის ქიმიოთერაპიული საშუალებების), ანტივირუსული, ანტიდეპრესანტების და ანტიქოლინერგული წამლების ჩათვლით. ყველა მათგანს შეუძლია ქსეროსტომიის დამძიმება. პირის სიმშრალე არ არის მხოლოდ ერთი სიმპტომი, მას შეუძლია გამოიწვიოს სხვა გვერდითი ეფექტები, როგორცაა კარიესი, გემოს დარღვევა, მუკოსიტები(ლორწოვანის ანთება), ღეჭვის პრობლემა, დისფაგია და მეტყველების პრობლემები. ასე რომ, პირის სიმშრალის დროული შემჩნევა თავიდან აგვაცილებს პირის ღრუს სხვა პრობლემებს (Chihara S., 2001).

3.2.2. ლორწოვანი გარსის ასაკობრივი ცვლილებები

პირის ღრუს ლორწოვან გარსს აკისრია განსაკუთრებული დამცველობითი ფუნქცია, რომლის ხარისხიც კორელაციაშია ზოგად ჯანმრთელობასთან და, შესაბამისად, სიცოცხლის ხარისხთან. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დამცველობითი ბარიერული ფუნქციის დაქვეითება შეიძლება გახდეს სხვადასხვა

პათოგენების და ქიმიური აგენტების უშუალო ზემოქმედების მიზეზი მისგან გამომდინარე შედეგებით (Holm-Pedersen P. et al., 2015).

კვლევები ადასტურებს, რომ ასაკის მატებასთან ერთად პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი თხელდება და გლუვდება, კარგავს ელასტიკურობას და „ხაოიან“ შეხედულებას (Papap AS et al., 1991).

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დამატებით დამაზიანებელ ფაქტორად გვევლინება პროთეზები, განსაკუთრებით მათი არასწორი მოხმარების დროს (Papap AS et al., 1991).

ბევრ უკბილო მოხუცს ჰგონია, რომ რადგან მას არც ერთი კბილი აღარ აქვს პირის ღრუ მოვლას აღარ საჭიროებს. პროთეზირებულ მოხუცებს უნდა ვასწავლოთ პროთეზებისა და მათი ლოკაციის ადგილის მოვლა. ქსოვილები შეიძლება დაიზოგოს თუ თავს ავარიდებთ პროთეზების მუდმივად ტარებას. მნიშვნელოვანია მისი ამოღება ღამით. პროთეზის ქვეშ არსებული ქსოვილების მასაჟი და წმენდა დღეში ერთხელ აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას და აჯანსაღებს ქსოვილებს.

ნაწილობრივი და სრული პროთეზების მატარებელ მოხუცებს უნდა ვასწავლოთ პროთეზების სწორი მოვლა. სპეციალურ ხსნარებში პროტეზების გასუფთავება გამართლებული მეთოდია. ხსნარში ჩადების წინ და შემდეგ უნდა გაიწმინდოს პროთეზი ჯაგრისით და გაირეცხოს გამდინარე წყალში (Razak PA et al., 2014).

3.2.3. ასაკობრივი ცვლილებები მაგარ ქსოვილებში

მოხუცებს მნიშვნელოვანი ცვლილებები აღენიშნებათ კბილის მაგარ ქსოვილებში. დენტინი განიცდის ფიზიოლოგიურ ცვლას; თუმცა, ასეთ ცვლას ნაკლებად ექვემდებარება მინანქარი (Papap AS et al., 1991).

მოხუცებში იცვლება კბილის ფერი, იკარგება გამჭვირვალობა, ჩნდება სხვადასხვა ტიპის პიგმენტაციები. პიგმენტაციას აძლიერებს არასათანადო ჰიგიენური მოვლა, რაც მოხუცებში ხშირია მათი ფიზიკური და/ან მენტალური სტატუსის გამო (Papap AS et al., 1991).

ცვლილებები დენტინში ძირითადად გამოწვეულია იონების ტრანსპორტის მექანიზმის დარღვევით. დენტინში ძირითადად 2 ტიპის ცვლილება ხორციელდება: 1. მეორადი დენტინის წარმოქმნა (Papap AS et al., 1991; Philippas GG et al., 1966).

2. დენტინური არხების ობტურაცია (Papap AS et al., 1991; Philippas GG et al., 1966).

პულპის ღრუც ხშირად განიცდის რედუქციას, რაც შეიძლება მისი სრული ობტურაციითაც დასრულდეს. ცემენტის სინთეზის ინტენსივობა მცირდება, თუმცა, ზოგჯერ ჰიპერცემენტოზის განვითარებაც არ არის გამორიცხული. ყველა ამ ცვლილების გათვალისწინება აუცილებელია საპროთეზო სამუშაოების, სარესტავრაციო და საპრეპარაციო სამკურნალო ზემოქმედების დაგეგმვისა და განხორციელებისათვის (Suresh R., 2006).

ასაკთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური ცვლილებები მოქმედებს პირის ღრუს **რბილ და მაგარ ქსოვილებზე** (Buser R. et al., 2018). მსოფლიო მასშტაბით ბევრი მოხუცი განიცდის **ტკივილს და დისკომფორტს**, რაც ძირითადად გამოწვეულია კარიესით, კბილის დაკარგვით, პაროდონტის დაავადებებით, პირის სიმშრალით და პირის ღრუს ონკოლოგიური დაავადებებით. პირის ღრუს დაავადებები უფრო ხშირია ცუდი ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე მოხუცებში (Madiloggovit J. Et al., 2016).

კარიესი და კბილის დაკარგვა ფართოდაა გავრცელებული ხანდაზმულ პაციენტებს შორის (Gil-Montoya JA et al., 2015). ამის ძირითადი მიზეზია კბილის ქსოვილების დემინერალიზაცია, აგრეთვე, სხვადასხვა მედიკამენტოზური მკურნალობა, რაც ქსეროსტომიას იწვევს. მოხუცებისთვის უფრო დამახასიათებელია ფესვის კარიესი, ვიდრე გვირგვინის (Wyatt CC et al., 2014). ეს თავის მხრივ უკავშირდება ღრძილების ასაკობრივ რეცესიას (Thomson WM et al., 2004). **კბილის დაკარგვა**, როგორც წესი, კარიესის და პაროდონტის დაავადების არასწორი ან არასრული მკურნალობის შედეგია. კარგი **ლექსითი პროცესისთვის** აუცილებელია, როგორც მინიმუმ, 10 ანტაგონისტი წყვილი კბილის არსებობა (Gil-Montoya JA et al., 2015).

3.2.4. პაროდონტის დაავადებები

პაროდონტის დაავადებები ყველაზე გავრცელებულია პათოლოგიური კბილების მქონე მოხუცებს შორის. რამდენიმე ეპიდემიოლოგიური კვლევა ადასტურებს, რომ პაროდონტის დაავადებების გავრცელება და სიმძიმე მატულობს ასაკთან ერთად (Suresh R., 2006; Otomo-Corgel J. Et al., 2012; Cullinan MP et al., 2013).

პაროდონტის დაავადებებში ერთიანდება პაროდონტის ქსოვილებში მიმდინარე ყველა პათოლოგიური პროცესი (Tsitaishvili L. Et al., 2015). პაროდონტის

დაავადება ასაკთან შეჭიდულ დაავადებად მიიჩნევა. პაროდონტის ქსოვილებში მიმდინარე ცვლილებები აზიანებს კბილის კბილბუდეში მაფიქსირებელ იოგებს, რის გამოც სუსტდება კბილის ფიქსაცია (Murray W. et al., 2014).

პაროდონტის დაავადებები მოხუცებში არ წარმოადგენს რაიმე სპეციფიურ დაავადებას, ის არის პაროდონტის ქსოვილებში მიმდინარე ასაკობრივი ცვლილებების შედეგი. ეს შეიძლება იყოს გამოწვეული პაროდონტის ქსოვილებზე ნადების დიდი ხნის მანძილზე ექსპოზიციითაც (Suresh R., 2006). ბევრ ქვეყანაში მოხუცთა 50%-ზე მეტი უკბილოა, შესაბამისი პროთეზირების გარეშე (Holm-Pedersen P. et al., 2015). ამას განსაზღვრავს სისტემური და ლოკალურ ფაქტორები, რომელთა შორისაც უნდა გამოიყოს:

1. ასაკთან დაკავშირებული დამაუძღურებელი დაავადებები, რომლის გამოც (შედეგადაც) მოხუცები ხშირად სრულიად უგულვებელყოფენ პირის მოვლას და პროთეზირებას. ხდება პროთეზირების „გადავადება“ გამოჯანმრთელებამდე. ქრონიკული დაავადების მატარებელი პაციენტებისათვის კარიესის და პაროდონტის დაავადებების კონტროლი ფრიად აქტუალურია (Papap AS et al., 1991).
2. ნეირო-ფიზიოლოგიური ცვლილებები: ასაკის მატებასთან ერთად ხდება ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური ელემენტების დეგენერაცია, რაც ამცირებს კუნთების ადაპტაციას ახალი მოძრაობებისადმი, რაც აუცილებელია პროთეზირების შემდეგ. ეს ართულებს პროთეზების ადექვატურად მორგებას და ხშირად ხდება დამზადებული პროთეზის გამოყენებაზე უარის თქმის საფუძველი (Razak PA et al., 2014).
3. ადექვატურ პროთეზირებას ართულებს მოხუცთა მენტალური სტატუსის დაქვეითება: პაციენტები ხშირად ვერ იძლევიან ადექვატურ პასუხს პროთეზირებისას, შესაბამისად, შედეგის მიღწევა ხდება „ბრმად“ და ამის გამო, ხშირ შემთხვევაში შეუსაბამოა Razak PA et al., 2014).
4. პირის ღრუს ფიზიოლოგიური ცვლილებები: საღეჭი, ლოყებისა და ტუჩების კუნთების პროგრესული ატროფია, რაც დამახასიათებელია მოხუცებისთვის. პროთეზის ტარებისას ეს პროცესები პროგრესირებს. საღეჭი კუნთების ატროფია მოქმედებს ღეჭვით ეფექტურობაზე, რაც ვერ სწორდება ორთოპედიული მკურნალობით და აუცილებელი ხდება დიეტის შეცვლა Razak PA et al., 2014).

მოხუცთა სხვადასხვა დავადების და მდგომარეობის ფონზე პირის ღრუს არადაამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა საზოგადოების ერთ-ერთ ძირითად პრობლემად რჩება.

ამასთანავე, დადასტურებულია, რომ **პაროდონტის დაავადებები** მოხუცების ყველაზე გავრცელებული პირის ღრუს დაავადებებია საქართველოში. ისინი კბილების დაკარგვის ძირითადი მიზეზებია მოხუცებში (Puturidze S. et al., 2019). წლების მატებასთან ერთად ადამიანი ხდება უძლური და სხვისი მხრიდან მოვლას და მხარდაჭერას საჭიროებს, ამ დროს თავის მოვლა და პირის ღრუს მოვლა, კბილების გამოხეხვა, ჰიგიენის დაცვა, პროთეზების მოვლა ან სტომატოლოგის გეგმიური ვიზიტები ვერ ხერხდება ან გაძნელებულია (Hoeksema AR et al 2017).

პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა ხელს უწყობს მიკრობების დაგროვებას, რაც ღრძილების ანთებას იწვევს. თუ ღრძილების ანთება დროულად არ იქნება ნამკურნალები, მაშინ ის განაპირობებს პათოლოგიური ჯიბეების წარმოქმნას (კბილის ფესვსა, ღრძილსა და ძვალს შორის), რომელთანაც მუდმივად ხდება სისხლში მიკრობთა გადასვლა (შედწევა) (Cotič J, et al., 2017).

ამდენად, **ლოკალური პერიოდონტალური ინფექცია**, თავის მხრივ, წარმოადგენს სხვადასხვა სისტემური დაავადებების რისკ-ფაქტორს, როგორცაა კარდიოვასკულარული დაავადებები, დიაბეტი, თირკმლების უკმარისობა, დემენცია და ა.შ. (Miyazaki H. Et al., 2017; Delwel S. et al., 2018; Ogawa T. et al., 2018).

პაროდონტის დაავადებები გამოიხატება ტკივილით, კბილების მორყევით და საბოლოოდ, მათი დაკარგვით (Jang E-J et al., 2015).

საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში გამოკვლეულ 843 მოხუცს შორის 61%-ს დაუფიქსირდა პაროდონტის სხვადასხვა დაავადება, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია. მხოლოდ 6,3% აღმოჩნდა ჯანმრთელი პაროდონტით (Puturidze S. et al., 2019). აღნიშნული კვლევის თანახმად, რეგიონების მიხედვით პერიოდონტის მდგომარეობის მაჩვენებლები გადანაწილდა შემდეგნაირად (ცხრილი N1).

ცხრილი N1. პაროდონტის დაავადებების გადაწევა რეგიონების მიხედვით საქართველოში

	აჭარა	იმერეთი	გურია	სამეგრელო	კახეთი	სამცხე-ჯავახეთი	ქართლი	რაჭა-ლეჩხუმი	მცხეთა-მთიანეთი	თბილისი
ჯანმრთელი	3,2	5,4	2,7	4,8	5,2	4,9	2,2	4,7	4,3	6,1
არაჯანმრთელი	53,4	73	50,7	49	56,7	52,1	65,9	57,3	60,7	48,2

კვლევებმა აჩვენა, რომ უკბილობა (ადენტია) იყო კვების პროცესის დარღვევის ძირითადი მიზეზი ხანდაზმულებში (Yoshida M. et al., 2014). ბუნებრივი კბილების ნაკლებობა და პროთეზების ტარება ამცირებს ძნელად დასაღეჭ საკვების მიღების შესაძლებლობას, მაგ., ბოსტნეულის, ხილის, ხორცის (Puturidze S. et al., 2018 Feb:17-21).

პირის ღრუს ჰიგიენა მოქმედებს გემოზე, მადაზე და საერთო ჯამში კვებაზე (Madilogovit J. et al., 2016; El-Sherbiny NA et al., 2016).

საქართველოშიც კბილის დაკარგვის ძირითადი მიზეზი კარიესი და პაროდონტის დაავადებებია (Makhviladze G. et al., 2016).

პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა ცუდად მოქმედებს ორგანიზმის საერთო მდგომარეობასა და სიცოცხლის ხარისხზე (Puturidze S. et al., 2018; Masood M. Et al., 2017). პირის ღრუს შეუძლია გავლენა იქონიოს ყოველდღიურ აქტივობებზე, როგორცაა ღეჭვა, გემოს შეგრძნება, მეტყველება და, შესაბამისად, სოციალური ფუნქციონირება (Preshaw PM et al., 2011). პაროდონტის ქსოვილების ჯანმრთელობის შენარჩუნება მოხუცებში წარმოადგენს ნორმალური კვების, კომფორტის და სოციალური ინტერაქციის საწინდარს (Gil-Montoya JA et al., 2015; Van Der Putten GJ et al., 2013).

პირის ღრუს მზრუნველობა ინტეგრირებული უნდა იყოს ჯანმრთელობაზე საერთო მზრუნველობასთან (Chávez EM et al., 2018). მოხუცებში პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის საჭიროა პირის ღრუს მდგომარეობის სათანადო შეფასება. შესაცვლელია ვითარება, როდესაც მოხუცთა პირის ღრუსმხრივი პრობლემების მოგვარება ძირითადად აუცილებლობის შემთხვევაში ხდება (გადაუდებელი შემთხვევა). ამ თვალსაზრისით, მისასალმებელი იქნებოდა მოხუცების საშინაო სტომატოლოგიური მომსახურების სისტემის დანერგვა, რასაც რეკომენდაცია ეწევა მკვლევართა ნაწილის მიერ (Petersen PE et al., 2005), თუმცა ისიც

დადასტურებულია, რომ ასეთი მოდელის ამოქმედება რთული მისაღწევი იქნება ბევრ ქვეყანაში (Petersen PE et al., 2005).

არსებობს დადასტურებული მეცნიერული მტკიცებულება პაროდონტის დაავადებებსა და სხვა სისტემური დაავადებებს შორის კორელაციების თაობაზე (van der Putten GJ et al., 2014). ცუდი ჰიგიენა იწვევს მიკრობების რაოდენობის ზრდას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს ღრძილების სხვადასხვა ანთებით დაავადებებს, შედეგად კი ვღებულობთ კბილის რყევას და ექსტრაქციის საჭიროებას (Gil-Montoya JA et al., 2015).

საქართველოში 2017-2018 წლებში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, რომლის დროსაც გამოკვლეული იქნა 65 წელს ზემოთ ასაკის 300 პირი, დაფიქსირდა შემდეგი მონაცემები:

- ორთოპედიული მკურნალობა ესაჭიროებოდა 91,1%-ს;
- სრული ადენტია აღინიშნა 36,2%-ის შემთხვევაში;
- 20 ზე მეტი კბილის დანაკლისი აღინიშნა - 81,3% -ში;

პაციენტების კმაყოფილება სხვადასხვა ორთოპედიული კონსტრუქციებით - ძალიან დაბალი იყო.

ის გარემოება, რომ პირის ღრუს მდგომარეობა მოქმედებს საერთო ჯანმრთელობაზე და ყოველდღიურ აქტივობებზე, სათანადოდ არ არის გააზრებული მედიცინის მიერ (Serpa MJ et al., 2015).

გერონტოლოგების და ჯანდაცვის წარმომადგენლების ძალისხმევის ინტეგრაცია ფრიად მნიშვნელოვანია ისეთი მოდელის ჩამოსაყალიბებლად, რომელიც სიცოცხლის ხანგრძლივ გზაზე პირის ღრუს კარგი მდგომარეობის შენარჩუნების გარანტი იქნება (Puturidze S. et al., 2018).

მასალა და მეთოდები

ნაშრომი წარმოადგენს ორი წინასწარ შერჩეული ჯგუფის - ღრმად მოხუცებულთა და ონკოინკურაბელური ავადმყოფების - პროსპექტულ კვლევას, რომლებშიც გამოყენებულია ანკეტური გამოკითხვის, ინტერვიუს და მკვლევარის

მიერ კვლევის მონაწილეთა გასინჯვის (ობიექტური გამოკვლევის) მეთოდები და მოპოვებული შედეგების შედარებითი ანალიზი.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კვლევა მიზნად ისახავდა პასუხი გაგვეცა შემდეგ სამ კითხვაზე:

- რამდენად აწუხებთ პირის ღრუს პრობლემები ონკონკურაბელურ პაციენტებს და მოხუცებს მათი საერთო ჩივილების ფონზე?

- რამდენად შეესაბამება ონკო-ინკურაბელური პაციენტის, ან მოხუცის, პირის ღრუსმხრივი ჩივილები ექიმ-სტომატოლოგის მიერ მათი პირის ღრუს გამოკვლევისას დადგენილ და შეფასებულ რეალობას?

- რამდენად მართვადაა მოხუცთა და ონკონკურაბელურ პაციენტთა პირის ღრუს პათოლოგიები?

შერჩევის კრიტერიუმები მოხუცთათვის იყო:

- ასაკი - 85 წელი ან მეტი;
- სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემზღუდავი დაავადების (მაგალითად, კიბოს) არარსებობა;
- ადეკვატური კოგნიტური ფუნქცია (დადასტურებული ოჯახის ექიმის მიერ);

შერჩევის კრიტერიუმები კიბოს შორსწასული ფორმით დაავადებული ინკურაბელური პაციენტებისათვის იყო:

- ზრდასრული ასაკი (რათა გამოირიცხოს პედიატრიული პალიატიური მზრუნველობა);
- პალიატიურ მზრუნველობის ქვეშ ყოფნა;
- ასევე კოგნიტივობა ან ქართული ენის ცოდნა;
- სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის თაობაზე პროგნოზის ცოდნა.

კვლევაში მონაწილე ყველა ინდივიდს უნდა შეძლებოდა საუბარი ქართულ ენაზე; ასევე, მათ ფიზიკურ მდგომარეობას და ნევროლოგიურ სტატუსს უნდა მიეცა კითხვის სწორად გაგების და ინტერვიუში მონაწილეობის საშუალება; ასევე მათ უნდა ჰქონოდათ „ინფორმირებული თანხმობის“ ფორმის გაცნობის და მასზე დათანხმების ან უარის თქმის შესაძლებლობა.

კვლევიდან ამორიცხვის კრიტერიუმი იყო:

- ქართული ენის არცოდნა ან არასრულყოფილად ცოდნა;
- არაადეკვატური ცნობიერება.

კვლევაში მონაწილეობდნენ:

- მოხუცები, რომლებიც შერჩეულნი იქნენ „შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით“ ქალაქ ბათუმსა და მიმდებარე რაიონებში (აჭარის რეგიონი);
- ონკონკურაბელური პაციენტები ქალაქ ბათუმიდან და მიმდებარე რაიონებიდან (აჭარის რეგიონი), რომლებიც ინტეგრირებულ პალიატიურ მკურნალობას (მზრუნველობას) გადიოდნენ ბათუმის ონკოლოგიურ დეპარტამენტში (ბათუმის მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალის კლინიკა „მედცენტრი“) 2017 წლის 10 იანვრიდან 2018 წლის 30 ნოემბრამდე.

კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებულ იქნა ანკეტა-კითხვრი, რომლის პირველ ნაწილს კვლევაში ჩართული პირები პასუხობდნენ შეთავაზებული ვერსიებიდან ერთ-ერთის უბრალო შემოხაზვის გზით. ანკეტა-კითხვრის პირველი ნაწილი წარმოდგენილია ცხრილის სახით (ცხრილი N2).

ანკეტა-კითხვარის შევსების შემდეგ ხდებოდა კვლევაში ჩართული პირის გაღრმავებული გამოკითხვისას მათ მიერ “პირის ღრუს პრობლემაზე“ მოწოდებული დამატებითი ინფორმაციის დაფიქსირება (ჩაწერა). ჩანაწერი შემდეგ იშიფრებოდა და ანკეტის მონაცემებთან ერთად ექვემდებარებოდა რაოდენობრივ და თვისობრივ ანალიზს.

ანკეტა-კითხვარის მეორე ნაწილს ავსებდა მკვლევარი - ექიმი სტომატოლოგი, კვლევაში ჩართული პირების ანკეტური მონაცემების და პირის ღრუს დათვალიერების შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე. პაციენტების პირის ღრუს დათვალიერება ხდებოდა პალატის ან სახლის პირობებში მედ.პერსონალის ან ოჯახის წევრების დახმარებით. საკვლევ ინსტრუმენტად გამოვიყენეთ ერთჯერადი შპადელი (ფითხი) ლოყის გასაწევად და ერთჯერადი სტომატოლოგიური სარკე დეტალური დათვალიერებისთვის. დამატებითი შუქის წყარო იყო სანათი(ფანარი).

ამასთანავე, თუ ანკეტის 1 ნაწილი იდენტური იყო მოხუცთათვის და ონკონკურაბელური პაციენტებისათვის, ანკეტის მეორე ნაწილი განსხვავდებოდა - გამოსაკვლევ კონტინგენტის სპეციფიკიდან გამომდინარე (ანკეტის მეორე ნაწილი მოხუცთათვის - წარმოდგენილია N3 ცხრილის სახით, ხოლო ანკეტის მეორე ნაწილი ონკონკურაბელური პაციენტებისათვის - N4 ცხრილის სახით).

ყველა ანკეტა-კითხვარი შედგენილი იყო ონკოლოგიის, პალიატიური მზრუნველობისა და სტომატოლოგიის საერთაშორისო ექსპერტების კონსულტაციებით და მათი უშუალო მონაწილეობით.

კითხვარის ვალიდურობის შესაფასებლად ჩატარდა პილოტური კვლევა. არჩეულ იქნა 6 ონკოინკურაბელური პაციენტი და 6 პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირი, რათა შემოწმებულიყო, თუ რამდენად გასაგები იყო მოწოდებული კითხვარები.

ცხრილი N2. ანკეტა-კითხვარის 1-ლი ნაწილი

1. დაავადების აღმოჩენის ან მკურნალობის შემდეგ აგელნიშნებათ თუ არა ცვლილებები თქვენს ცხოვრების ხარისხში?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
2. დაავადების აღმოჩენის ან მკურნალობის შემდეგ აგელნიშნებათ თუ არა ცვლილებები პირის ღრუში?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
3. გაქვთ თუ არა პირის სიმშრალე?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
4. გაქვთ თუ არა დისკომფორტი პირის ღრუში?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
5. ხომ არ შეგეცვალათ გემოვნების შეგრძნება პირის ღრუში?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
6. გიჭირთ თუ არა ლეჩვა?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელოდ	გ. საშუალოდ	დ. ძლიერ
7. გიჭირთ თუ არა ყლაპვა?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელოდ	გ. საშუალოდ	დ. ძლიერ
8. შეგექმნათ თუ არა სირთულეები მეტყველების დროს?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
9. მოგემატათ თუ არა პირში სიმჟავის შეგრძნება?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
10. გაწუხებთ თუ არა გულისრევა და ღებინება?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელოდ	გ. საშუალოდ	დ. ძლიერ
11. გაქვთ თუ არა პირის წვა?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
12. ხმარობთ თუ დენტალურ პროთეზს?			
ა. კი		ბ. არა	
13. რამდენად გაკმაყოფილებთ არსებული პროთეზი?			
ა. არა		ბ. კი	
14. გაქვთ თუ არა გამონაყარი პირის ღრუში?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
15. გრძნობთ თუ არა ტკივილს პირის ღრუში?			
ა. არა	ბ. უმნიშვნელო	გ. საშუალო	დ. ძლიერი
16. რამდენ პროცენტს მიაჩნჭებდით პირის ღრუს პრობლემებს თქვენი საერთო პრობლემების ფონზე?			
0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100			

ცხრილი N3. ანკეტა-კითხვარის მე2 ნაწილი მოხუცებისათვის

ანკეტა-კითხვარის მეორე ნაწილი მოხუცთათვის							
თარიღი:							
1.სახელი, გვარი:							
2.პირადი ნომერი:							
3.ასაკი:							
4.სოციალური მდგომარეობა:							
5.ასაკთან შეჭიდული ქრონიკული დაავადებები:							
6.რა მკურნალობა უტარდება ამჟამად?							
7.სუბიექტური ჩივილები:							
8. წითელი ყაეთნის და პირის კუთხეების მდგომარეობა: ნორმა, ნახეთქების არსებობა							
9. ლორწოვანის მდგომარეობა: ენის, ლოყის, სასის							
10.თანკბილვა: ორთოგნათიული, მეზიალური, დისტალური, ღია, ჯვარედინი, ღრმა							
11. ფორმულა:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px 5px;"> </td> <td style="padding: 2px 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px 5px;"> </td> <td style="padding: 2px 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8					
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8					
12. პროთეზის სახეობა: მოსახსნელი, მთლიანი ან ნაწილობრივი;							
13. რამდენად აკმაყოფილებს არსებული კონსტრუქცია: კი, არა							
14. პროთეზის არ არსებობა და მისი საჭიროება:							
15 .პირის ღრუს ჰიგიენის მდგომარეობა:							
16.პაროდონტის მდგომარეობა:							
შენიშვნა:							

ცხრილი N4. ანკეტა-კითხვარის მე2 ნაწილი ონკოინკურაბელური პაციენტებისათვის.

ანკეტა-კითხვარის მეორე ნაწილი ონკოინკურაბელური პაციენტებისათვის	
თარიღი:	
1.სახელი, გვარი:	
2.პირადი ნომერი:	
3.ასაკი:	
4.მისამართი:	
5.ტელეფონი:	
6.პროფესია და სამუშაო ადგილი:	
8.გადატანილი ან თანმხლები დაავადებები: ალერგია, ბავშვთა ინფექციურები, გულსისხლძარღვთა სისტემის, სასუნთქი გზების, კუჭ-ნაწლავის სისტემის, საშარდე სისტემის, ნერვული სისტემის, ენდოკრინული სისტემის	
შენიშვნა:	
9.ძირითადი დიაგნოზი:	
10.დაავადების ისტორია:	
11.ჩატარებული თერაპია: ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია, ქირურგია	
12.დაგეგმილი თერაპია: ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია, ქირურგია	

13.პირის ღრუს ანამნეზი (რამდენად აწუხებს პაციენტს არსებული ჩივილები და რამდენად უქვეითებენ ისინი რეალურად სიცოცხლის ხარისხს, ექიმის შეფასებით):							
- პირის სიმშრალე:							
- დისკომფორტი პირის ღრუში:							
- გემოვნების დაქვეითება:							
- ლეჩვის და ყლაპვის ფუნქციის გართულება:							
- მეტყველების გართულება:							
- ჭარბი მჟავიანობა:							
- ლორწოვანის დაავადებები (კანდიდოზი, სტომატიტი და ა.შ):							
შენიშვნა:							
14.გარეგანი დათვალიერება:							
სახის კანის ფერი:							
სიმეტრია:							
სიმსივნული წარმონაქმნები:							
რეგიონალური ლიმფური კვანძები: გაზრდილი, მტკივნეული, მოძრავი:							
წითელი ყაეთნის და პირის კუთხეების მდგომარეობა: ნორმა, ნახეთქების არსებობა							
ლორწოვანის მდგომარეობა: ენის, ლოყის, სასის							
15.თანკბილვა: ორთოგნათიული, მეზიალური, დისტალური, ღია, ჯვარედინი, ღრმა							
შენიშვნა:							
16. ფორმულა:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px 5px;"> </td> <td style="padding: 2px 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px 5px;"> </td> <td style="padding: 2px 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8					
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8					
პროთეზის სახეობა: მოსახსნელი, მთლიანი ან ნაწილობრივი;							
რამდენად აკმაყოფილებს არსებული კონსტრუქცია: კი, არა							
პროთეზის არ არსებობა და მისი საჭიროება:							
17.პირის ღრუს ჰიგიენის მდგომარეობა: კარგი, ნორმალური, ცუდი, როგორ უვლის პირის ღრუს							
18.პაროდონტის მდგომარეობა: გინგივიტი, პაროდონტიტი, პაროდონტოზი							
შენიშვნა:							

პილოტურ კვლევაში მონაწილე 12-ივე პირმა დამაკმაყოფილებლად გაართვა თავი კითხვარის პირველ ნაწილს და ასევე დამაკმაყოფილებლად ითანამშრომლა ექიმ-სტომატოლოგთან ანკეტის მე-2 ნაწილის შევსების პროცესში. აღნიშნულის გათვალისწინებით ანკეტები ჩაითვალა ვალიდურად.

კვლევის შედეგები დაექვემდებარა ხარისხობრივ და რაოდენობრივი ანალიზს. ეს უკანასკნელი განხორციელდა აღწერილობითი სტატისტიკის გამოყენებით, ზოგი მონაცემის შედარებისათვის გამოყენებული იქნა Fisher-ის ზუსტი ტესტები.

ონკოინკურაბელურ პაციენტთა ჯგუფში გამოკვლეულ იქნა 20-დან 75 წლამდე ასაკის 50 ონკოინკურაბელური პაციენტი, მათ შორის 20 ქალია და 30 მამაკაცი, მონაცემები დავაჯგუფეთ პაციენტთა სქესის და 3 ასაკობრივი ჯგუფის (20-44 წ., 45-64

წ., 65 წელი და მეტი) მიხედვით მათი ასაკობრივი განაწილება წარმოდგენილია ცხრილში N5.

მოხუცთა ჯგუფში გამოკვლეული იქნა 85წლის და მეტი ასაკის 56 პირი, მათ შორის 33 ქალი და 23 მამაკაცი (ცხრილი N6).

ონკოინკურაბელური 50-ივე პაციენტის დიაგნოზი წარმოდგენილია ცხრილში N7.

ცხრილი N5. ონკოინკურაბელური პაციენტების სქესის და ასაკის მიხედვით

ასაკი	მამაკაცი	ქალი
20-44 წ.	3	3
45-64წ.	9	5
65 და მეტი	18	12

ცხრილი N 6. 85 წლის და მეტი ასაკის პაციენტები სქესის და ასაკის მიხედვით

ასაკი	მამაკაცი	ქალი
85	3	8
86	3	6
87	5	1
88	2	1
89	1	2
90	2	1
91	1	1
92	1	1
93	-	4
94	-	1
95	1	1
96	-	2
97	2	-
98	-	3
99	1	1
108	-	1

ცხრილი N7. სიმსივნის ლოკალიზაციის გადანაწილება სქესის მიხედვით

დიაგნოზი		რაოდენობა	
		ქალი	მამაკაცი
1	ბრონქებისა და ფილტვების ავთვისებიანი სიმსივნე	2	15
2	სარძევე ჯირკვლის სადინაროვანი კარცინომა	5	
3	პროსტატის ადენოკარცინომა		3
4	საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნე	3	
5	პანკრეასის თავის ავთვისებიანი სიმსივნე	1	1
6	სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნე	1	1
7	ფოლიკულური ლიმფომა	1	1
8	შარდის ბუშტის ავთვისებიანი სიმსივნე		3
9	საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნე	5	
10	ენის გვერდითი ზედაპირის ავთვისებიანი სიმსივნე	1	
11	კანის ავთვისებიანი მელანომა		1
12	ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნე	1	
13	არაჰოჯკინის ლიმფომა		1
14	შემაერთებელი და რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნე (მიქსოსარკომა)		1
15	თირკმლის ავთვისებიანი სიმსივნე		1
16	კაპოშის სარკომა		1
17	კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნე		1
სულ		20	30

50 პაციენტიდან 33-ს სხვადასხვა დროს ჩატარებული ჰქონდა სხვადასხვა მკურნალობა. 21-ს ჰქონდა ჩატარებული კომპლექსური მკურნალობა: 3 პაციენტს ოპერაცია, სხივური თერაპია და ქიმიოთერაპია, 2-ს ოპერაცია და სხივური თერაპია, 9-ს - ოპერაცია და ქიმიოთერაპია, ხოლო 7 პაციენტს - ქიმიო და სხივური თერაპია.

კვლევის პერიოდისათვის აღნიშნული ეს 33 პაციენტი აღარ ექვემდებარებოდა ონკომკურნალობას რადიკალურ ან პალიატიურ რეჟიმში და იმყოფებოდა სიმპტომური მკურნალობის და პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ სტაციონარში ან ბინაზე.

17 პაციენტს დიაგნოზი დაესვათ მოგვიანებით, მე-4 სტადიაში. დაავადების სიმძიმის გამო უარი ეთქვათ მკურნალობის რადიკალურ მეთოდებზე და გადაყვანილი იყვნენ მე-4 კლინიკურ ჯგუფში. პაციენტთა ეს ჯგუფი პირდაპირ დაექვემდებარა პალიატიურ მზრუნველობას.

სიმსივნის ლოკალიზაციის ადგილს პირის ღრუ წარმოადგენდა მხოლოდ ერთი პაციენტისათვის.

შედეგები

1. ონკოპაციენტების გამოკვლევა

ონკოინკურაბელური პაციენტების მიერ შევსებული ანკეტა კითხვარის 1-ლი ნაწილის მონაცემები წარმოდგენილია N8 ცხრილის სახით, ხოლო ჩვენს (ექიმ-სტომატოლოგის) მიერ პაციენტების ფიზიკური გამოკვლევის შედეგად მიღებული, აგრეთვე მათი ავადმყოფობის ისტორიიდან აღებული მონაცემები წარმოდგენილია N10 ცხრილის სახით; ამასთანავე, ცხრილებში ეს მონაცემები დაჯგუფებულია პაციენტთა სქესის და ასაკის გათვალისწინებით. გამოყოფილია 3 ასაკობრივი ჯგუფი - 1) 20-44 წ., 2) 45-64 წ., და 3) 65 წელი და მეტი.

პაციენტებისა და ექიმი-სტომატოლოგის მიერ შესავსებ ანკეტა-კითხვარებს შორის იყო მსგავსი (გადამკვეთი) კითხვები. მიღებული მონაცემების ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ ექიმის მიერ დაფიქსირებული სურათი უფრო მძიმეა, ვიდრე ამას მიუთითებენ პაციენტები თვითშეფასებისას.

მიღებული სურათის უკეთ გააზრებისთვის შესადარებელი მაჩვენებლები წარმოვადგინეთ ცხრილების სახით და მოცემული ცხრილების მიხედვით გაკეთდა შემდეგი სტატისტიკური ანალიზი: კატეგორიული ცვლადები წარმოდგენილია რაოდენობის (პროცენტი) სახით. მათ შესადარებლად გამოყენებულ იქნა χ^2 ან ფიშერის (Fisher) ზუსტი ტესტი საჭიროებისამებრ. ყველა P - მაჩვენებელი იყო

ორმხრივი და მნიშვნელობების დონე იყო დაყენებული 0,05-ზე. სტატისტიკური ანალიზი განხორციალდა პროგრამა SAS 9.2 მეშვეობით (ცხრილი N11).

გამოკვლევული 50 პაციენტიდან 31-ს (62%) აღნიშნებოდა თანმხლები დაავადებები. მათგან 17 პაციენტს (55%) აღნიშნებოდა 2 და მეტი თანმხლები დაავადება.

33 პაციენტს სხვადასხვა დროს ჩატარებული ჰქონდა სხვადასხვა მკურნალობა. 21-ს ჰქონდა ჩატარებული კომპლექსური მკურნალობა: 3 პაციენტს ოპერაცია, სხივური თერაპია და ქიმიოთერაპია, 2-ს - ოპერაცია და სხივური თერაპია, 9-ს - ოპერაცია და ქიმიოთერაპია, ხოლო 7 პაციენტს - ქიმიო და სხივური თერაპია.

კვლევის პერიოდისთვის აღნიშნული ეს 33 პაციენტი აღარ ექვემდებარებოდა ონკომკურნალობას რადიკალურ რეჟიმში და იმყოფებოდა სიმპტომური მკურნალობის და პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ სტაციონარში ან ბინაზე.

17 პაციენტს დიაგნოზი დაესვათ მოგვიანებით, მე-4 სტადიაში. დაავადების სიმძიმის გამო უარი ეთქვათ მკურნალობის რადიკალურ მეთოდებზე და გადაყვანილი იყვნენ მე-4 კლინიკურ ჯგუფში. პაციენტთა ეს ჯგუფი პირდაპირ დაექვემდებარა პალიატიურ მზრუნველობას.

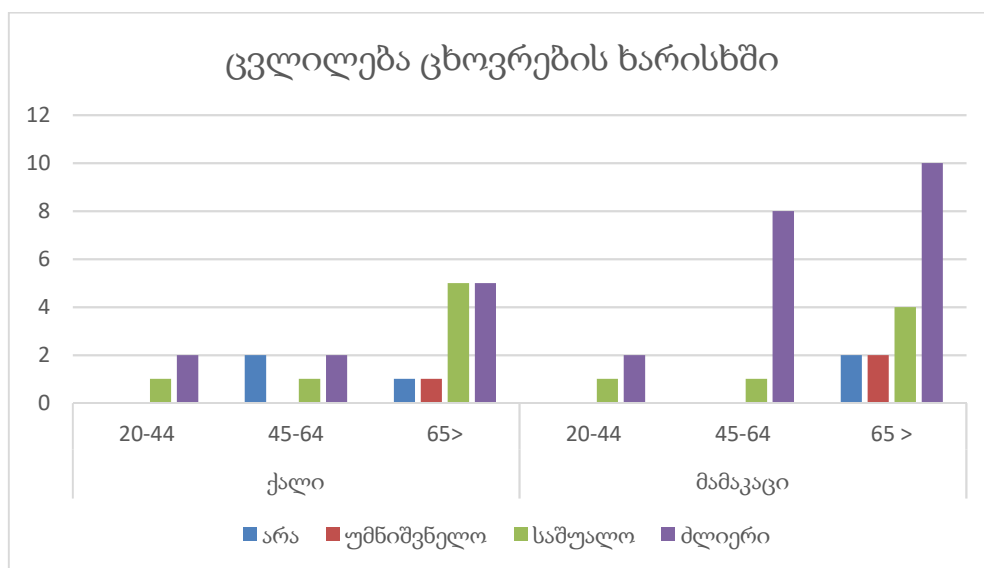
50 ონკონკურაბელური პაციენტიდან 45 (90%) აღნიშნავს რომ დაავადების აღმოჩენის შემდეგ მათი ცხოვრების ხარისხი შეიცვალა, მათი ჩვეული რითმი დაირღვა. 5 პაციენტი (10%) უარყოფს რაიმე ცვლილებას. მათ შორის, ვინც თვლის, რომ დაავადებამ შეცვალა მათი ცხოვრების ხარისხი, 3 (6%) თვლის, რომ ეს ცვლილება უმნიშვნელოა, მაშინ, როდესაც 13 პირი (26%) ცხოვრების ხარისხის საშუალო, ხოლო 29 პირი (58%) ძლიერ ცვლილებაზე მიუთითებს. ამ 42 პაციენტს (13+29) შორის, 26 მამაკაცია და 16 ქალი. მათგან 24 იყო 65 წლის და მეტის, რაც მიუთითებს, რომ ცხოვრების ხარისხის ცვლილების აღქმა კორელაციაშია ასაკთან; ამასთანავე, ის უფრო გამძაფრებულია ასაკოვან მამაკაცთა შორის. ცხოვრების ხარისხის ცვლილების აღქმის სქესობრივი და ასაკობრივი თავისებურებები წარმოდგენილია დიაგრამა N1-ზე.

მოსალოდნელი იყო, რომ სიმსივნურ დაავადებას ცხოვრების ხარისხი მეტად უნდა შეეცვალა ახალგაზრდებისათვის ყოველდღიური რეჟიმი, სავარაუდოდ, მათთვის უფრო მეტად უნდა შეცვლილიყო [გაუარესებულიყო]. შესაძლებელია, ვივარაუდოთ, რომ ხანშიშესულებში ცხოვრების ხარისხის შეფასებისას „ჯამდება“

დაავადებით გამოწვეული ცვლილებები და ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები, რაც უფრო მტკივნეულად აღიქმება.

საინტერესოა იმის აღნიშვნა, რომ იმ ოცდაცხრა პაციენტიდან, რომლებიც ადასტურებენ ცხოვრების ხარისხის ძლიერ შეცვლას, 7-ის კლინიკური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზი, მიუხედავად კლინიკური მდგომარეობისა, დამთრგუნველად მოქმედებს პაციენტებზე (მორალურად და ფიზიკურად) და მნიშვნელოვნად ცვლის მათი ცხოვრების ხარისხს.

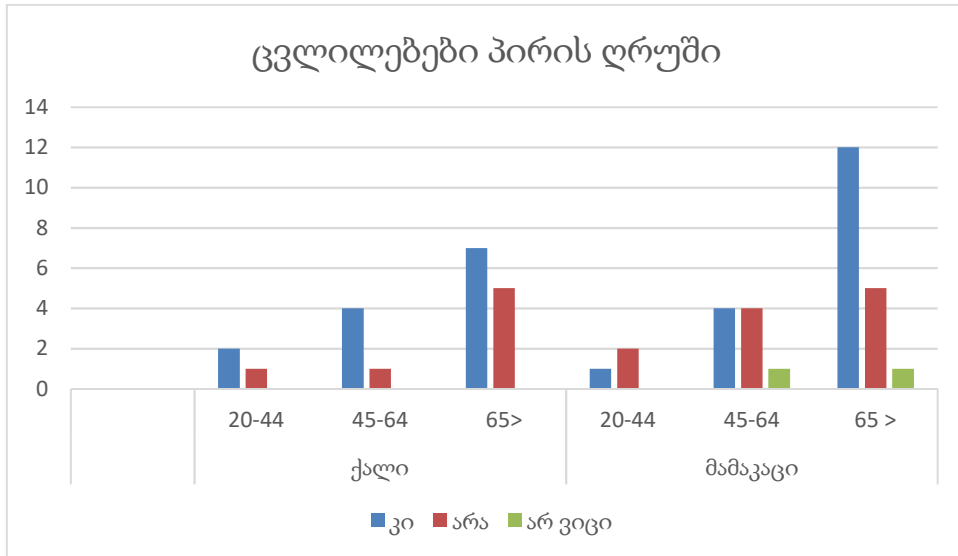
დიაგრამა N1. ცვლილება ონკოპაციენტების ცხოვრების ხარისხში



იმ 42 პაციენტიდან, რომლებიც აღნიშნავენ ცხოვრების ხარისხის საშუალო ან ძლიერ ცვლილებას, 12 უარყოფს პირის ღრუსმხრივ ცვლილებებს (ამ კითხვას დადებითი პასუხი გასცა მხოლოდ 30-მა (60%) პაციენტმა). საერთოდ, პირის ღრუსმხრივ ცვლილებებს არ ადასტურებს 20 პაციენტი (ორ შემთხვევაში პასუხი „არ ვიცი“, ვფიქრობთ, შეიძლება მიეკუთვნოს უარყოფით პასუხებს).

ისევე, როგორც ცხოვრების ხარისხის შეცვლის აღქმაშიც, ამ შემთხვევაშიც ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი არის ასაკოვან მამაკაცთა ჯგუფში (იხ. დიაგრამა N2).

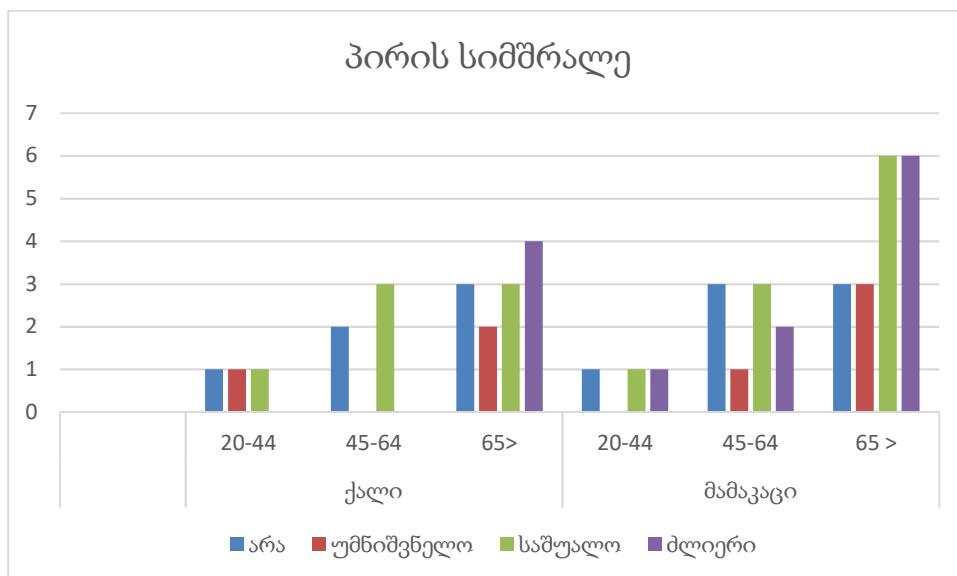
დიაგრამა N2. ცვლილებები ონკოპაციენტების პირის ღრუში



ჩვენს მიერ გამოკვლეული 50 პაციენტიდან პირის სიმშრალე აღნიშნა 37-მა (74%), მათ შორის 17-მა საშუალოდ, ხოლო 13 ძლიერად გამოხატული ფორმით.

როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში პირის სიმშრალე კორელაციაშია ასაკთან. 65 წლის და მეტი ასაკის 12 ქალიდან საშუალო და ძლიერი პირის სიმშრალე აღნიშნა 7-მა; მამაკაცებში ეს ტენდენცია კიდევ უფრო გამოკვეთილი იყო: 65 წლის და მეტი ასაკის 18 მამაკაციდან საშუალო და ძლიერი პირის სიმშრალე აღნიშნა 12-მა; პირის სიმშრალე ნაკლებ შემაწუხებელია საშუალო და ახალგაზრდა ასაკის ჯგუფებში (იხ. დიაგრამა N3)

დიაგრამა N3. პირის სიმშრალე პალიატიურ პაციენტებში



ცხრილი N 11. ონკოპაციენტების თვითშეფასების და ექიმის შეფასების შედარებითი ანალიზი.

ონკოპაციენტების თვითშეფასების და ექიმის შეფასების შედარებითი ანალიზი						
სიმპტომი	ონკოპაციენტის მიერ (n=41)		ექიმი-სტომატოლოგის მიერ (n=41)		95% CI	P value
	N	%	N	%		
ღეჭვის პრობლემა	22	53,7%	26	63,4%	47.72, 68.59	0,3729
მეტყველების გართულება	15	36,6%	26	63,4%	39.42, 60.58	0,01575
ტკივილი პირის ღრუში	7	17,1%	25	61,0%	29.17, 49.86	0,00005122

შორსწასული სიმსივნეების მქონე პაციენტებში, პირის სიმშრალე, საზოგადოდ, ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი სიმპტომია. როგორც წესი, ის სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქციას უკავშირდება. ამ უკანასკნელის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან მიზეზად მიჩნეულია ქიმიოთერაპია (Davies AN et al., 2001; BDS MJ, BDS MA et al., 1991 ; Jobbins J. et al., 1992).

ქსეროსტომია მწვავედება დეპრესიის, მღელვარების, და სხვა სისტემური დაავადებების დროს (Kubbi J. et al.,; Jobbins J. et al., 1992).

ნერწყვი თამაშობს მთავარ როლს პირის ღრუს რბილი და მაგარი ქსოვილების ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში. ქსეროსტომიას შეუძლია გამოიწვიოს სხვადასხვა დაზიანება პირის ღრუში. ონკოლოგიურ პაციენტებში ამას ემატება ისეთი ფაქტორიც, როგორცაა, მაგალითად იმუნოსუპრესია, რაც ხშირად წინ უძღვის კანდიდოზის განვითარებას. ნერწყვის ფუნქციური მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქციის შედეგი შეიძლება იყოს სიცოცხლის ხარისხზე უარყოფითი გავლენის მქონე შემდეგი სიმპტომები:

- დისკომფორტი პირის ღრუში, ნახეთქები ტუჩებზე;
- საკვების მიღებასთან დაკავშირებული პრობლემები - ანორექსია, გემოვნების დაქვეითება, ღეჭვის და ყლაპვის გართულება, კვების შემცირება;
- სირთულეები მეტყველებისას;
- ცუდი ჰიგიენური მდგომარეობა;

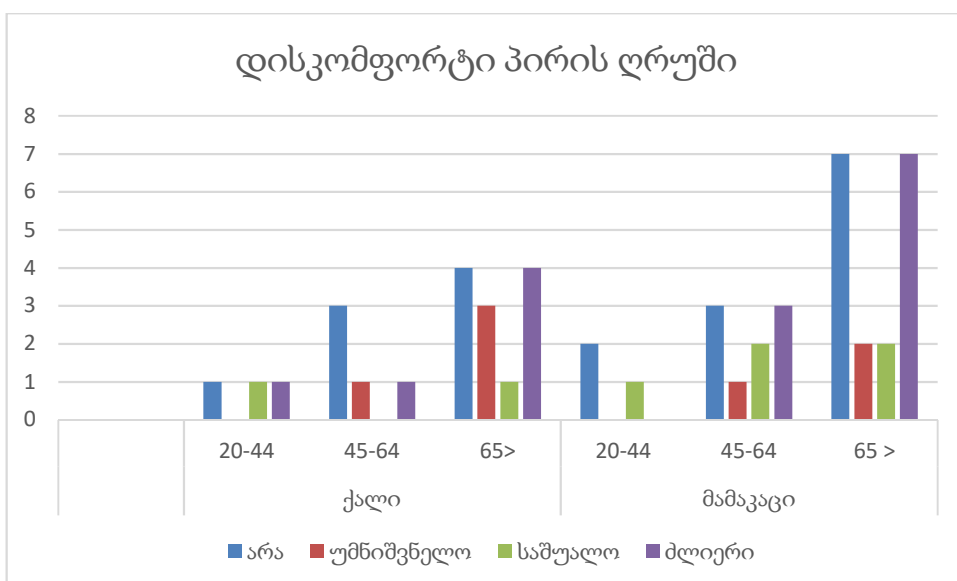
- პირის ღრუს ინფექციები: კარიესი, კანდიდოზები, პერიოდონტის დაავადებები, სანერწყვე ჯირკვლების ინფექციები;
- სისტემური ინფექციები - პირის ღრუს ინფექციებიდან გამომდინარე;
- ორთოპედიული პრობლემები - დენტალური ეროზიები, გაზრდილი მგრძნობელობა, ლორწოვანი გარსის ტრავმა;
- ფსიქოლოგიური პრობლემები - შფოთვა, დეპრესია, სოციალური იზოლაცია;
- სხვა პრობლემები - ძილის დარღვევა, ჩასაწუწნი აბების მიღების შეუძლებლობა, ეზოფაგიტი, შარდვის სიხშირის დარღვევა (ზედმეტი სითხის მიღებასთან დაკავშირებით) (Rydholm M. Et al., 2002; Sweeney MP et al., 1998).

პირის სიმშრალე აწუხებს პაციენტს დღის და ღამის განმავლობაში, რაც საკმაოდ რთული ასატანია და ახდენს პაციენტებზე სტრესულ ზემოქმედებას. ამდენად, ამ პრობლემის მოგვარება პრიორიტეტულია.

ჩვენს მიერ გამოკვლეული პაციენტები სხვადასხვა მიზეზებით გამოწვეული პირის ღრუს დისკომფორტი საკმაოდ ხშირი სიმპტომია.

ამასთანავე, პირის ღრუს დისკომფორტის სიხშირე, პირის ღრუს სიხშირის მსგავსად, კორელაციას ავლენს ასაკთან. ის 65 წლის და მეტი ასაკის ქალთა 40%-ს (8 პაციენტი) და მამაკაცთა 37%-ს (11 პაციენტი). პირის ღრუს დისკომფორტის მაჩვენებელთა დიაგრამა ასაკის და სქესის გათვალისწინებით, ამჟღავნებს ისეთსავე „ტრენდს“, რასაც „პირის სიმშრალის“ დიაგრამა (იხ. დიაგრამა N4)

დიაგრამა N4. დისკომფორტი პალიატიურ პაციენტთა პირის ღრუში



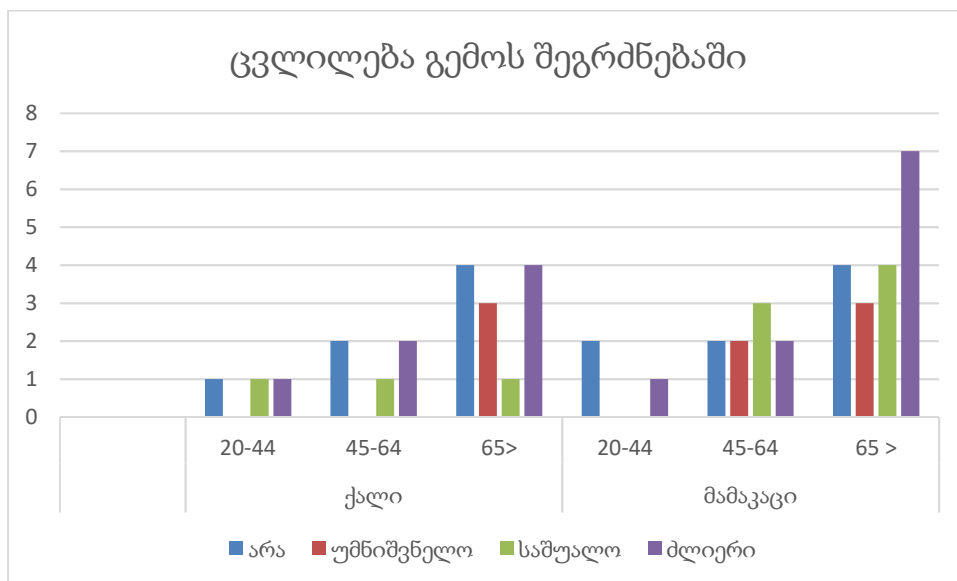
ეს ბუნებრივი ჩანს, თუ გავითვალისწინებთ ზემოთ წარმოდგენილ სხვადასხვა კვლევის შედეგებს, რომელთა თანახმადაც პირის სიმშრალე თავად ხდება პირის ღრუში მრავალი დისკომფორტის მიზეზი.

მიჩნეულია, რომ ცვლილებები გემოს შეგრძნებაში საკმაოდ მძიმე და არასასურველი სიმპტომია, რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტის მდგომარეობაზე, რადგანაც მასზე ბევრადაა დამოკიდებული პაციენტის კვების სურვილი (მადა). სხვა, ზემოაღნიშნული ჩივილების (სიმპტომების) მსგავსად, ეს სიმპტომიც ყველაზე ხშირად გვხვდება 65 წლის და მეტი ასაკის მამაკაცთა ჯგუფში - 14-ჯერ, რაც მამაკაცთა საერთო რაოდენობის 47%-ს შეადგენს. ამასთანავე, 14-დან 11 შემთხვევაში, გემოს შეცვლა საშუალოდ ან ძლიერ არის გამოხატული (იხ. დიაგრამა N5).

პირში გემოს შეგრძნების ცვლილება შეიძლება გამოვლინდეს სხვადასხვა სახით: გემოს შეგრძნების დაქვეითება, გემოს შეგრძნების სრული დაკარგვა ან გემოს შეგრძნების დარღვევა (გაუკუღმართება). გემოს შეგრძნების დარღვევის გამომწვევ მიზეზთა შორის განიხილება:

- კიბოს მიერ გემოვნების დვრილების, კრანიალური ნერვის ან ცენტრალური ნერვული სისტემის შესაბამისი მიდამოს პირდაპირი დაზიანება;
- კიბოს სამკურნალო მეთოდების ზემოქმედება, მაგ., ადგილობრივად ქირურგიული ჩარევა, ადგილობრივი სხივური თერაპია ან სისტემული ქემოთერაპია;
- პირის ღრუსმხრივი პრობლემები (მაგალითად, სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქცია, ცუდი ჰიგიენური მდგომარეობა, ორალური ინფექციები);
- ნევროლოგიური პრობლემები (მაგალითად, კრანიალური ნერვის ან ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება და სხვ.) (Davies AN et al., 2015)

დიაგრამა N5. ცვლილებები ონკოპაციენტთა გემოს შეგრძნებაში



ცვლილება გემოს შეგრძნებაში ხშირად აისახება მადაზე (ხდება მისი დაქვეითება ან დაკარგვა) (Ravasco P. et al., 2005; Bernhardson BM et al., 2007; Bernhardson BM et al., 2008; Hutton JL et al., 2007; Brisbois TD et al., 2006;) და წონის დაკარგვაში (Ravasco P. et al., 2005; Bernhardson BM et al., 2007). ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ აისახება წონაზე (ხდება მისი კლება) და, შესაბამისად, აისახება ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სიცოცხლის ხარისხზე.

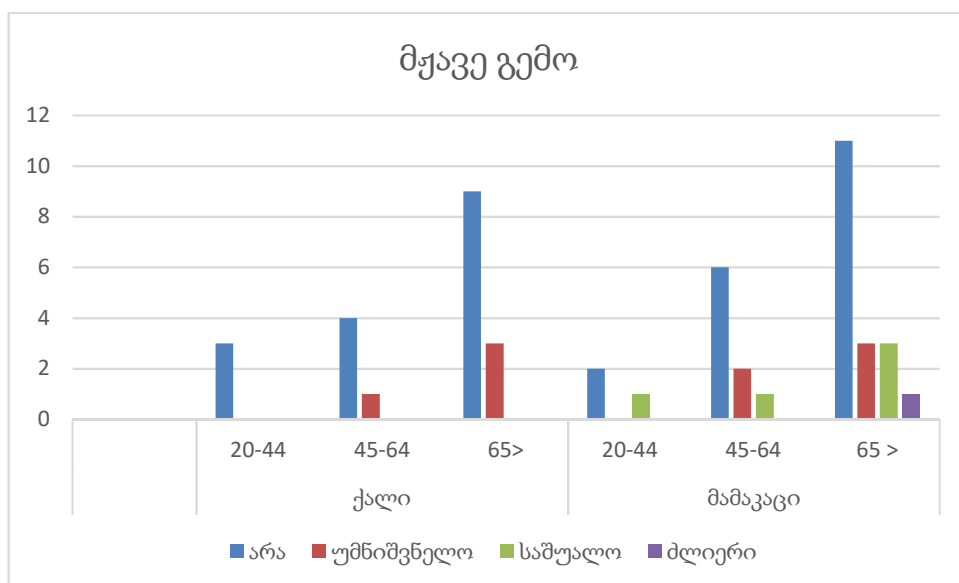
მიუხედავად კვლევათა მცირე რაოდენობისა, გემოს და ყნოსვის შეცვლა დადასტურებულია თავისა და კისრის მიდამოს ონკოლოგიური დაავადებების არა მხოლოდ ქიმიოთერაპიის დროს, არამედ, რადიოთერაპიის დროსაც (Sherry VW et al., 2002; Ravasco P., 2005).

აღნიშნული დარღვევების მექანიზმი ბოლომდე არაა შესწავლილი. მაგრამ აქაც, ისევე, როგორც ნერწყვის პროდუქციის დარღვევის მიზეზად, რეცეპტორული აქტივობის დაქვეითებას ვარაუდობენ (Henkin R., 1994; Schiffman S. et al., 2002).

პირში მჟავე გემო ერთ-ერთი განსაკუთრებული სიმპტომია, რომლის გაჩენაც უკავშირდება პირის ღრუში მჟავე გარემოს წარმოქმნას. პირის ღრუში არის ფუძე გარემო, მაგრამ როდესაც მიღებულ გლუკოზას ბაქტერია გარდაქმნის მჟავედ, პირის ღრუს PH ეცემა კრიტიკულ(5,5) დონეზე ქვემოთ. 30-45 წუთის შემდეგ მჟავე გარემო ნეიტრალდება ნერწყვით და აღდგება პირის ბუნებრივი ბალანსი. მაგრამ თუ საკმარისი ნერწყვი არ გამოიმუშავდება, შესაბამისად პირში რჩება მჟავე გარემო, რაც მოქმედებს გემოზეც და ბევრ პათოლოგიას უძღვის წინ (Harding J., 2018).

ჩვენს მიერ გამოკვლეული 50 პაციენტიდან მჟავე გემო აღნიშნა 15-მა. ამასთანავე, ქალებში ეს სიმპტომი უფრო იშვიათად დაფიქსირდა. ახალგაზრდა ასაკის ქალებში ის საერთოდ არ აღნიშნულა, შუახნის ჯგუფის ქალებიდან აღნიშნა მხოლოდ 1-მა, ხოლო 65 წლის და მეტი ასაკის ქალებიდან 3-მა, რაც ქალთა ჯგუფის საერთო რაოდენობის 15%-ს შეადგენს. მამაკაცებში პირში მჟავე გემოს არსებობა შედარებით ხშირად დაფიქსირდა: ახალგაზრდა მამაკაცებში - ერთხელ, შუახნის მამაკაცებში - 3-ჯერ და 65 წლის და მეტი ასაკის მამაკაცებში - 7-ჯერ, რაც, შესაბამისად, მამაკაცთა ჯგუფის საერთო რაოდენობის 3%, 10% და 23%-ს შეადგენს. ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ ძლიერი მჟავიანობა 50 პაციენტიდან მხოლოდ 1 მამაკაცს აღნიშნა 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფიდან. (იხ. დიაგრამა N 6).

დიაგრამა N 6. მჟავე გემო ონკოპაციენტთა პირის ღრუში



ღეჭვის და ყლაპვის პრობლემებიც საკმაოდ აქტუალურია პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებულ პაციენტებს შორის.

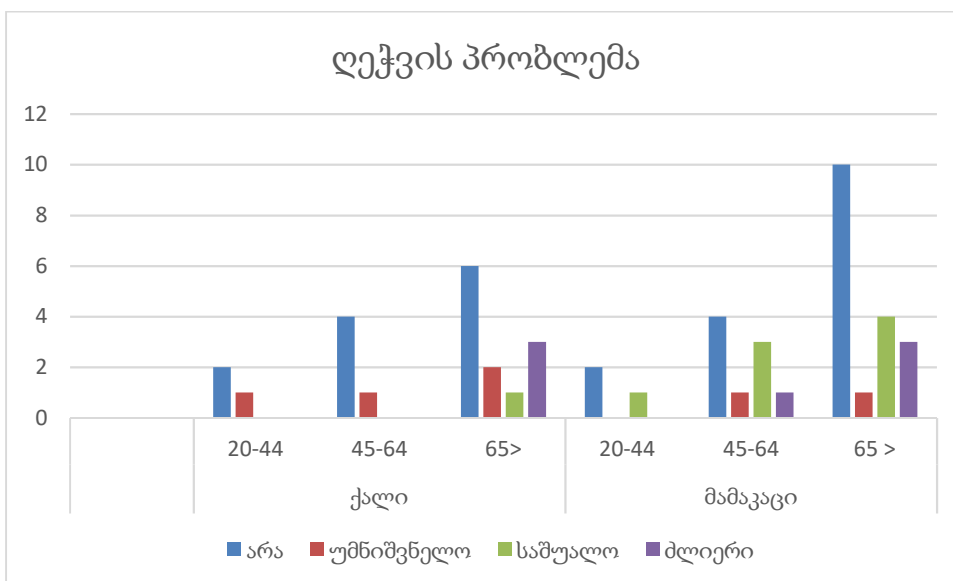
მიჩნეულია, რომ დისფაგიის განვითარება წარმოადგენს აქტიური მკურნალობიდან პალიატიურ მზრუნველობაზე გადასვლის ერთ-ერთ მაჩვენებელს (Aktas A. et al., 2012; Walsh D. et al., 2002). კიბოს ტერმინალური სტადიით დაავადებულ პაციენტებში დისფაგიის მექანიზმი საგრძნობლად განსხვავდება ნევროლოგიური დაავადებების ან ინსულტის შედეგად გამოწვეული დისფაგიის მექანიზმისგან. ამ შემთხვევაში ის გამოწვეულია ცენტრალური ან პერიფერული

ნერვული სისტემის ან კუნთების დაზიანებით. ონკოპაციენტებში კი კუნთების ატროფია და დაუძლურება გამოწვეულია კახექსიით (Aktas A. et al., 2012; Walsh D. et al., 2002). ღეჭვის და ყლაპვის პრობლემები ასევე უშუალო კავშირშია ადენტასთან და შეუსაბამო პროტეზირებასთან.

ჩვენს მიერ გამოკვლეული 50 პაციენტიდან ღეჭვასთან დაკავშირებული ჩივილები დააფიქსირა 22-მა, რაც საერთო რაოდენობის 44%-ს შეადგენს; ქალთა და მამაკაცთა შორის ეს ჩივილი მეტ-ნაკლებად თანაბარი სიხშირით გვხვდება: ქალი იყო 8, რაც ქალთა საერთო რაოდენობის 40%-ია, ხოლო მამაკაცი - 14, რაც მამაკაცთა საერთო რაოდენობის 47%-ია. როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში, ღეჭვასთან და ყლაპვასთან დაკავშირებულ ჩივილებს უფრო ხშირად აღნიშნავენ 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფის წევრები. (იხ. დიაგრამა N7).

41 პაციენტს არ აღმოაჩნდა ნორმალური ღეჭვისთვის საჭირო კბილების რაოდენობა (10 ანტაგონისტი, სულ 20), აქედან ღეჭვითი ფუნქცია აღდგენილი აქვს 15 (რომლებიც გამოხატავენ კმაყოფილებას პროთეზებით). შესაბამისად სხვადასხვა ხარისხით ღეჭვა უნდა უჭირდეს 26 პაციენტს, მაგრამ 22 პაციენტი მიუთითებს ღეჭვის ფუნქციის დარღვევაზე. ამ შემთხვევაში პაციენტის თვითშეფასება ექიმის შეფასებისგან სარწმუნოდ არ განსხვავდება ($P=0,3729$).

დიაგრამა N7. ღეჭვის პრობლემები ონკოპაციენტებში



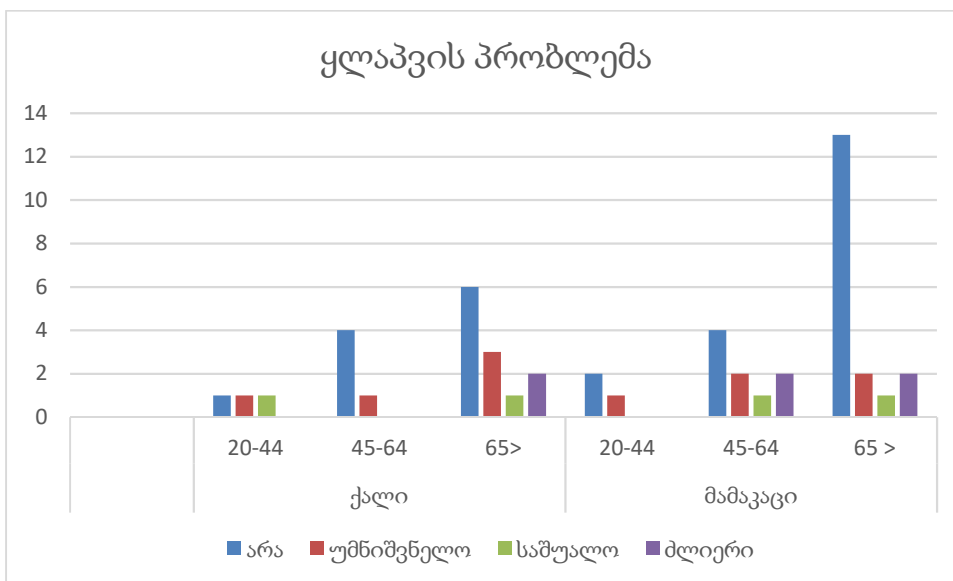
ყლაპვის პროცესის დარღვევის ჩივილებიც ღეჭვის დარღვევის ჩივილების სურათის (ასაკისა და სქესის შესაბამისად გადანაწილების) ანალოგიურია. ეს

ჩივილიც უფრო ხშირია 65 წლის და მეტი ასაკის ქალთა და მამაკაცთა ჯგუფების წევრებს შორის. (იხ. დიაგრამა N8)

ყლაპვა რთულდება ნერწყვის კლებასთან ერთად; ზოგჯერ ის კორელაციაშია გემოს შეგრძნების დარღვევასთან (Aldred MJ et al., 1991; Jobbins J. et al., 1992)

ჩივილები მეტყველების გართულებასთან დაკავშირებით ონკოპაციენტებში, ერთი მხრივ, არც თუ ისე ხშირი, ხოლო, მეორე მხრივ, სპეციფიკური პრობლემაა, რომელიც ძირითადად უკავშირდება პირის სიმშრალეს, შეუსაბამო პროტეზებს, საერთო სისუსტეს. მეტყველების გართულების დროს, როგორც წესი, პირის ღრუ მშრალია. ენა ეკვრის ლორწოვანს და ხელს უშლის ვერბალურ კომუნიკაციას, ჩივილების, დამოკიდებულებების, გრძნობების გამოხატვას (Aldred MJ et al., 1991; Jobbins J. et al., 1992)

დიაგრამა N8. პრობლემები ყლაპვისას ონკოპაციენტებში



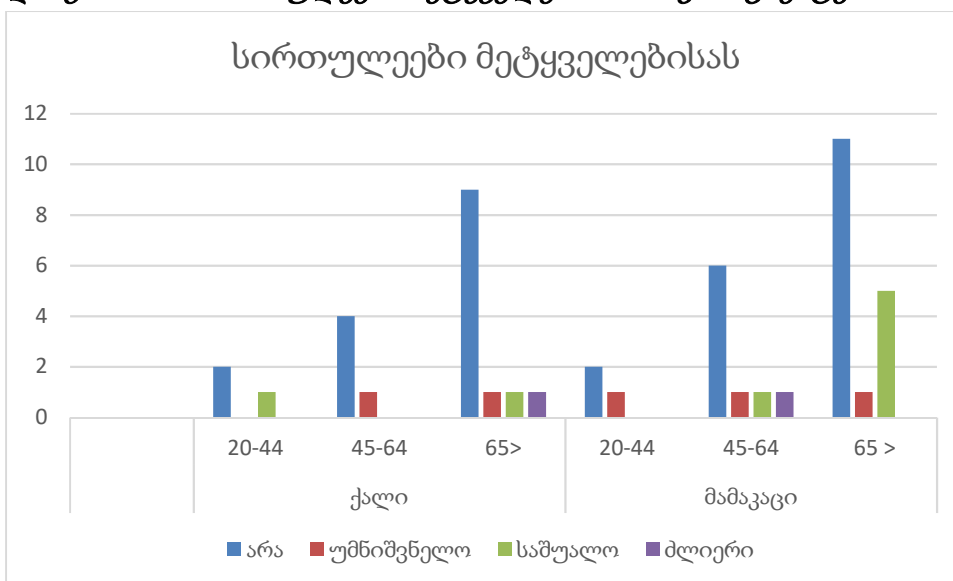
ჩვენს მიერ გამოკვლეულ პაციენტთა ჩივილების გაანალიზება უჩვენებს, რომ მამაკაცებში მეტყველების პრობლემა თითქმის ორჯერ უფრო ხშირად იჩენს თავს, განსაკუთრებით კი 65 წლის და მეტი ასაკის პირებში. (იხ. დიაგრამა N 9).

როგორც ზემოთაღნიშნულ ნორმალური ვერბალური კომუნიკაციისთვის საჭიროა კბილების რაოდენობის ნახევარი მაინც და შესაბამისი პროთეზირება. ამ შემთხვევაშიც მეტყველების გართულებაზე მიუთითებს მხოლოდ 15 პაციენტი,

თუმცა 26 პაციენტს დარღვეული აქვს საარტიკულაციო აპარატი ექიმის შეფასებით, რაც სარწმუნო მაჩვენებელია (P=0,01575).

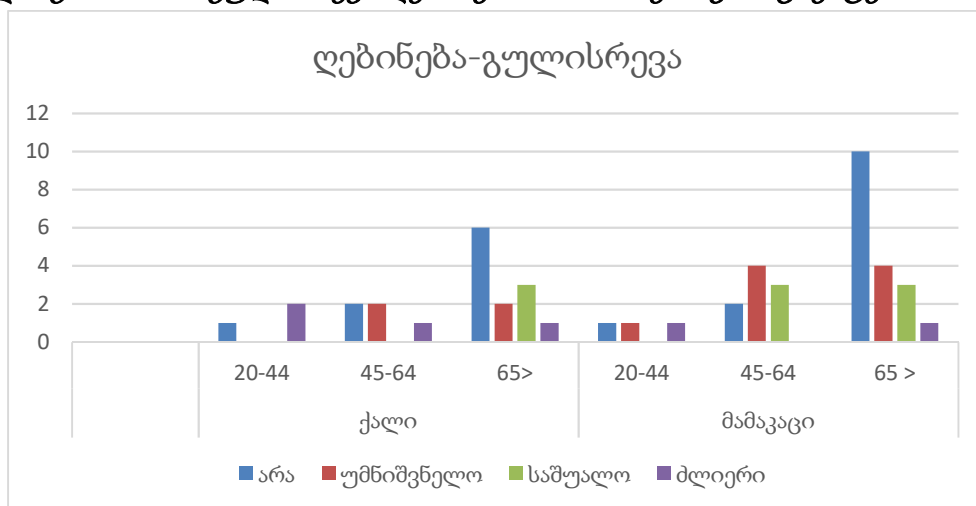
გულისრევა და ღებინება ონკოინკურაბელურ პაციენტებს შორის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი და შემაწუხებელი სიმპტომებია, რომლებიც შეიძლება უკავშირდებოდეს როგორც არსებულ ონკოლოგიურ დაავადებას, ისე წარმოადგენდეს ონკოთერაპიის (ქიმიო- და რადიოთერაპიის) მეთოდების გვერდით ეფექტებს. ის შეიძლება გამოწვეული იყოს ელექტროლიტური დისბალანსით, პანკრეატიტით, ასევე ოპიოიდური მედიკამენტებით (Wiseman M., 2006). გულისრევა და ღებინება განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება ქიმიოთერაპიის დროს (Ettinger RL, 2012). ამასთანავე, აღსანიშნავია, რომ პაციენტები მათ ხშირად მკურნალობის შემდგომაც უჩივიან.

დიაგრამა N9. სირთულეები მეტყველებისას ონკოპაციენტებში



ჩვენს მიერ გამოკვლეული კონტინგენტის 56% უჩიოდა გულისრევას და ღებინებას. ამასთანავე, ზემოთ დასახელებული სიმპტომებისაგან განსხვავებით, 65 წლის და მეტი ასაკის როგორც ქალების, ისე მამაკაცების ჯგუფებში, დაახლოებით 1/3-ს ეს ჩივილები არ აღენიშნება. ჩივილების განაწილება სქესის მიხედვით თანაბარია, ხოლო ასაკობრივ ჯგუფებთან მიმართებით რაიმე გამოკვეთილ ტენდენციას არ აჩვენებს. (იხ. დიაგრამა N 10)

დიაგრამა N10. გულისრევა-ღებინების სიხშირე ონკოპაციენტებში



საშუალო და ძლიერ გულისრევას და/ან პირღებინებას აღნიშნავს 50-დან 15 პაციენტი (30%), მათ შორის 7 ქალი და 8 მამაკაცი. ამ 15 პაციენტიდან 8 არის 65 წლის და მეტი ასაკის.

აღსანიშნავია, რომ ყველა პაციენტმა, რომელთაც აღენიშნებათ ეს სიმპტომები, დააფიქსირა ცხოვრების ხარისხის გაუარესება.

ტკივილი პირის ღრუში შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზებით; ონკოინკურაბელური პაციენტების შემთხვევაში ის ხშირად უკავშირდება გამონაყარს ლორწოვან გარსზე და არასწორ პროტეზირებას; თუმცა ის ასევე შეიძლება იყოს პირის ღრუსმხრივი სხვა სიმპტომების, ან ონკოთერაპიის ერთ-ერთი გვერდითი ეფექტი.

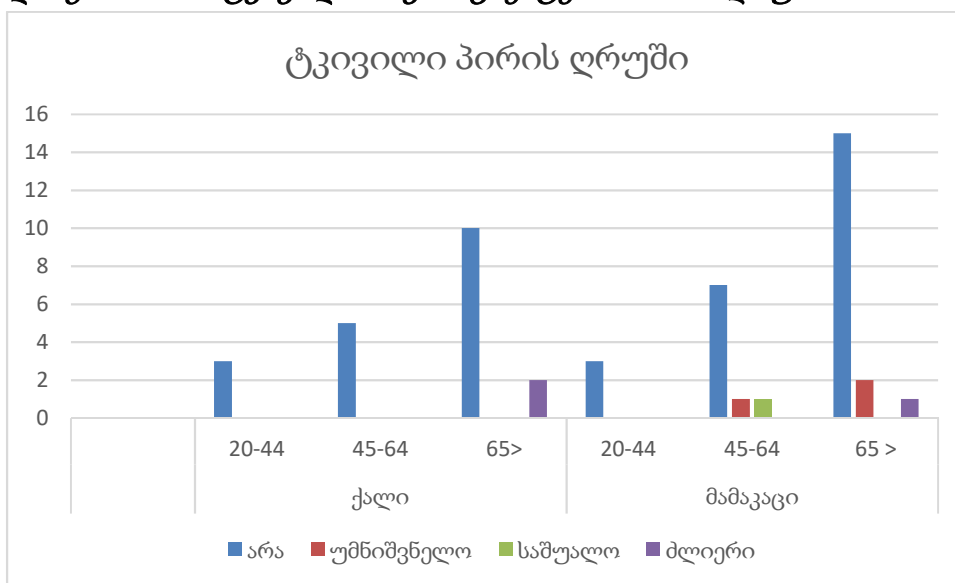
ძირითადად ჩივილები უკავშირდება ქსეროსტომიას, ლორწოვანზე წყლულების გაჩენას, პროთეზების შეუსაბამობით გამოწვეულ დისკომფორტს, რაც კვებას და საუბარს ხდის რთულსა და გამაღიზიანებელს. ტკივილს ასევე ხშირად ახლავს გემოს გაუკუღმართება, ჭამის და ყლაპვის გართულება (Gordon SR et al., 1985;; Wyche CJ et al., 1994).

ჩვენს მიერ გამოკვლეული პაციენტებიდან ტკივილს პირის ღრუში აღნიშნავდა მხოლოდ 2 ქალი 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფიდან, და 5 მამაკაცი, მათ შორის 2 - საშუალო ასაკის ჯგუფიდან, ხოლო 3 - 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფიდან. აღნიშნული 7 პაციენტიდან ძლიერ ტკივილს უჩიოდა 3 (2 ქალი და ერთი მამაკაცი). (იხ. დიაგრამა N11).

როგორც უკვე აღინიშნა ტკივილი პირის ღრუში შეიძლება გამოიწვიოს ლორწოვანი გარსის და პაროდონტის ქსოვილების ანთებითმა დაავადებებმა, უხარისხო პროთეზირებამ და ა.შ. ექიმმა-სტომატოლოგმა პაროდონტის

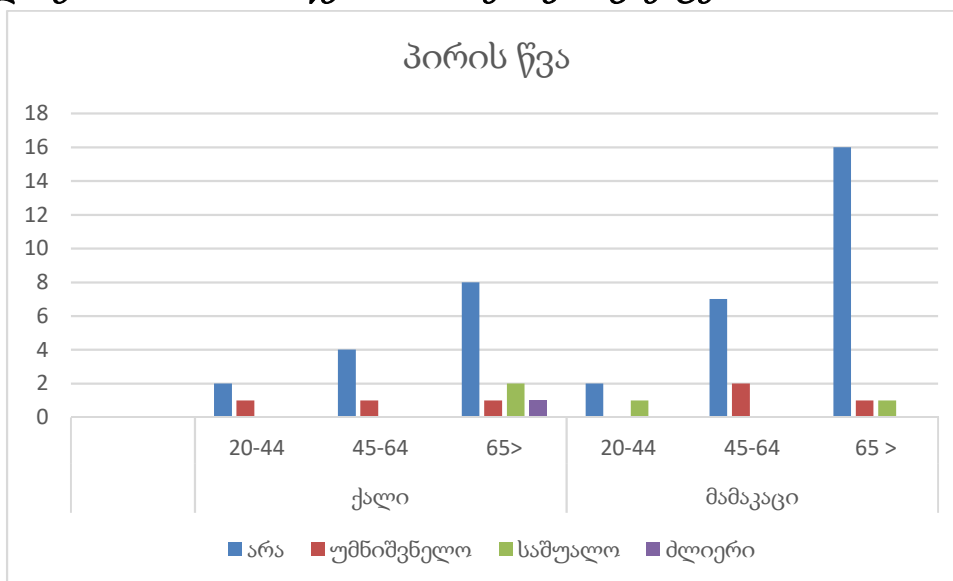
დაავადებების 33 შემთხვევა აღმოაჩინა, თუმცა პაციენტები ტკივილს არ უჩიოდნენ, მხოლოდ 7-მა ონკოინკურაბელურმა პაციენტმა დააფიქსირა ტკივილის არსებობა. დაფიქსირებული 33 შემთხვევიდან 25 იყო ანთებითი და შეეძლო ტკივილის გამოწვევა. სარწმუნო განსხვავებაა პაციენტის თვითშეფასებასა და ექიმის შეფასებას შორის ($P=0,00005122$). ამ მონაცემის მიხედვით შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ონკოპაციენტებისთვის ტკივილი პირის ღრუში შეუმჩნეველი რჩება იმ საერთო ტკივილის ფონზე, რაც მას უფრო აწუხებს და უქვეითებს სიცოცხლის ხარისხს.

დიაგრამა N11. ტკივილი ონკოპაციენტების პირის ღრუში



გამოკვლევულ პაციენტებში პირის წვა არც თუ ისე ხშირი სიმპტომი აღმოჩნდა. ის 50-დან მხოლოდ 11 პაციენტს დაუფიქსირდა. მათ შორის ქალი იყო 6 (ქალთა საერთო რაოდენობის 20%), ხოლო მამაკაცი - 5 (მამაკაცთა საერთო რაოდენობის 17%). ამასთანავე, ეს სიმპტომი არ ხასიათდება გამოკვეთილი ასაკობრივი და სქესობრივი თავისებურებით. (იხ. დიაგრამა N 12)

დიაგრამა N12. პირის წვის სიხშირე ონკოპაციენტებში



გამოკვალეული 50 პაციენტიდან 21 (42%) პაციენტი იყო პროთეზირებული, 29 (58%) კი არა. 29 არაპროთეზირებული პაციენტიდან 16 (55%) საჭიროებდა პროთეზირებას. პროთეზირებული 21 პაციენტიდან 15 (71%) კმაყოფილია თავისი პროთეზით, ხოლო 6 (29%) კი - არა.

პროთეზის მატარებელი 21 პაციენტიდან 18 არის 60 წლის და მეტი ასაკის. მათგან პროთეზის უკმაყოფილოა 6 (29%). ამ მონაცემების შედარება ცხოვრების ხარისხის ცვლილების მონაცემებთან ადასტურებს, რომ ამ უკანასკნელის შეფასებისას განმსაზღვრელი ნაკლებად უნდა იყოს პროთეზით უკმაყოფილება.

პირის ღრუში ცვლილებებს აღნიშნავდა 50-დან 30 პაციენტი, მათ შორის 13 ქალი და 17 მამაკაცი. ამ ოცდაათი პაციენტიდან 65 წლის და მეტი ასაკის არის 19 (7 ქალი და 12 მამაკაცი). საინტერესოა, რომ პირის ღრუს მხრივ ცვლილებების შეგრძნებასაც პაციენტები ნაკლებად უკავშირებენ პროთეზების „ცუდად მუშაობას“.

მიუხედავად პაციენტთა მიერ აღნიშნული ჩივილებისა და ექიმ სტომატოლოგის მიერ მათი პირის ღრუს გამოკვლევით დაფიქსირებული პრობლემებისა, კითხვაზე, თუ რა ხვედრითი წილი უჭირავს პირის ღრუსმხრივ ჩივილებს პაციენტთა საერთო მდგომარეობის თვითშეფასებაში, პაციენტთა უმრავლესობა პირის ღრუს პრობლემებს არანაირ ან ძალიან მცირე მნიშვნელობას ანიჭებს. ამას ადასტურებს ზემოთ მოტანილი N9 ცხრილის იმ ფრაგმენტის კიდევ ერთხელ გაანალიზება, რომელიც ეხება პაციენტთა მიერ პირის ღრუსმხრივი

ჩივილების ხვედრითი წილის შეფასებას ჩივილების საერთო ფონზე (იხ. ცხრილი N11)

ცხრილი N10. პირის ღრუს მხრივი ჩივილების ხვედრითი წილი ონკოპაციენტების საერთო ჩივილებში.

სქესი	სიმპტომები ასაკი	პირის ღრუს ჩივილების ხვედრითი წილი საერთო ჩივილებში (%)											
		0%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ქალი	20-44	1						1					1
	45-64	2	1	1		2							
	65>	5		2		1			1		1		1
მამაკაცი	20-44	1	1							1	1		
	45-64	7			1								
	65 >	11		2	1	1	1		1		1		
ჯამი		27	2	5	2	4	1	1	2	1	3		2

ანკეტაში ჩამოთვლილი პირის ღრუს მხრივი 10 სიმპტომიდან ერთი მაინც აქვს ყველა პაციენტს (იხ. დიაგრამა N13). საშუალოდ და ძლიერ გამოხატული სიმპტომები სქესისა და ასაკის გათვალისწინებით გამოყოფილ ექვს ჯგუფში მერყეობს 2-დან 23 %-მდე, მაშინ, როდესაც ჩივილის არქონა, ან სიმპტომის უმნიშვნელო გამოხატულება მერყეობს 2-დან 52 %-მდე.

ამასთანავე, პირის ღრუს უსიმპტომო ან „უმნიშვნელოდ შემაწუხებელ“ მდგომარეობას ყველაზე ხშირად (30 %-დან 52 %-ში) აღნიშნავენ 65 წლის და მეტი ასაკის პირები. ამასთანავე სტატისტიკურად არ განსხვავდება ეს მონაცემები ქალებსა და მამაკაცებს შორის.

მხოლოდ ერთი ქალისათვის, რომელსაც ჰქონდა ენის კიბო, პირის ღრუს მხრივ ჩივილები წარმოადგენდა მთავარ ჩივილს.

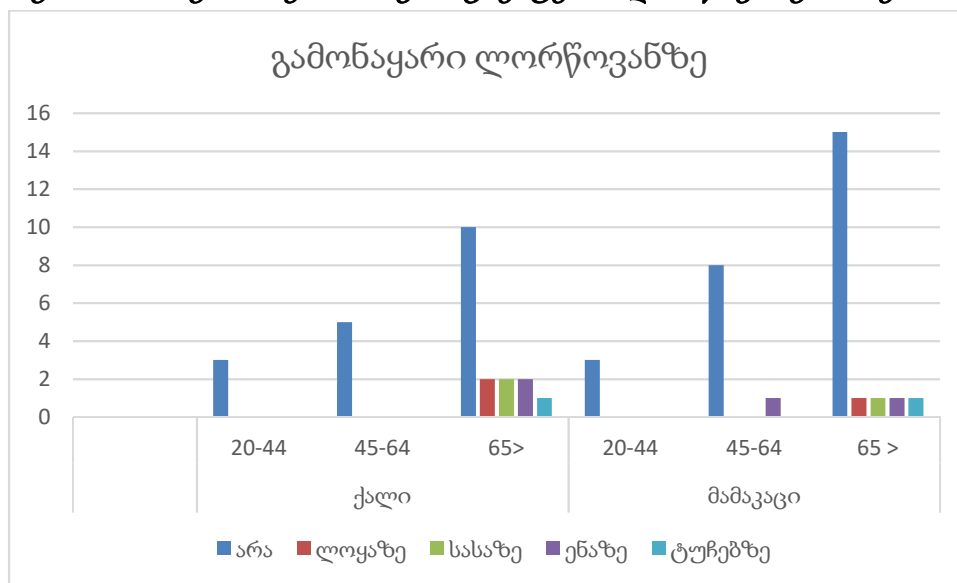
ყოველივე აღნიშნული მიუთითებს, რომ ონკოინკურაბელური პაციენტები პირის ღრუს მხრივ ჩივილებს არ „განიხილავენ“ მნიშვნელოვან პრობლემად.

პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე გამონაყარი, რაც ხშირ შემთხვევაში სტომატიტის სახით ფიქსირდება, როგორც წესი, ქიმიოთერაპიის გვერდითი ეფექტია. ცნობილია, რომ ქიმიოთერაპია და/ან სხივური თერაპია ყბა-სახის არეში, მკვეთრად ზრდის სტომატიტის ან სხვა ანთებითი დაავადების რისკს (Naidu MU et al., 2004). ქიმიოთერაპია მოქმედებს ბაზალური უჯრედების პროლიფერაციაზე, რაც იწვევს ეპითელიუმის დაზიანებას და დაწყლულებას. ნაჩვენებია, რომ 599 პაციენტის

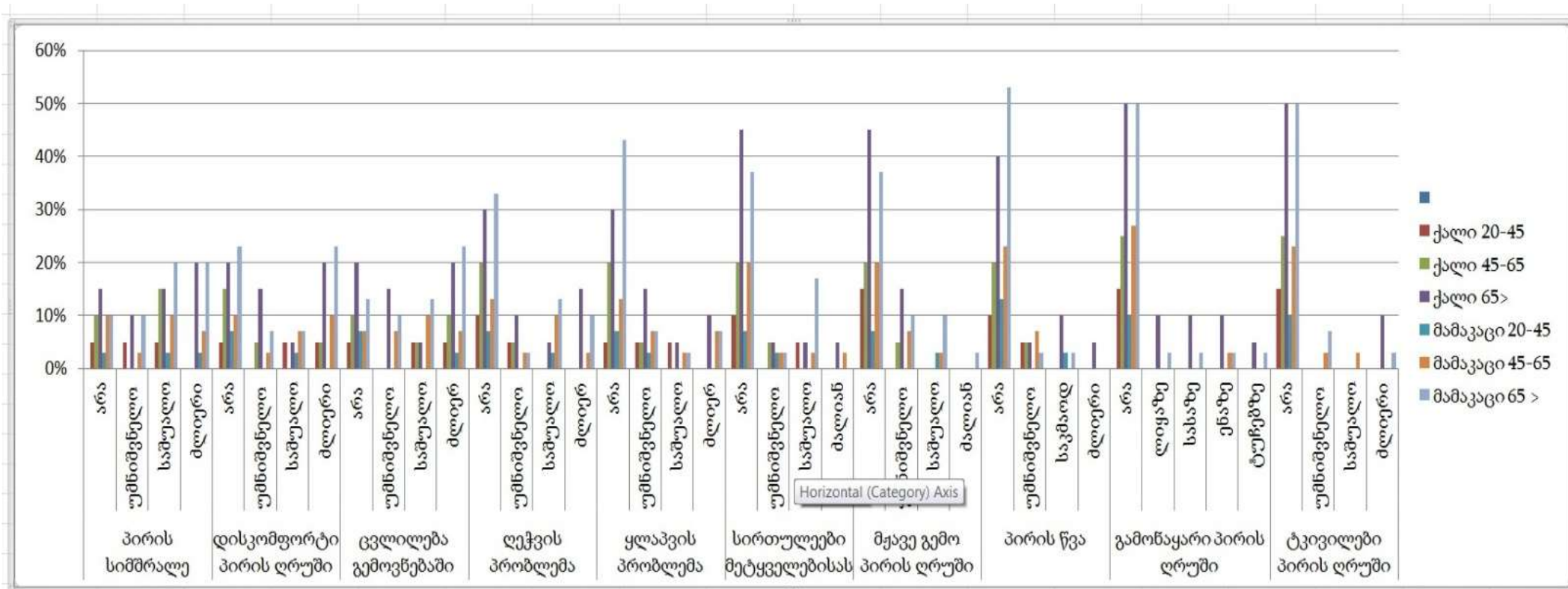
37%-ს, რომლებიც დებულობდნენ ქიმიოთერაპიას, განუვითარდა ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა ტიპის ანთებითი დაავადება მკურნალობის დაწყებიდან 5-7 დღეში (Elting LS et al., 2003). ლორწოვანი გარსის მუკოზიტები ხასიათდება მტკივნეული წყლულოვანი კერების გაჩენით, რაც უარყოფითად მოქმედებს ძილზე, მეტყველებაზე, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე. ეს ზრდის პაციენტთა შემდგომი დაუძლურების საფუძველს, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს მეორადი ინფექციების (კანდიდოზი, ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციები) განვითარების რისკს. მსგავს პრობლემებს მივყავართ გემოს ნორმალური შეგრძნების და მადის დაკარგვამდე, რაც თავის მხრივ წონაში კლების და საერთო დაუძლურების ხარისხის ზრდის მიზეზია (Mosel DD et al., 2011). ასე იკვრება პრობლემათა წრე, რომლიდანაც თავის დაღწევა მხოლოდ სწორი სტრატეგიითა და ტაქტიკით დაგეგმილ მკურნალობას და პალიატიურ მზრუნველობას შეუძლია.

ჩვენს მიერ გამოკვლეული 50 ონკონკურაბელური პაციენტიდან 6-ს (12%) აღენიშნა სხვადასხვა ლოკალიაციის გამონაყარი პირის ღრუში (იხ. დიაგრამა N14).

დიაგრამა N14. გამონაყარი ონკოპაციენტების ლორწოვან გარსზე



დიაგრამა N13. პირის ღრუს სიმპტომების სიხშირე ონკოპაციენტების სქესისა და ასაკის მიხედვით

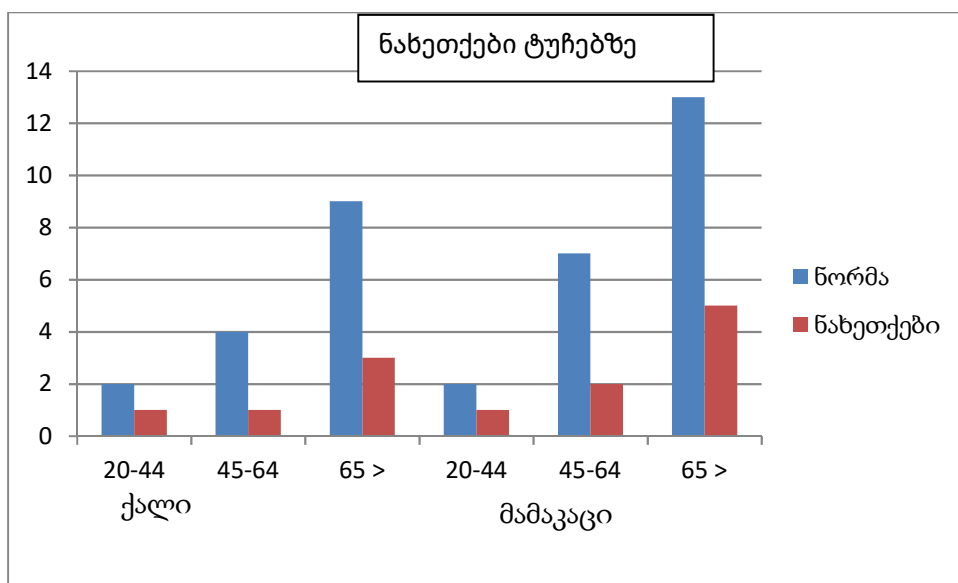


ექიმი სტომატოლოგის (ჩვენს) მიერ პაციენტის გამოკვლევისას სახის მიდამოს სიმსივნური წარმონაქმნები არ დაფიქსირებულა, ასევე არ ჰქონია ადგილი სახის სიმეტრიის დარღვევას. ძალიან შესამჩნევი იყო პაციენტების ფერმკრთალობა. 38 პაციენტი (76%) სახეზე იყო ფერმკრთალი, აქედან 13 იყო ქალი, ხოლო 25 - მამაკაცი. 10 ქალი და 18 მამაკაცი იყო 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფიდან.

რეგიონალური ლიმფური კვანძები თვალშისაცემ ზომამდე გაზრდილი ჰქონდა 6 პაციენტს: 1 მამაკაცს და 5 ქალს. მამაკაცი და 4 ქალი წარმოადგენდა 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფს, 1 ქალი კი - საშუალო ასაკის ჯგუფს. 2 ქალს 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფიდან კისრის და ყბისქვეშა ჯირკვლების პალპაციისას აღნიშნებოდა ტკივილი.

პირის ღრუს დათვალიერების შედეგად 13 ავადმყოფს (26%) დაუფიქსირდა ნახეთქების არსებობა ტუჩებზე და პირის კუთხეებში. 5 იყო ქალი (10%) და 8 - მამაკაცი (16%). ნახეთქების არსებობა (ქელიტი) აღინიშნა იმ პაციენტებში, რომელთაც ჰქონდათ პირის სიმშრალე (ნერწყვის რაოდენობის შემცირება), რაც, თავის მხრივ, გამოწვეული იყო სანერწყვე ჯირკვლების ჰიპოფუნქციით. საინტერესოა, აღინიშნოს, რომ ამ 13-დან 3 პაციენტი არ აღნიშნავდა ჩივილების არსებობას პირის ღრუს მხრივ. სიმპტომის სქესობრივი და ასაკობრივი გადანაწილება ნაჩვენებია დიაგრამაზე N 15.

დიაგრამა N 15. ნახეთქები ონკოპაციენტების ტუჩებსა და პირის კუთხეებში.



ფიზიოლოგიური (ნორმალური) თანკბილვა დარღვეულია შემთხვევათა 50%-ში. პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება კბილების ნაკლებობა და პროთეზების არარსებობა.

კბილების სხვადასხვა მიზეზით დაკარგვის შემთხვევაში, როცა არ ხდება დროული პროთეზირება, კბილთა მწკრივი ირღვევა, აქედან გამომდინარე იცვლება თანკბილვა, რასაც მოსდევს პათოლოგიური ცვლილებები საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარშიც.

ღრმა თანკბილვის არსებობა სრული ადენტის დროს (იგულისხმება ალვეოლური რკალების შესაბამისობა) აღინიშნა 16 პაციენტში. მათგან 8 მამაკაცი და 4 ქალი წარმოადგენდა 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფს. დანარჩენი 4 პაციენტი კი (3 მამაკაცი და 1 ქალი) – 45-დან 65 წლამდე ასაკის ჯგუფს. თანკბილვის სხვა ტიპების განაწილება წარმოდგენილია დიაგრამაზე N16.

დადასტურებულია, რომ თანკბილვის ანომალიები მნიშვნელოვნად მოქმედებს სიცოცხლის ხარისხზე (Onyeaso CO et al., 2003). კბილების დაკარგვა კი ერთ-ერთ ყველაზე ხშირ და რთულ მდგომარეობად ითვლება, რომელიც იწვევს ფუნქციურ და ესთეტიკურ დარღვევებს. ბიოლოგიური მიზეზების გარდა, კბილების დაკარგვაში დიდი წვლილი მიუძღვის სოციალურ ეკონომიკურ ფაქტორებს (Allen PF, 2003).

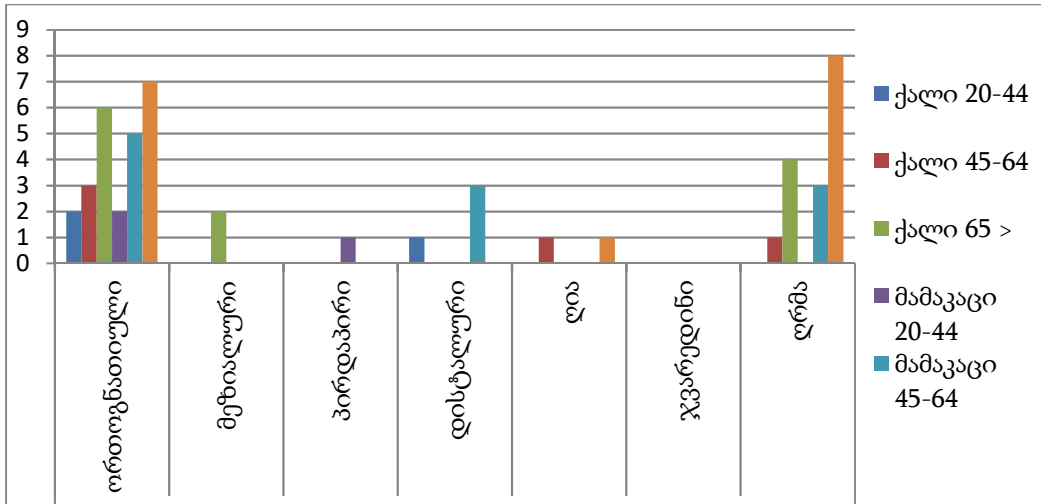
მოცემული N9 ცხრილიდან ჩანს რომ კბილთა სრული კომპლექტი არ ჰქონდა არცერთ ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ონკონკურაბელურ პაციენტს. ამასთანავე, ასაკოვანთა ჯგუფიდან 5 ქალს (10%) და 9 მამაკაცს (18%) აღენიშნებოდა სრული ადენტია. აღნიშნული 14 პაციენტიდან 13-ს ჩატარებული ჰქონდა პროთეზირება. 7 შემთხვევაში პროთეზი უხარისხო იყო და პაციენტი საჭიროებდა ხელახალ პროთეზირებას. დანარჩენი 36-ივე პაციენტს აღენიშნებოდა სხვადასხვა რაოდენობის კბილების ნაკლებობა.

რამდენიმე კბილი აკლდა 9 პაციენტს (18%) - ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის ჯგუფებიდან, 9 პაციენტს (18%) შენარჩუნებული ჰქონდა კბილთა მწკრივების ნახევარი, ხოლო 18 პაციენტს (36%) შენარჩუნებული ჰქონდა მხოლოდ რამოდენიმე კბილი (დიაგრამა N17)

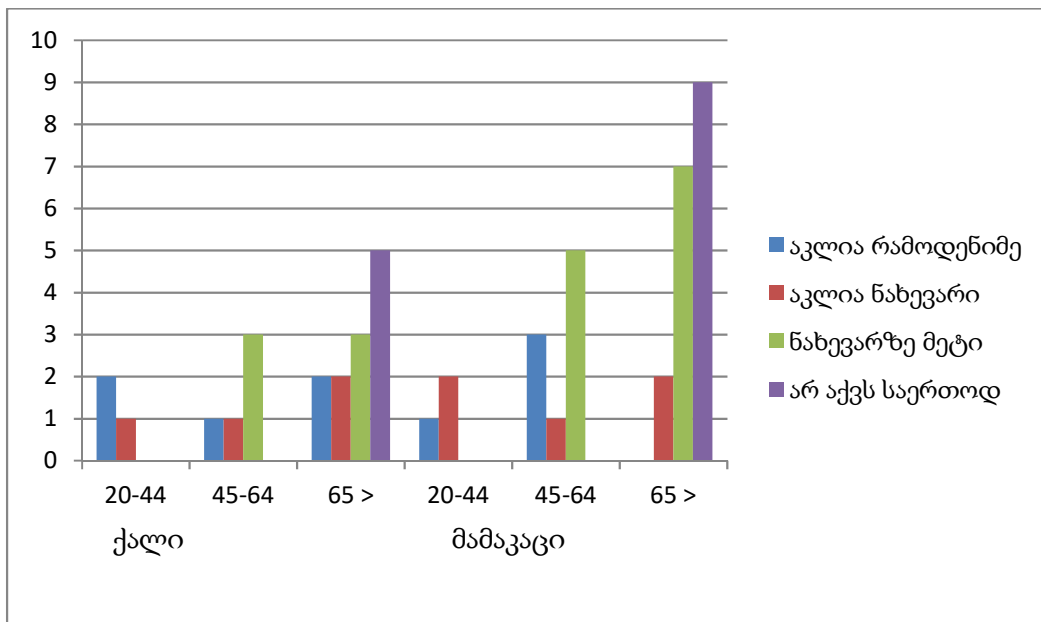
50 პაციენტიდან პროთეზი ჰქონდა მხოლოდ 25-ს (50%), ხოლო 16 პაციენტი (32%) საჭიროებდა სასწრაფო პროტეზირებას, მათ შორის 7 პაციენტი სრული

ადენტიით.

დიაგრამა N16. თანუბილვის სახეობები ონკოპაციენტებში



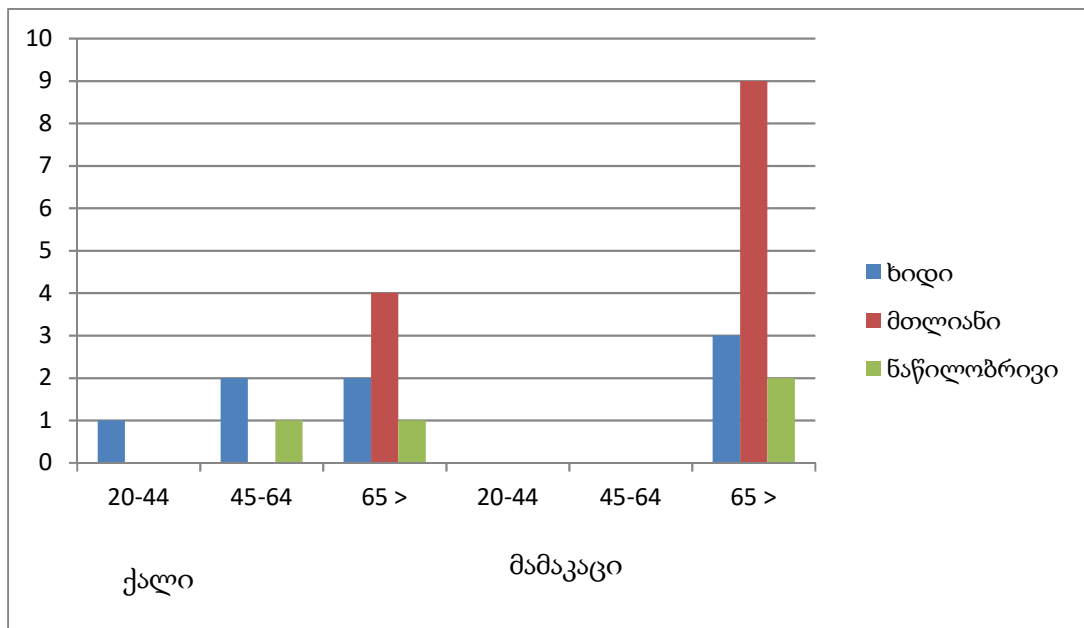
დიაგრამა N17. კბილების რაოდენობა ონკოპაციენტებში



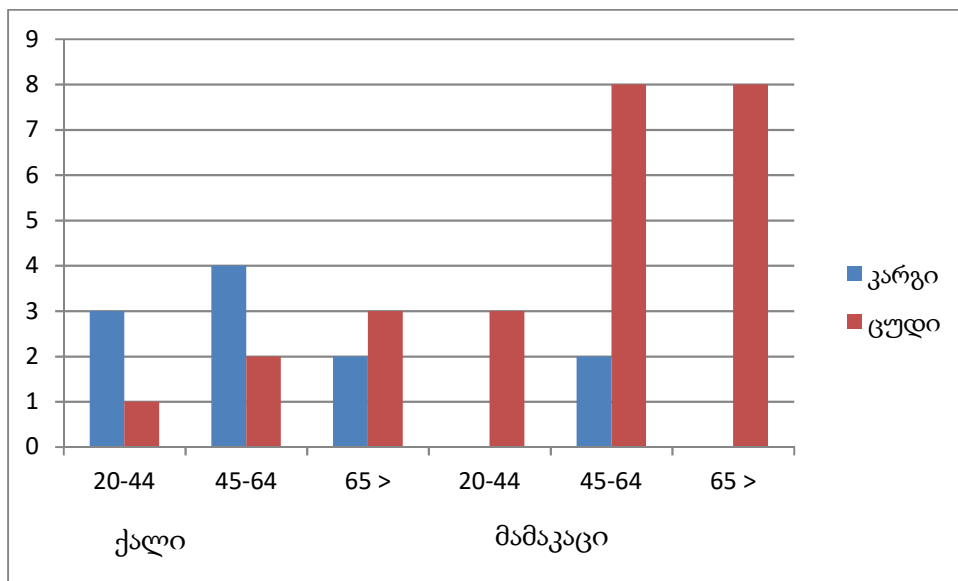
ყველაზე ხშირად აღინიშნებოდა მთლიანი მოსახსნელი პროთეზი (13 შემთხვევა, 9 მამაკაცი და 4 ქალი 65 წლის და მეტი ასაკის ჯგუფიდან). 12 პაციენტს ჰქონდა ნაწილობრივი მოსახსნელი და ფიქსირებული ხიდისებრი პროთეზები (დიაგრამა N18).

19 მამაკაცს (38%) და 6 ქალს (12%) აღენიშნა სხვადასხვა ტიპის ნადების არსებობა. პირის ღრუს ჰიგიენის დარღვევასთან კორელაციაში იყო პაროდონტის მდგომარეობა. შედარებით კარგი ჰიგიენური მდგომარეობა აღინიშნა ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის ჯგუფების წარმომადგენელ ქალებში (დიაგრამა N19).

დიაგრამა N18. პროთეზების სახეობა ონკოპაციენტებში



დიაგრამა N19. ონკოპაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა

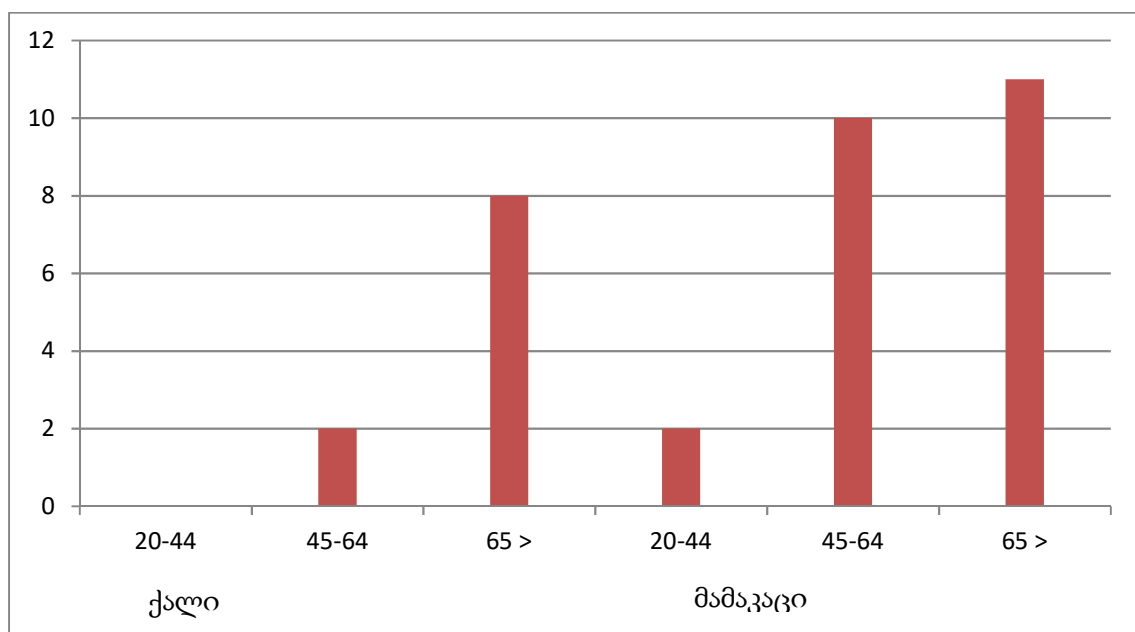


33 პაციენტს აღენიშნა პაროდონტის სხვადასხვა დაავადება. დაფიქსირდა პაროდონტის როგორც ანთებითი, ასევე დისტროფიული დაავადებები, რომელთა სიხშირეც მატულობდა ასაკის მატებასთან ერთად. კერძოდ, ახალგაზრდა ქალბატონთა ჯგუფში ის საერთოდ არ დაფიქსირებულა, ხოლო საშუალო და ასაკოვან ქალბატონებში 2(4%) და 8(16%) შემთხვევა შესაბამისად. პაროდონტის პათოლოგია, ამ შემთხვევაში, კორელაციაშია ასაკთან. მეტია შემთხვევა მამაკაცებში.

ახალგაზრდებში 2(4%) შემთხვევა, საშუალო ასაკში-10(20%) და ასაკოვან მამაკაცებში-11. მაქსიმალური მაჩვენებელი დაფიქსირდა ასაკოვან მამაკაცებში, რაც საერთო რაოდენობის 22%-ია (იხ. დიაგრამა N 20).

მიჩნეულია, რომ იმუნოსუპრესია კიბოს მკურნალობის დროს ხელს უწყობს პირისღრუსმხრივი პრობლემების წარმოჩენას. პირში ბევრი ბაქტერიაა, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ კბილის დაშლა(კარიესი), მულტიბაქტერიული დაავადებები. გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების არსებობის შემთხვევაში ვითარდება პერიოდონტის დაავადებები. მიჩნეულია, რომ პირის ღრუში ყველაზე დიდი ზიანის მომტანი ბაქტერიაა - *Streptococcus mutans* და *Porphyromonas gingivalis* (იწვევს პერიოდონტის პათოლოგიებს, არჩევითად მოქმედებს კბილის მაფიქსირებელ ქსოვილებზე). მიჩნეულია, რომ ამ ბაქტერიების ნეგატიური ზემოქმედება მატულობს პირის სიმშრალის პირობებში (განსაკუთრებით, ქიმიოთერაპიის დროს) (Harding J., 2018).

დიაგრამა N 20. პაროდონტის დაავადებების სიხშირე ონკოპაციენტებში



ყოველივე აღნიშნული მიუთითებს, რომ გამოსაკვლევ კონტინგენტში მოსაგვარებელი იყო პირის ღრუს ჰიგიენის პრობლემები. ამასთანავე, იმის გათვალისწინებით, რომ აღწერილი მდგომარეობა ნაკლებად შეიძლება უკავშირდებოდეს ონკოლოგიურ პათოლოგიას, ან მისი მკურნალობის გვერდით ეფექტებს, შეიძლება დავასკვნათ, რომ პირის ღრუს პრობლემების არსებობა არ არის

ტიპური მოვლენა მხოლოდ საკვლევი ჯგუფისათვის და ის უფრო საზოგადო ხასიათს ატარებს.

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ხშირად გვხვდება კბილების ნაწილობრივ ნაკლებობასთან, მეტიც, სრულ ადენტისთან, აგრეთვე არაჰიგიენურ მდგომარეობებთან ისეთი ადაპტაცია, რომ გამოკვლეული პირები სპეციალურად პირის ღრუს პრობლემებზე დაფოკუსებული ანკეტის შევსებისას, აღნიშნავენ პუნქტებს „არა“ ან „უმიშვნელოდ“. ეს მიუთითებს ზოგადად ფიზიოლოგიისა და ჰიგიენის, ხოლო კერძოდ, პირის ღრუს და კბილების ფიზიოლოგიისა და ჰიგიენის თაობაზე განათლების (ცოდნის) და ინფორმაციის დიდ დეფიციტს.

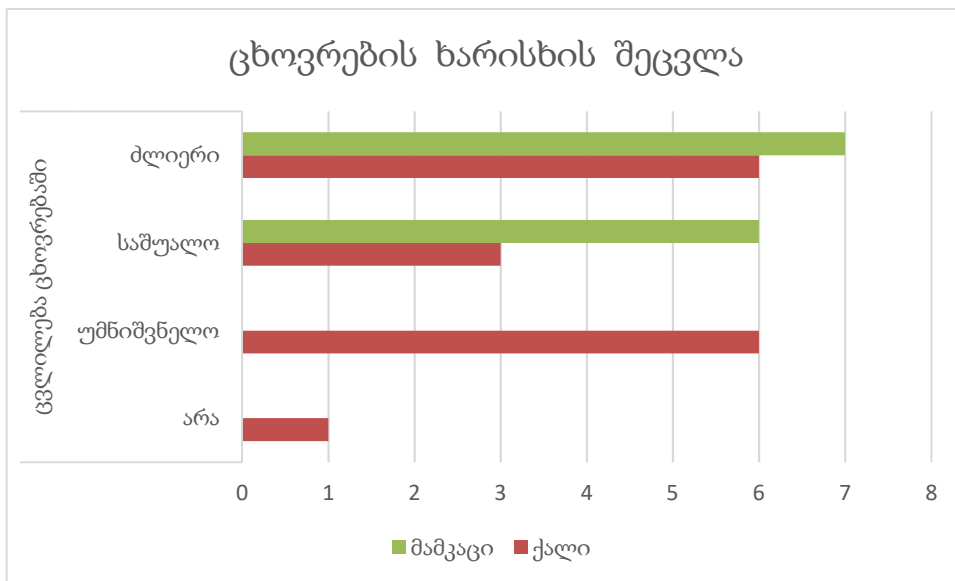
2. ხანდაზმულების გამოკვლევა

ექიმი-სტომატოლოგის მიერ გამოკვლეული 56 მოხუციდან ანკეტა-კითხვარის 1-ლი ნაწილის შევსებას დათანხმდა 29 მოხუცი. უარის მიზეზი სხვადასხვა იყო: განწყობის არქონა (დაზარება), მოუცლელიობა, კითხვის გაძნელება და სხვა. იმ 29 პირიდან, ვინც შეავსო ანკეტა-კითხვარის 1-ლი ნაწილი, 13 იყო მამაკაცი, ხოლო 16 ქალი.

მათ მიერ შევსებული ანკეტა-კითხვარის 1-ლი ნაწილის მონაცემები წარმოდგენილია N12 ცხრილის სახით, ხოლო ჩვენს (ექიმ-სტომატოლოგის) მიერ პაციენტების პირის ღრუს გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები წარმოდგენილია N13 ცხრილის სახით; ცხრილებში მონაცემები დაჯგუფებულია პაციენტთა სქესის გათვალისწინებით.

მოცემული 29 მოხუციდან მხოლოდ 1 ქალი მიიჩნევს, რომ მისი ცხოვრების ხარისხი არ შეცვლილა. დანარჩენი 28 პირიდან 13 (45%) აღნიშნავს, რომ მათი ცხოვრების ხარისხი მნიშვნელოვნად შეიცვალა (დაქვეითდა) ასაკის მატებასთან ერთად (მათ შორის, 6 მამაკაცი და 7 ქალი). სიცოცხლის ხარისხის საშუალო ცვლილებას აღნიშნავს 9 მოხუცი (31%) – 3 ქალი და 6 მამაკაცი. განსაკუთრებით აღსანიშნავია 6 ქალი, რომლებიც მიუთითებენ, რომ მათი ცხოვრების ხარისხი უმნიშვნელოდ შეიცვალა (5 პირი) ან საერთოდ არ შეცვლილა (იხ. დიაგრამა N21).

დიაგრამა N21. ცვლილება ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხში



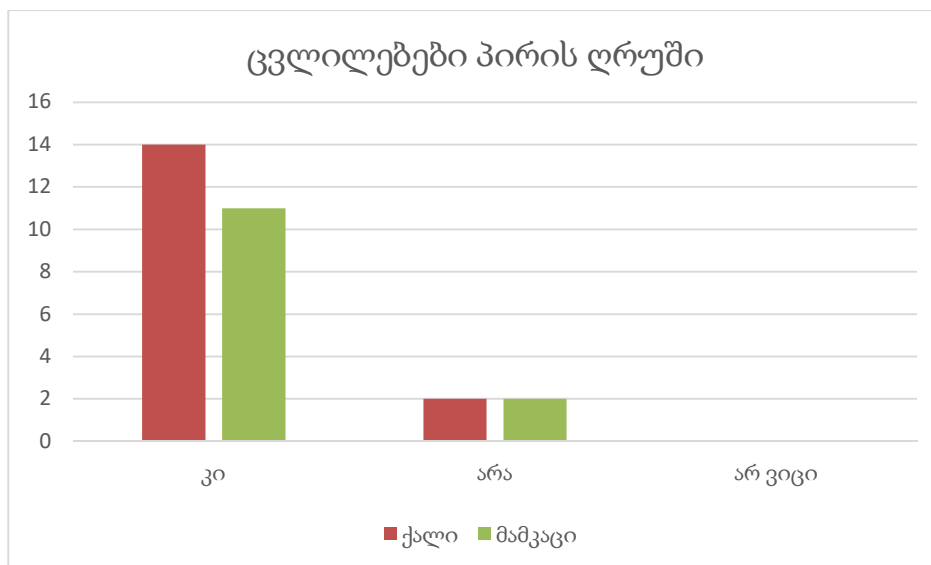
ცხრილი N13. მოხუცთა ანკეტური მონაცემების და ექიმ-სტომატოლოგის მიერ მათი პირის ღრუს მდგომარეობის შეფასების შედეგები

მარკენბელი	ინფექციური დაავადება	თანმხლები დაავადებები						ჩატარებული თერაპი	მიმდინარე თერა	ტუჩები და პირის კუთხეები		თანკბილვა						კბილების რაოდენობა			პროთეზის სახეობა			პროთეზის საჭიროება		ჰიგიენური მდგომარეობა		პაროდონტოპათიები								
		გულ-სისხლძარღვთა სისტემ	სასუნთქი გზები	კუჭ-ნაწლავის სისტემა	შარდგამომყოფი სისტემა	ნერვული სისტემა	ენდოკრინული სისტემა	მედიკამენტოზური	ქირურგია	მედიკამენტოზური	ქირურგია	ნორმა	ნახეთქები	ორთოგნათიული	მეზიალური	პირდაპირი	დისტალური	ღია	ჯვარედინი	ღრმა	სრული	აკლია რამოდენიმე	აკლია ნახევარი	ნახევარზე მეტი	არ აქვს საერთოდ	ხიდი	მთლიანი	ნაწილობრივი		კარგი	ცუდი					
სქესი																																				
ქალი		18	2	5	1	12	3	2		23		23	10	9		1		24			8	25		17	3		14		3	5			5			
მამაკაცი		9	3	1	1	4	3	1	4	9		16	7	4	1	2		15			7	16		13	2		8		1	6			6			

ერთი მხრივ, ეს შეიძლება აიხსნას მათ ოჯახებში არსებული ტრადიციული „კომფორტით“, რაც უპირველეს ყოვლისა, გამოიხატება მოხუცებულთა მიმართ ხაზგასმული პატივისცემით. მაღალი ყურადღების, ადამიანური სითბოს და პატივისცემის გარემოცვაში, მოხუცები შეიძლება არ უჩიოდნენ ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას მაშინაც კი, როდესაც მათ სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების (მათ შორის, ძვალ-სახსართა სისტემის დაავადებების) გამო შეზღუდული აქვთ მოძრაობა და ამასთანავე აღნიშნებათ კბილთა ნაკლოვანება (ზოგჯერ სრული ადენტიის ჩათვლით).

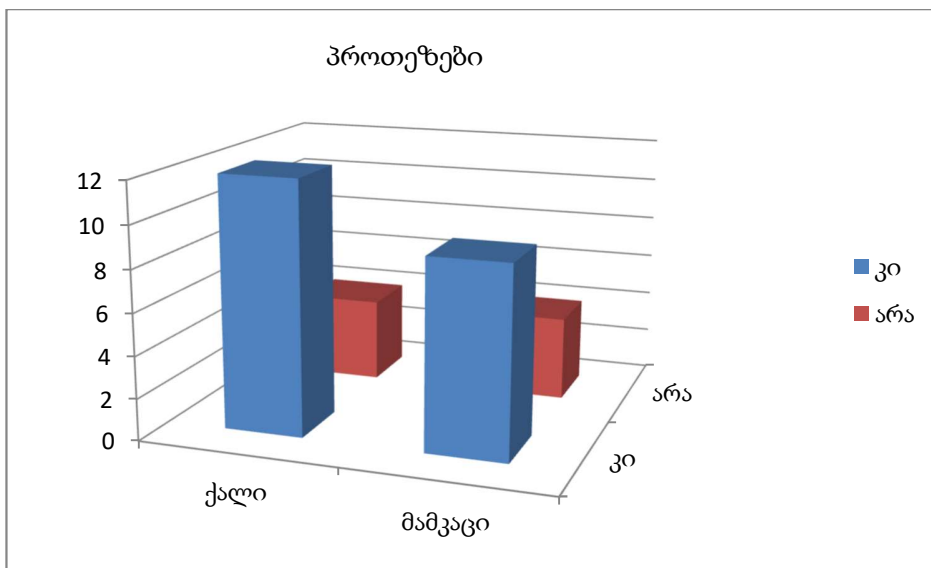
29 მოხუციდან პირის ღრუში ცვლილებებს აღნიშნავს 25 (86%). ამასთანავე, 4 მოხუცი - 2 მამაკაცი და 2 ქალი - უარყოფს რაიმე სახის ცვლილებას. (დიაგრამა N22). სავარაუდოდ, ისინი უნდა განეკუთვნებოდნენ მოხუცთა იმ კატეგორიას, რომელიც პირის ღრუში განვითარებულ ცვლილებებს და მის გართულებებს (ან ამ ცვლილებებთან დაკავშირებულ პრობლემებს) „ბუნებრივად“ მიიჩნევს და არ თვლის მათ აღნიშვნის ღირს „ცვლილებებად“ (Razak PA et al., 2014). აღსანიშნავია, რომ არც ერთ მოხუცს ანკეტაში არ შემოუხაზავს პასუხი „არ ვიცი“ რაც მიუთითებს ასეთი დამოკიდებულების გაცნობიერებულობას. ეს კიდევ უფრო ამყარებს აღნიშნულ დებულებას.

დიაგრამა N22. ცვლილებები ხანდაზმულთა პირის ღრუში



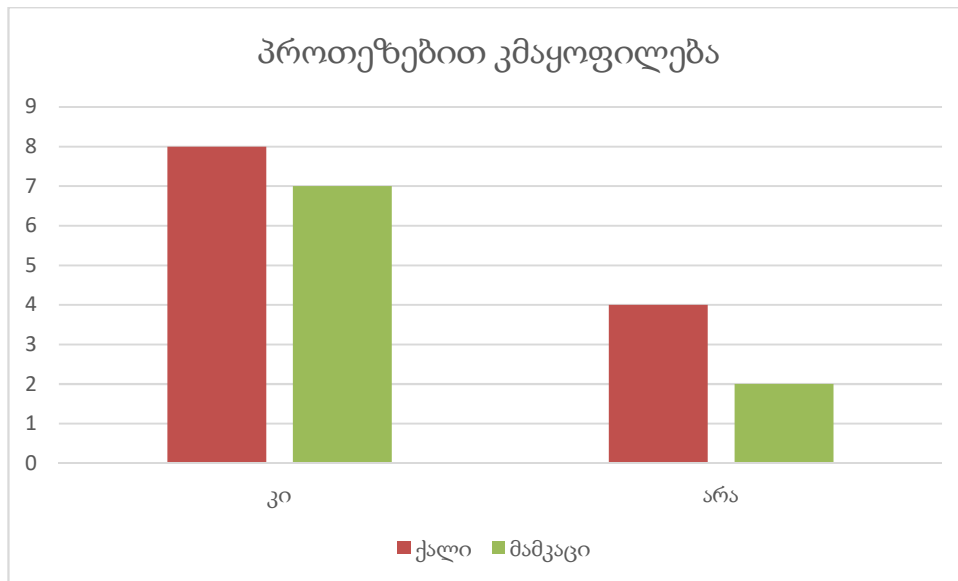
ანკეტირებული 29 მოხუციდან 21 (72%) ჰქონდა ამა თუ იმ სახეობის პროთეზი: 8 (28%) მოხუცი კი არ იყო პროთეზირებული. მათ შორის 4 იყო მამაკაცი, ხოლო 4 - ქალი. (დიაგრამა N23). საინტერესოა აღნიშნოს რომ ამ ოთხი ადამიანიდან ერთი იყო ის, რომელმაც არ დაადასტურა პირის ღრუში ცვლილებების განვითარება. ეს კიდევ ერთი, დამატებითი არგუმენტია ზემოთ მოტანილი „ასაკობრივი ცვლილებების ბუნებრივობის“ დებულების სასარგებლოდ.

დიაგრამა N23. პროთეზების არსებობა ხანდაზმულებში



21 პროთეზირებული პაციენტიდან 15 (71%) აღნიშნავს პროთეზით კმაყოფილებას, ხოლო დანარჩენი 6 კი პროთეზით უკმაყოფილოა (დიაგრამა N24).

დიაგრამა N 24. ხანდაზმულების პროთეზებით კმაყოფილება



ბევრ განვითარებულ საზოგადოებაში მოხუცებულთა 50% უკბილოა, შესაბამისი პროტეზირების გარეშე (Holm-Pedersen P. et al., 2015). მკურნალობის (პროთეზირების) თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და შედეგების პროგნოზირება დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე, მათ შორის ისეთებზეც, როგორცაა, მაგალითად, პაციენტებში უკვე არსებული (წინა) გამოცდილება პროთეზებთან დაკავშირებით

პროთეზირების პროცესზე დადასტურებულად მოქმედებს:

- დამაუძღურებელი დაავადებები; მათი არსებობისას, როგორც წესი, ადამიანები ხშირად უგულებელყოფენ პირის ღრუსა და პროთეზების მოვლას. ამ გარემოებას შეიძლება მოჰყვეს სერიოზული უარყოფითი შედეგი პირის ღრუს ჯანმრთელობისთვის. მით უფრო, რომ ორთოპედიული მკურნალობა შეიძლება „უსასრულოდ“ გადავადდეს „საერთო მდგომარეობის გამოსწორებამდე“, რადგანაც მოხუცებში, რომლებსაც აწუხებთ ქრონიკული დაავადებები, ასეთი „გამოსწორებული“ მდგომარეობის მიღწევა ძნელია. ამდენად, ფრიად მნიშვნელოვანია, რომ ქრონიკული დაავადებებით შეპყრობილი პაციენტებისთვის პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის შენარჩუნება ხდებოდეს კარიესისა და პერიოდონტის დაავადებების პერიოდული კონტროლით (Papas AS et al., 1991).

- ნეიროფიზიოლოგიური ცვლილებები; ამ დროს ვითარდება ყბების და პირის ღრუს ორგანოების მაინერვირებელი სტრუქტურების დისფუნქცია ხანდაზმულებში, რაც ზღუდავს კუნთების ფუნქციურ აქტივობას და, შესაბამისად, მოხუცები რთულად ეგუებიან ორთოპედიულ მკურნალობას. ნაჩვენებია, რომ ისინი უფრო ადვილად სწავლობენ ახალ კუნთოვან თავისებურებებთან ადაპტაციას, ვიდრე პროთეზის მოხმარებას (Razak PA et al., 2014).

- მენტალური ცვლილებები; მენტალურ პრობლემებს შეუძლია გავლენა იქონიოს ორთოპედიული მკურნალობის შედეგზე, კერძოდ, პაციენტებს შეიძლება შეექმნათ ცუდი წარმოდგენა პროთეზირებაზე და საერთოდ სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე (Razak PA et al., 2014).

- ფიზიოლოგიური ცვლილებები პირის ღრუმში; საღეჭი, ლოყის და ტუჩების კუნთების მასიური ატროფია ასაკობრივ ცვლილებს წარმოადგენს. პროთეზების ტარებისას ატროფიული პროცესები კიდევ უფრო ღრმავდება. საღეჭი კუნთების ატროფიას შეუძლია ღეჭვის პროცესის იმდენად დათრგუნვა, რომ უკვე პროთეზირებას აღარ ძალუძს მდგომარეობის გამოსწორება. ასეთ ვითარებაში, პაციენტს უნდა ვურჩიოთ დიეტის შეცვლა იოლად საღეჭი პროდუქტებით (Razak PA et al., 2014).

ნერწყვის გამოყოფის შემცირება ანუ ქსეროსტომია ხანდაზმულებში ყველაზე ხშირი და ნაკლებად ნამკურნალები დაავადებაა (van der Putten GJ et al., 2014). ნერწყვის გამოყოფის შემცირება ძირითადად სხვადასხვა მედიკამენტების, მაგალითად, ფსიქოტროპული აგენტების მიღების გვერდითი ეფექტია, ანდა ისეთი დაავადების შედეგია, როგორცაა დიაბეტი (Razak PA et al., 2014). ქსეროსტომიას მოპყვება პროთეზების ცუდი რეტენცია, ტრავმული დაზიანებები და ლორწოვანი გარსის ინფიცირება. ქსეროსტომიის დროს, პროთეზების მატარებელ პაციენტებისთვის, მსგავსი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, მნიშვნელოვანია „ხელოვნური“ ნერწყვისა და ქლორჰექსიდინის შემცველი სავლებების გამოყენება (Razak PA et al., 2014)

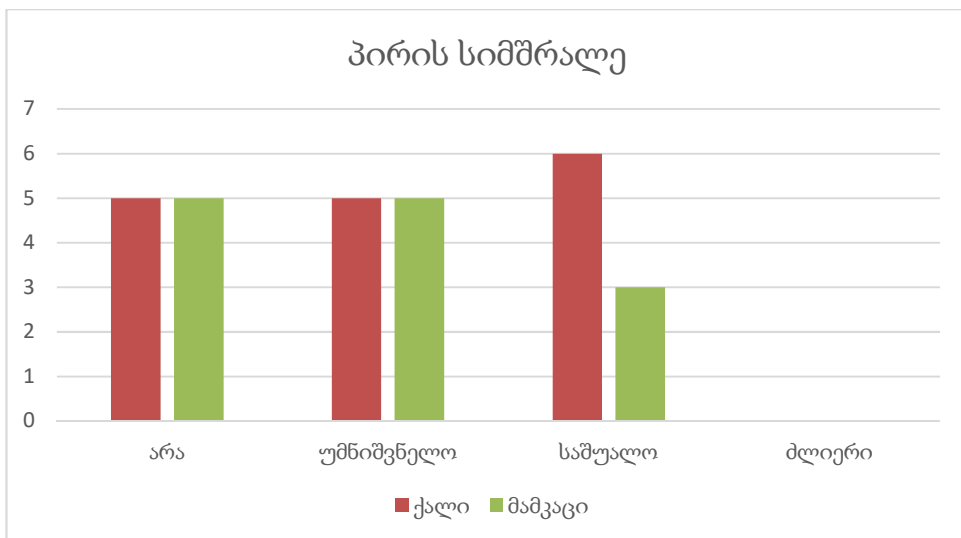
აღსანიშნავია, რომ 29 მოხუციდან 10 (34%) არ აღნიშნავს პირის სიმშრალეს, რაც საკმაოდ მაღალი ციფრია. არანაკლებ ნიშანდობლივია ისიც, რომ არც ერთი მოხუცი

აღნიშნავს „ძლიერ“ სიმშრალეს. „უმნიშვნელო“ და „საშუალო“ სიმშრალის სიმშრალე აღნიშნა, შესაბამისად 10 (34%) და 9 (31%) მოხუცის მიერ (დიაგრამა N25).

ასეთი „სველი“ („ტენიანი“) პირის ღრუ მიუთითებს სანერწყვე ჯირკვლების მეტ-ნაკლებად ადეკვატურ ფუნქციონირებას, რაც, თავის მხრივ, მოხუცების მიერ ფსიქოტროპული ან სხვა მასგავსი ტიპის მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენების შედეგად უნდა მივიჩნიოთ (Razak PA et al., 2014). ამასთანავე, სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციის შენარჩუნებაში არ არის გამორიცხული, „დამნაშავე“ იყოს აჭარის რეგიონის მცხოვრებთა ტრადიციული დიეტაც.

დადასტურებულია, რომ დაბერებასთან ერთად ქვეითდება სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციაც. ჯირკვლების ქსოვილში ვითარდება ცვლილებები, რაც იწვევს ჯირკვლოვანი ეპითელიუმის დეგენარაციას და, შესაბამისად ნერწყვის რაოდენობრივ კლებას (Vissink A. et al., 1996). გამომდინარე იქიდან, რომ ნერწყვი ახდენს პირის ღრუს, ზედა სასუნთქ გზების და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ინფექციის პრევენციას, მის შემცირებას შეიძლება ბევრი პათოლოგია მოყვეს (Holm-Pedersen P. et al., 2015). დადასტურებულია, რომ პირის სიმშრალეს თან ერთვის კარიესის გააქტიურება, რაც თავის მხრივ, დამატებით დისკომფორტს (ტკივილის ჩათვლით) იწვევს (Holm-Pedersen P. et al., 2015).

დიაგრამა N25. პირის სიმშრალე ხანდაზმულებში

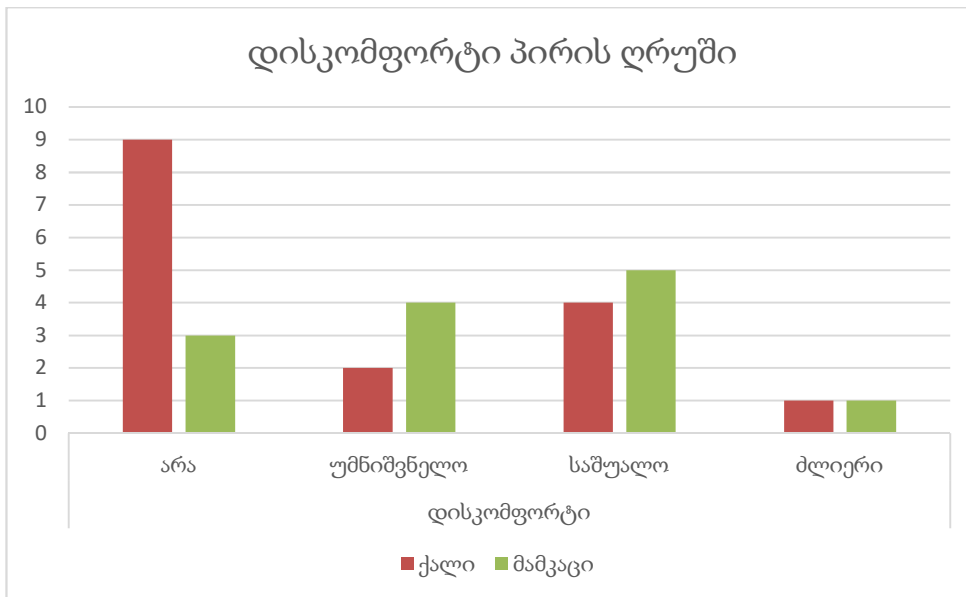


სხვადასხვა მიზეზებით (არა სიმშრალით) გამოწვეული პირის ღრუს დისკომფორტს აღნიშნავს 17 მოხუცი (59%), რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს პირის ღრუსმხრივი სხვადასხვა სიმპტომებით. 12 პაციენტი ასეთ დისკომფორტს უარყოფს, იმისდა მიუხედავად, რომ ყველა მოხუცს აღენიშნებოდა ერთი სიმპტომი მაინც. ერთი მხრივ, ეს შესაძლოა იმას მიუთითებდეს, რომ გამოკვლეული კონტინგენტი კარგად ვერ აცნობიერებს შეკითხვის არსს, ან, მეორე მხრივ, კარგად ვერ აცნობიერებს „ზოგადი დისკომფორტის“ კავშირს რომელიმე კონკრეტულ სიმპტომთან. და ეს მიუხედავად იმისა, რომ პილოტური კვლევა ასეთ „ვერ გაცნობიერების“ საშიშროებას არ მიუთითებდა (იხ. თავი „მასალა და მეთოდები“).

ძლიერი დისკომფორტის არსებობა დააფიქსირა მხოლოდ ორმა მოხუცმა (1 მამაკაცი და 1 ქალი) (დიაგრამა N26).

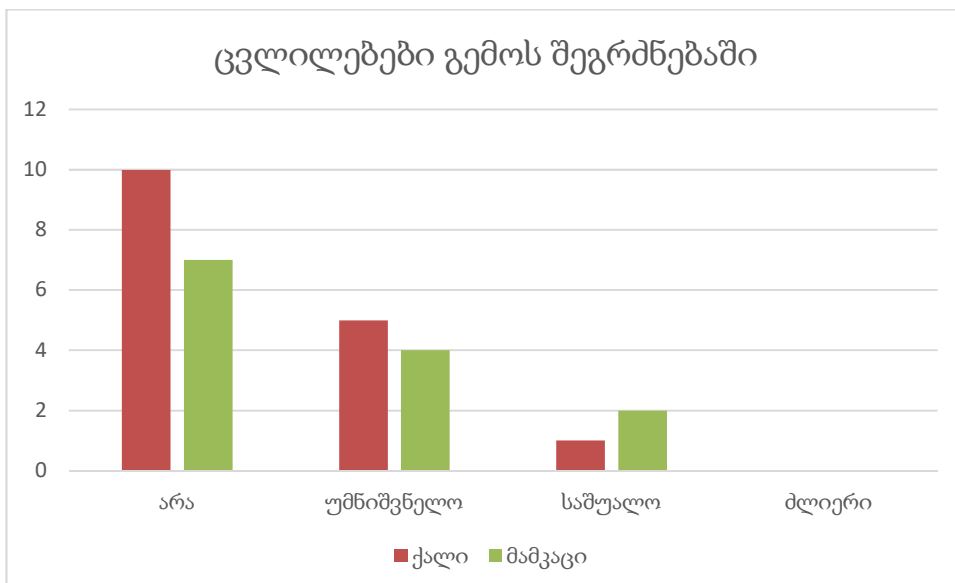
ცვლილებები გემოს შეგრძნებაში საკმაოდ გავრცელებული სიმპტომია მოხუცებში. მიჩნეულია, რომ გემოს შეცვლა დაკავშირებულია პირის ღრუს სიმშრალესთან (მაგალითად, სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქციის გამო), ცუდ ჰიგიენურ მდგომარეობასთან, ორალურ ინფექციებთან; ის შეიძლება წარმოადგენდეს მედიკამენტების გვერდით ეფექტს ან ნევროლოგიური პრობლემების შედეგს (Ripamonti C. Et al., 2015; Imoscopi A. Et al., 2012).

დიაგრამა N26. დისკომფორტი ხანდაზმულთა პირის ღრუში



ამ ფონზე, საინტერესოა, რომ ჩვენს მიერ ანკეტირებული მოხუცების ნახევარზე მეტი - 17 (59%) - უარყოფს პირში გემოს ცვლილებას. ამასთანავე, დარჩენილი 12 მოხუციდან 9 აღნიშნავს გემოს მხოლოდ უმნიშვნელო ცვლილებას და მხოლოდ 3 - ძლიერ ცვლილებას. (დიაგრამა N27)

დიაგრამა N27. ცვლილებები ხანდაზმულთა გემოს შეგრძნებაში



ეს მონაცემები კორელაციაშია იმ მონაცემებთან, რომელიც ადასტურებს სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციის შენარჩუნებას, რაც, სავარაუდოდ, ასევე შეიძლება უკავშირდებოდეს აჭარის რეგიონის მცხოვრებთა ტრადიციულ დიეტას, განსაკუთრებით, მოხუცთა დიეტას (ხავიწი, დოშორვა, სინორი, ასუთა, სუთლი და მისთ).

სხვადასხვა მიზეზებით გამოწვეული ღეჭვის პრობლემას უჩივის 20 (69%) მოხუცი, მათ შორის 8 მამაკაცი და 12 ქალი. ამასთანავე, ღეჭვის ძლიერ გართულებას აღნიშნავს მხოლოდ 1 მამაკაცი (8%) და 2 ქალი (12,5%). დანარჩენ შემთხვევებში ჭარბობს ღეჭვის უმნიშვნელო და საშუალო გართულება. 9 მოხუცს (31%) ღეჭვა არ გართულებია. (დიაგრამა N28).

ერთი მხრივ, ეს მონაცემები განსახილველია პროთეზებით კმაყოფილების მონაცემებთან კორელაციაში; როგორც აღვნიშნეთ პროტეზირებულთა 71% კმაყოფილია პროტეზირებით და, შესაბამისად, ღეჭვის პრობლემაც არ უნდა ჰქონდეს. მეორე მხრივ, მნიშველობა აქვს იმას, თუ რამდენი და რომელი კბილებია შენარჩუნებული.

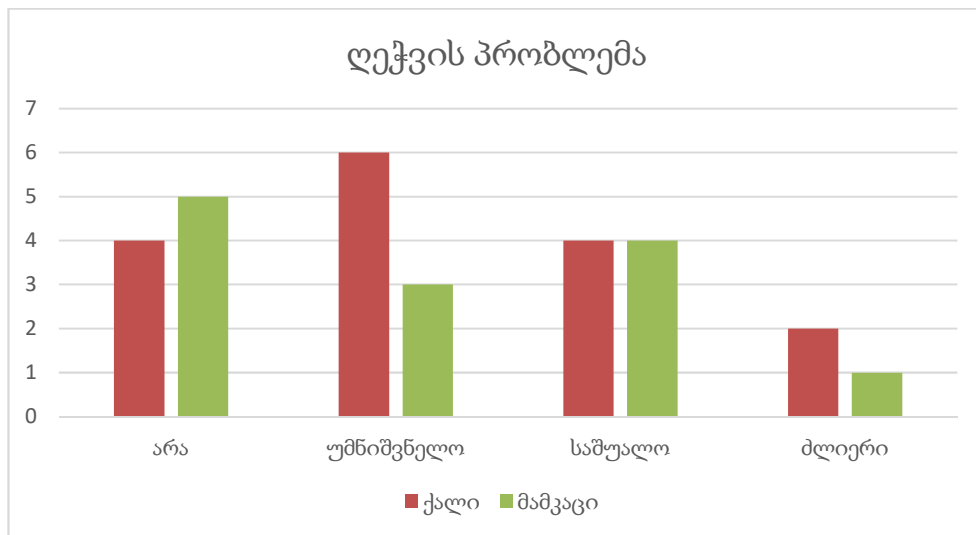
კარგი ღეჭვითი ფუნქციისთვის აუცილებელია, როგორც მინიმუმ, 10 ანტაგონისტი წყვილი კბილის არსებობა (Gil-Montoya JA et al., 2015). ხანდაზმულებს, ჩაკბეჩის არასაკმარისი (სუსტი) ძალა აქვთ, მათ დიდი დრო სჭირდებათ ღეჭვისთვის. ამას ემატება კბილების ნაკლებობა (ზოგჯერ, სრული ადენტია), რაც ღეჭვითი ეფექტის დაქვეითებასთან ერთად განაპირობებს უფრო რბილ საკვებზე გადასვლას .

საქართველოშიც კბილის დაკარგვის ძირითადი მიზეზი კარიესი და პაროდონტის დაავადებებია (Makhviladze G. et al., 2016).

მოხუცთა მიერ ღეჭვის პრობლემების უარყოფა შეიძლება განვიხილოთ მოხუცთა შესაბამის საკვებთან ადაპტაციით. მოხუცები უარს ამბობენ ხილსა და ბოსტნეულზე და მათზე მორგებული საკვებით იკვებებიან. ამასთანავე, კვლევები აჩვენებს, რომ კარგი პროტეზირებით შესაძლებელია ღეჭვითი ეფექტურობის გაუმჯობესება (Zhu Y. et al., 2014; Morais JA et al., 2003).

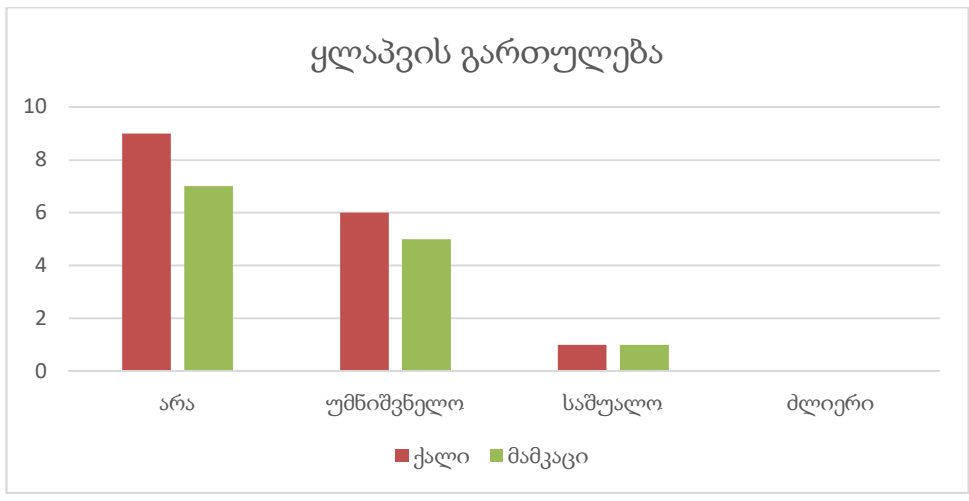
ყლაპვის გართულებას აღნიშნავს 13 მოხუცი (45%), რაც ამ ჩივილის საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლად უნდა მივიჩნიოთ; ამასთანავე, ამ სიმპტომის სიხშირე რამდენადმე დისონანსშია პირის ღრუს მხრივ რაიმე დიკომფორტის აღნიშვნის სიხშირესთან, რაც, სავარაუდოდ, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, აღქმის და გაცნობიერების პრობლემად უნდა მივიჩნიოთ. ამასთანავე, აღსანიშნავია, რომ ყლაპვის გართულება მძიმე ფორმით არ ვლინდება. ყლაპვის საშუალო სიმძიმით გართულება აღნიშნა 2-მა პაციენტმა (1 მამაკაცი და 1 ქალი). 11-მა მოხუცმა აღნიშნა ყლაპვის უმნიშვნელო გართულება (დიაგრამა N29).

დიაგრამა N28. ლექვის გართულება ხანდაზმულებში



ყლაპვის პრობლემაც შეიძლება გამოწვეული იყოს სიმშრალით, ლექვის დარღვევით, ორგანული პრობლემებით და ყლაპვის პროცესში მონაწილე კუნთების ინერვაციის დარღვევით (Lieu PK et al., 2001)

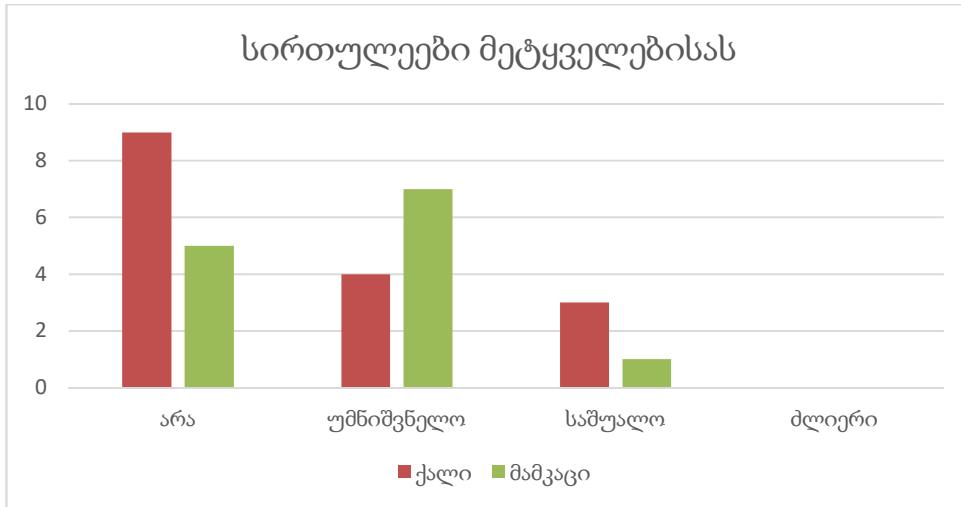
დიაგრამა N29. ყლაპვის გართულება ხანდაზმულებში



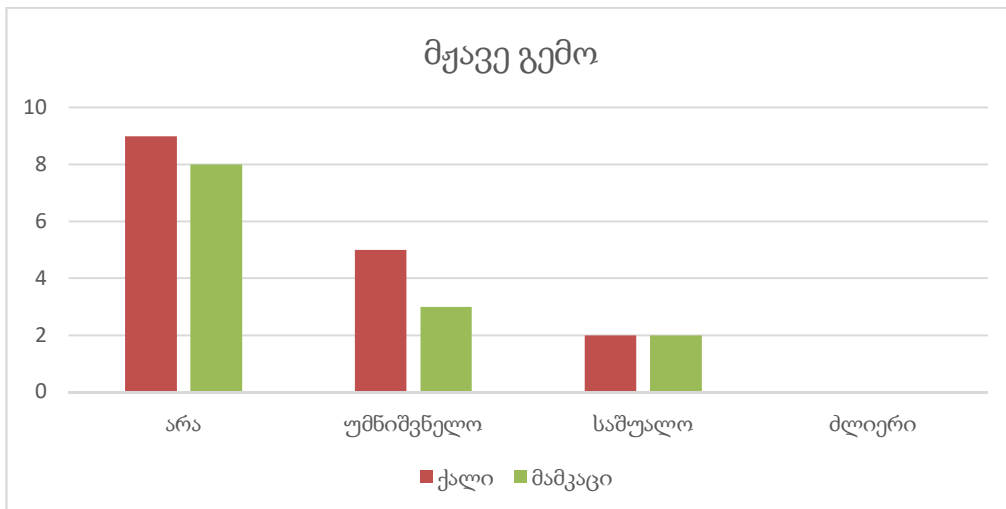
მეტყველების გართულება დააფიქსირა 15-მა მოხუცმა (52%), მათ შორის 11-მა უმნიშვნელო ხარისხის და მხოლოდ 4-მა საშუალო ხარისხის. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ არასწორ პროტეზირებას და პირის სიმშრალეს შეუძლია არტიკულაციის დარღვევა. სიმშრალის დროს რთულდება ენის მოძრაობაც, რაც ნორმალურ მეტყველებას შეუშლის ხელს. (დიაგრამა N30).

მჟავე გემო პირის ღრუში ზოგადად გავრცელებულ სიმპტომს არ წარმოადგენს. ის უკავშირდება პირში შექმნილი მჟავე გარემოს დროული განეიტრალების შეუძლებლობას. პირის ღრუში მჟავე გარემოს განეიტრალება ნერწყვზეა დამოკიდებული (Harding J., 2018). ჩვენ შემთხვევაში პირის შიმშრალე ფართოდ გავრცელებული სიმპტომი არაა და, შესაბამისად, მჟავე გემოსაც პირში ბევრი მოხუცი არ უჩივის.

დიაგრამა N30. სირთულეები მეტყველებისას ხანდაზმულებში



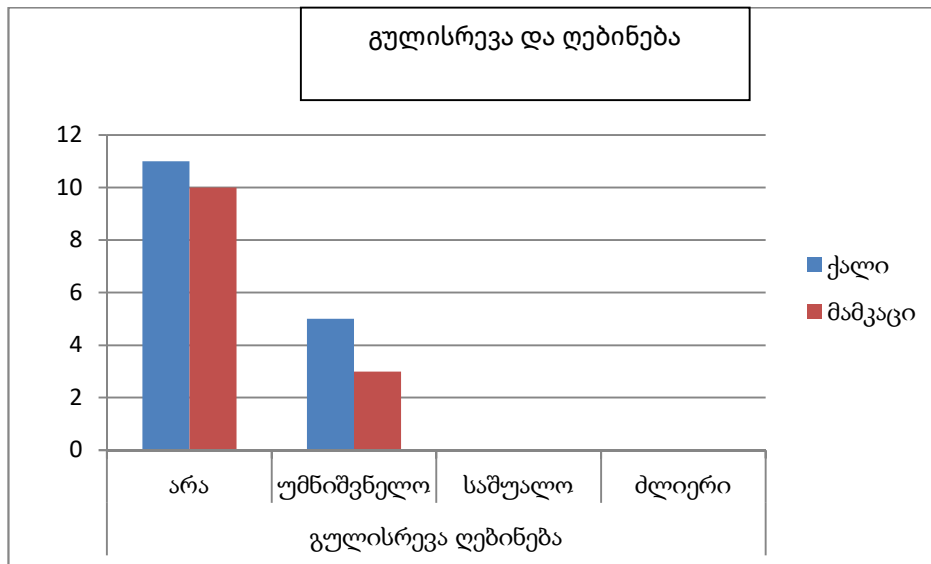
დიაგრამა N31. მჟავე გემო ხანდაზმულთა პირის ღრუში



ჩვენს მიერ ანკეტირებული 29 მოხუციდან ეს სიმპტომი აღნიშნა 13-მა (45%). აქაც „უმნიშვნელო სიძლიერის“ მაჩვენებელი სჭარბობს - დაფიქსირებულია 8 შემთხვევაში (3 მამაკაცი და 5 ქალი). საშუალო სიმძიმის მჟავიანობა აღნიშნა 2-მა მამაკაცმა და 2-მა ქალმა. ძლიერი მჟავე გემო არ აღნიშნულა არც ერთ შემთხვევაში. (დიაგრამა N31).

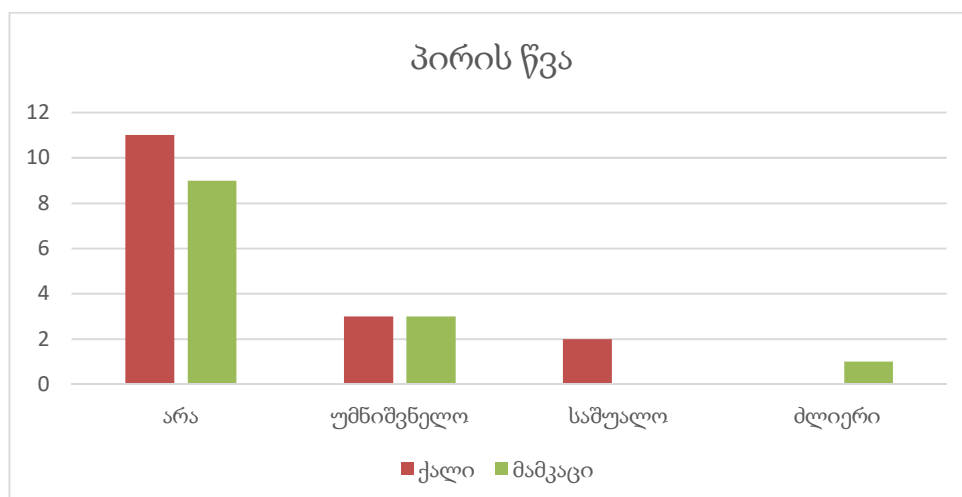
ანკეტირებულ მოხუცებში გულისრევა და ღებინება საკმაოდ იშვიათი სიმპტომი აღმოჩნდა. ის აღნიშნა მხოლოდ 8 (28%) პირმა - 3-მა მამაკაცმა და 5-მა ქალმა, თანაც უმნიშვნელო სიძლიერით გამოხატული. (დიაგრამა N32)

დიაგრამა N32. გულისრევა ღებინება ხანდაზმულებში



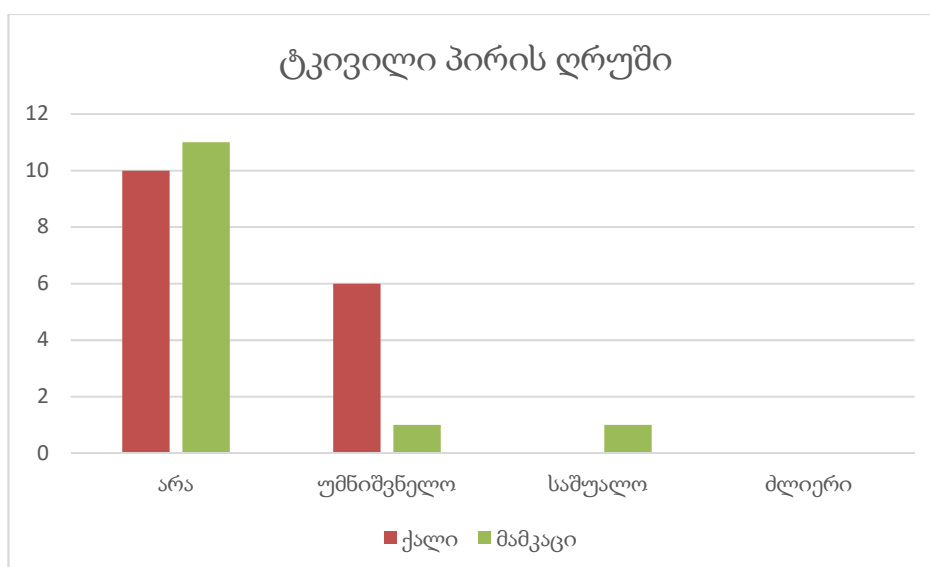
პირის წვის სიმპტომიც აღნიშნა მხოლოდ 9 მოხუცმა (31%). მათგან მხოლოდ 1-მა მამაკაცმა მიუთითა ძლიერ პირის წვა. 2 ქალს აღმოაჩნდა საშუალო სიძლიერის პირის წვა. დანარჩენ 6 შემთხვევაში პირის წვა სუსტად იყო გამოხატული (დიაგრამა N33).

დიაგრამა N33. პირის წვა ხანდაზმულებში



ჩვენს მიერ გამოკვლეულ კონტინგენტში ტკივილი საკმაოდ იშვიათი სიმპტომი აღმოჩნდა. პირის ღრუში საშუალო სიძლიერის ტკივილის უჩიოდა მხოლოდ 1 მამაკაცი, უმნიშვნელო ტკივილს კი 1 მამაკაცი და 6 ქალი, სულ 7 მოხუცი, რაც საერთო რაოდენობის 24%-ს შეადგენს. (დიაგრამა N34).

დიაგრამა N34. ტკივილი მხანდაზმულთა პირის ღრუში

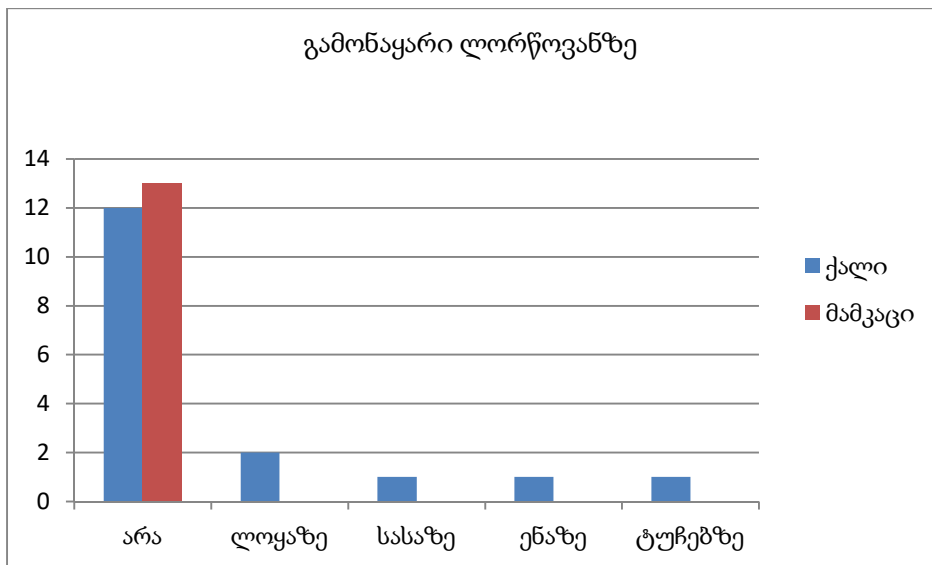


ლორწოვან გარსზე რაიმე სახის გამონაყარის (ატიპიური მორფოლოგიური ელემენტების) არსებობას 29 მოხუციდან 25 უარყოფს, რაც 86%-ს შეადგენს. ლორწოვანზე გამონაყარის ერთეული შემთხვევები აღინიშნა ლოყაზე, სასაზე, ენაზე და

ტუჩებზე. ეს მიუთითებს, რომ ჩვენს მიერ გამოკვლეულ კონტინგენტში პირის ღრუს ლორწოვან გარსს დამცველობითი ფუნქცია მეტ-ნაკლებად კარგად აქვს შენარჩუნებული (დიაგრამა N35).

ზემოთ მოტანილი მონაცემების გაანალიზება მიუთითებს, რომ ჩვენს მიერ გამოკვლეულ 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცებში, ისეთი სიმპტომების სიხშირე, როგორებიცაა ღეჭვის პრობლემები, პირის წვა, პირში მჟავე გემო, ყლაპვა, მეტყველების გართულება, გულისრევა და ღებინება, არცთუ ისე მაღალია. ეს სიმპტომები გაცილებით ხშირად აღინიშნება და, ამასთანავე, მეტი ინტენსივობითაა გამოხატული სხვა ავტორთა კვლევებში (Petersen PE et al., 2010; Murray Thomson W., 2014). აღნიშნულ სიმპტომთა ნაკლები სიხშირე და ინტენსივობა ჩვენს მიერ გამოკვლეულ კონტინგენტში უნდა უკავშირდებოდეს ამ მოხუცთა პირის ღრუს „ტენიანობის“ შენარჩუნებას, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს, როგორც გენეტიკურ, ისევე, ადგილობრივ დიეტურ ფაქტორებთან.

დიაგრამა N35. გამონაყარი ხანდაზმულთა ლორწოვან გარსზე



კითხვაზე თუ რა ხვედრითი წილი აქვს პირის ღრუს პრობლემებს ხანდაზმულთა საერთო მდგომარეობაში არც ერთმა მოხუცმა კონკრეტული პასუხი არ

გაგვცა. ყველა ანკეტირებული მოხუცის პასუხი იყო, რომ არანაირად აწუხებდათ პირის ღრუ.

ჩვენს (ექიმ-სტომატოლოგის) მიერ გამოკვლეული იქნა 56 მოხუცი (33 ქალი და 23 მამაკაცი).

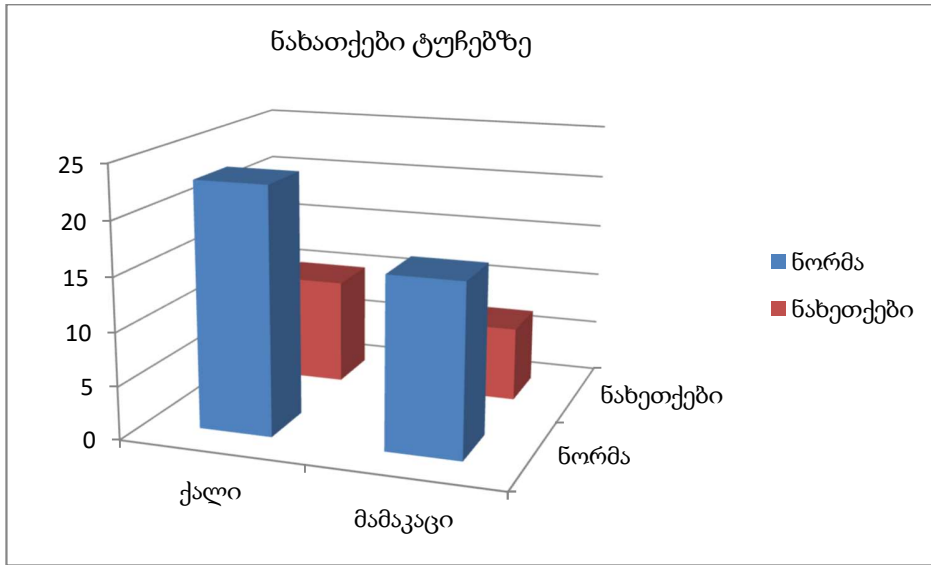
გამოკვლეული კონტინგენტიდან, მიუხედავად იმისა, რომ ყველა იყო ერთი ან რამდენიმე თანხმლები დაავადებების მატარებელი, მედიკამენტოზური მკურნალობა უტარდებოდა მხოლოდ 32 (57%) პაციენტს.

39 პაციენტს (70%) ტუჩების მდგომარეობა ჰქონდა ნორმალური, 17-ს (30%) აღენიშნებოდა ნახეთქები ტუჩებზე და პირის კუთხეებში. ამ სიმპტომის სიხშირე მამაკაცებსა და ქალებში დაახლოებით ერთნაირი იყო. (დიაგრამა N36)

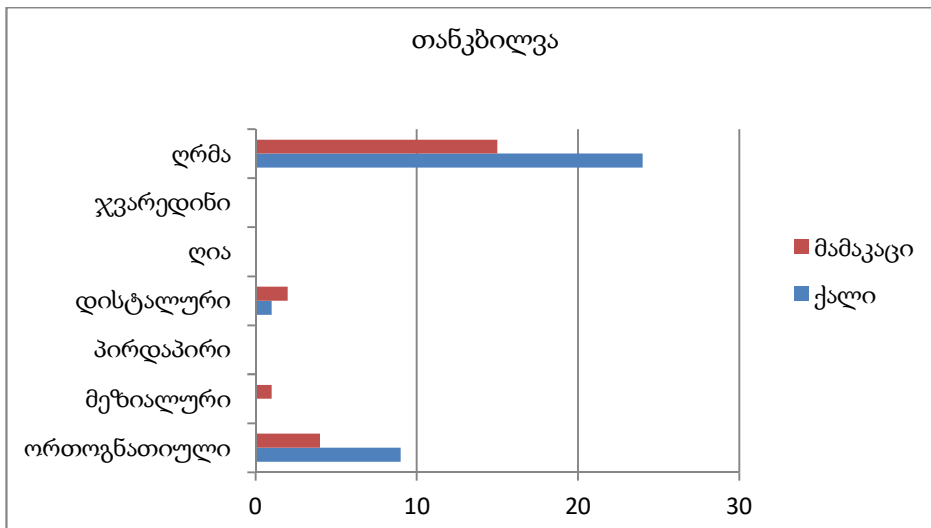
თანკბილვა ძირითადად მოხუცებისთვის დამახასიათებელ ფორმაში დაფიქსირდა (სახის ქვედა მესამედი სიმაღლეში კლებულობს, რის გამოც მოხუცებს ძირითადად აქვთ ღრმა თანკბილვა (Miyazaki H. et al., 2005) 39 მოხუცს (15 მამაკაცი და 24 ქალი). ეს საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია ორივე სქესობრივი ჯგუფისთვის და შეადგენს ქალთა 73% და მამაკაცების 65%.

დისტალური თანკბილვის სულ 3 შემთხვევა დაფიქსირდა, ხოლო მეზიალურის - მხოლოდ 1. დანარჩენ შემთხვევებში თანკბილვა იყო ორთოგნათიულთან მიახლოებული, რაც შეიძლება განპირობებული იყოს შემორჩენილი კბილებით ან დროული პროთეზირებით (Miyazaki H. Et al., 2005) (დიაგრამა N37).

დიაგრამა N36. ნახეთქები ხანდაზმულთა ტუჩებზე



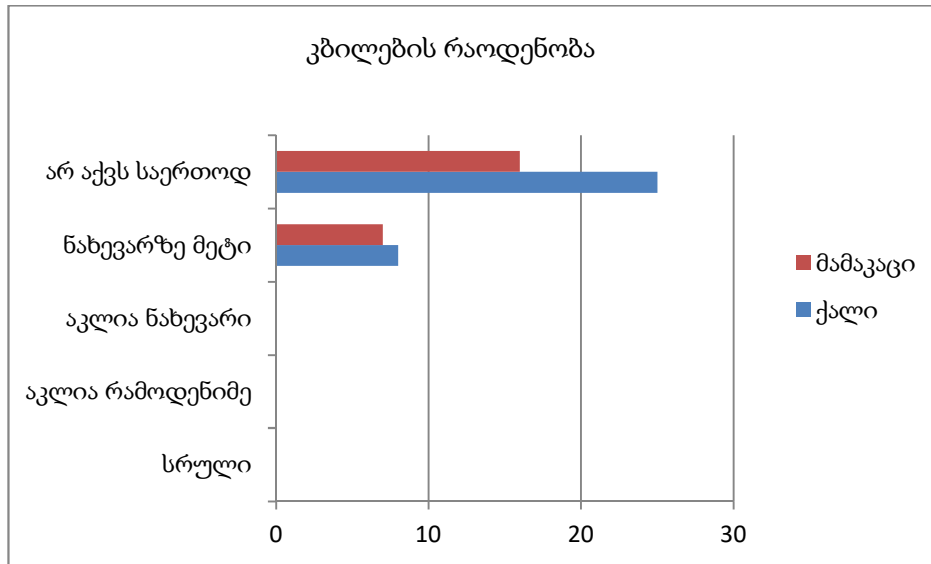
დიაგრამა N37. თანკბილვის სახეობები ხანდაზმულებში



41 მოხუცი (73%) - 16 მამაკაცი და 25 ქალი - იყო სრული ადენტიით. დანარჩენ 15 პაციენტს (27%) შემორჩენილი ჰქონდა რამოდენიმე კბილი. (დიაგრამა N38).

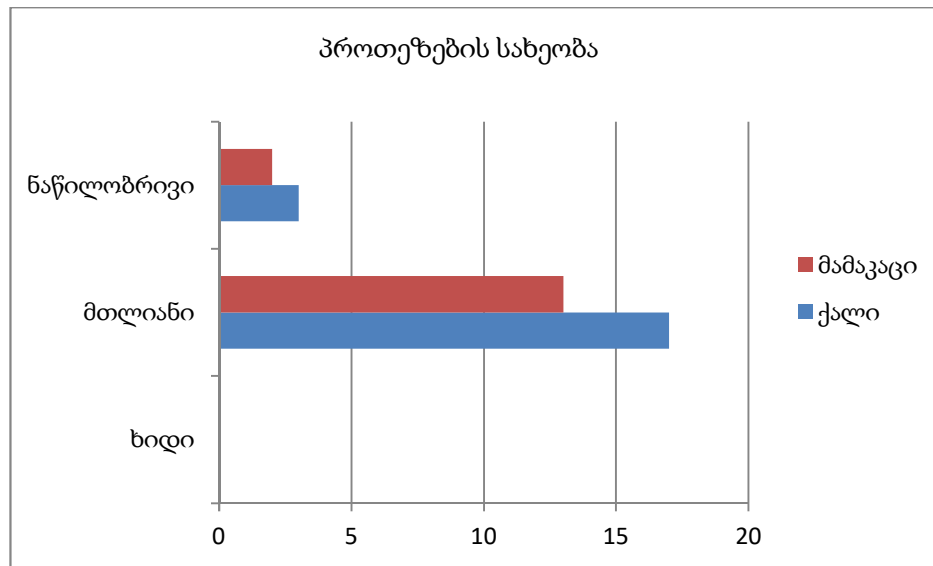
56 მოხუციდან 34 იყო პროთეზირებული, აქედან 29 (52%) ატარებდა მოსახსნელ პროტეზს, 5 (9%) კი - ნაწილობრივს. 22 მოხუცი საჭიროებდა პროტეზირებას. (დიაგრამა N39).

დიაგრამა N38. კბილების რაოდენობა ხანდაზმულებში



ეს მაჩვენებელი თანხვედრაშია საერთაშორისო სტატისტიკასთან, რომლის თანახმადაც, ბევრ ქვეყანაში მოხუცთა 50%-ზე მეტი უკბილოა, შესაბამისი პროთეზირების გარეშე (Holm-Pedersen P et al., 2015).

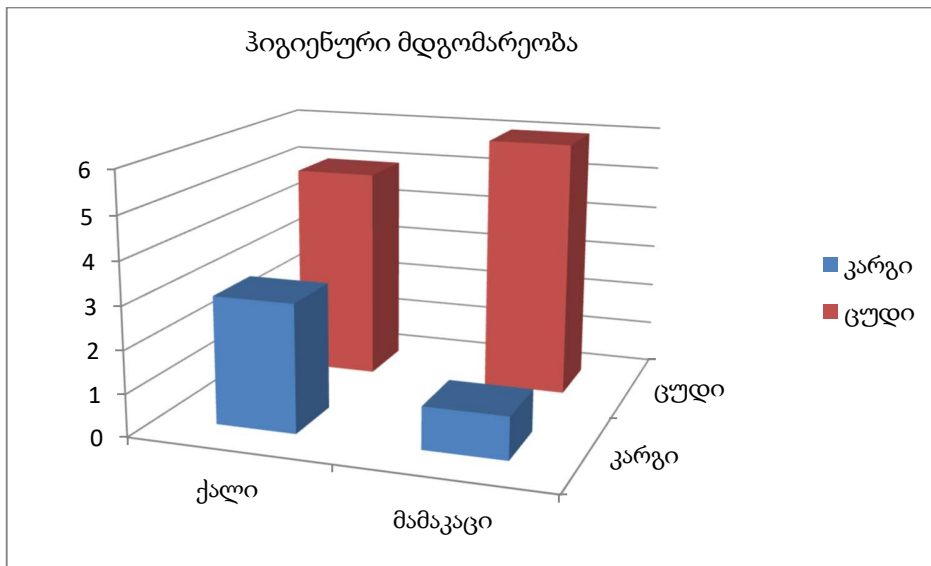
დიაგრამა N39. პროთეზების სახეობა ხანდაზმულებში



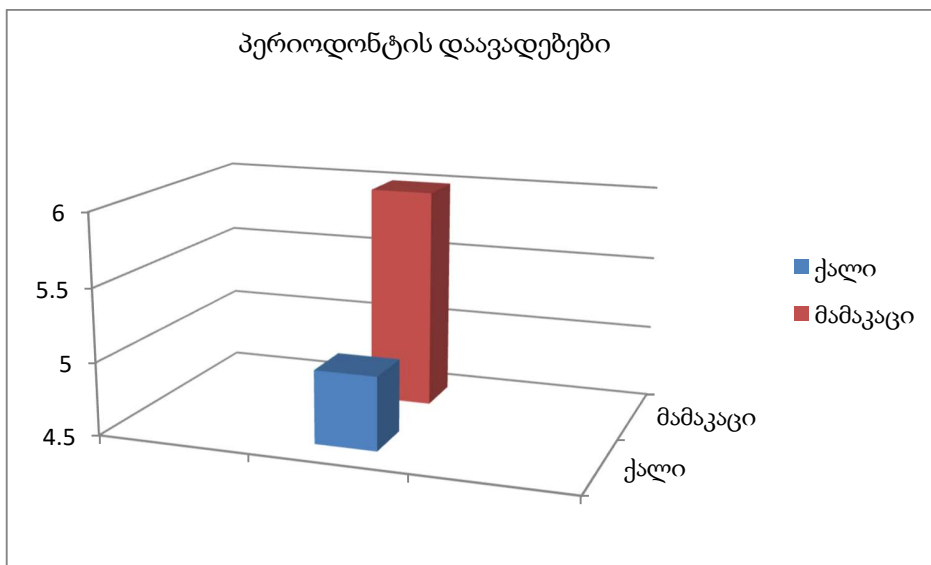
15 პაციენტიდან, რომელთაც ჰქონდათ შემორჩენილი რამოდენიმე კბილი, 11 შემთხვევაში აღინიშნებოდა პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენური მდგომარეობა (მხოლოდ 4 შემთხვევაში იყო პირის ღრუს ჰიგიენა დამაკმაყოფილებელი) და, შესაბამისად, 11- ვე შემთხვევაში, აღინიშნებოდა სხვადასხვა სახის პერიოდონტის დაავადებები. (დიაგრამა N40 და დიაგრამა N41).

პაროდონტის დაავადებები მოხუცების პირის ღრუს ყველაზე გავრცელებული დაავადებებია საქართველოში. ისინი კბილების დაკარგვის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს.

დიაგრამა N40. ხანდაზმულთა პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა



დიაგრამა N41. პაროდონტის დაავადებების არსებობა ხანდაზმულებში



პაროდონტის დაავადებები მოხუცებში, როგორც წესი, წარმოადგენს პერიოდონტის ქსოვილებში მიმდინარე ასაკობრივი ცვლილებების შედეგს. ეს შეიძლება იყოს გამოწვეული პერიოდონტურ ქსოვილებზე ნადების დიდი ხნის მანძილზე ექსპოზიციით (Suresh R., 2006). რაც თავის მხრივ, პირის ღრუს არასათანადო ჰიგიენით არის განპირობებული.

3. შეჯამება

ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების რისკი მთელს მსოფლიოში იზრდება. 2012 წელს 14 მილიონი ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა (Ferlay *et al.*, 2015), 2018 წელს კი 9,6 მილიონი ადამიანი დაუღუპა სიმსივნით (WHO 2018). გაერთიანებულ სამეფოში 2014 წელს კიბოს 357 000 ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა. ე.ი. ყოველდღიურად 980 შემთხვევა ფიქსირდება, ანუ ყოველ 2 წუთში 1 ადამიანს ესმება კიბოს დიაგნოზი (Cancer Research UK, 2017).

მომავალი 2 ათწლეულის მანძილზე ავთვისებიანი სიმსივნეების 70%-იანი ზრდა არის პროგნოზირებული. სიკვდილის წამყვან მიზეზებს შორის ავთვისებიანი სიმსივნეები მე-2 ადგილზეა. მათი მიზეზით 2015 წელს 8,8 მილიონი ადამიანი მოკვდა. ეს ნიშნავს, რომ ყოველი 6 სიკვდილიდან 1-ის გამომწვევი მაინც კიბოა. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში კიბოთი გარდაცვალების მაჩვენებელი გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობის 70%-ს აღწევს.

კიბოს ტერმინალური სტადიით დაავადებული პაციენტებისთვის ძალზე მნიშვნელოვანია დარჩენილი ცხოვრების ღირსეულად, საზოგადოების სრულფასოვან წევრად ყოფნის შეგრძნებით გატარება. ზემოთ ნაჩვენები რაოდენობრივი მონაცემების გააზრება იმის გათვალისწინებით, რომ გარდაცვლილთა 60 % სიკვდილამდე პერიოდში საჭიროებს ამა თუ იმ ინტენსივობისა და ხანგრძლივობის პალიატიურ მზრუნველობას, ხოლო პალიატიური მზრუნველობისაგან, უშუალოდ პაციენტის გარდა, საშუალოდ კიდევ ოჯახის 3 წევრი იღებს სარგებელს (დახმარებას, ხელშეწყობას, თანადგომას) (J. Strjersward, 2005), გასაგები გახდება ასეთი მზრუნველობის განვითარების აუცილებლობა და, შესაბამისად, ამ განვითარების ხელშეწყობის მნიშვნელობაც.

პალიატიური მზრუნველობა ეფუძნება ჰოლისტურ მიდგომას და თავის თავში მოიცავს ფსიქოლოგიურ, სულიერ, სოციალურ დახმარებას, მაგრამ ყველა იმ სიმპტომთა მართვასაც და კონტროლსაც, რომელიც სიცოცხლის მიწურულს აწუხებს (ტანჯავს) პაციენტს. მათ შორის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ტკივილის მართვა (Thorns A. *et al.*, 2000; Australia PC. 2005; King S, *et al.*, 2011). ადამიანთა სიცოცხლის მიწურულის ჩვილთა შორის გვხვდება ცალკე გამოყოფილი ქვეჯგუფის სახით „ჩვილები პირის

ღრუს მხრივ“; ამასთანავე, ტკივილის სიმპტომშიც შეიძლება ცალკე ქვეჯგუფის სახით გამოიყოს „ტკივილის პირის ღრუში“. მიჩნეულია, რომ პირის ღრუსმხრივი ისეთი პრობლემები, როგორცაა პირის სიმშრალე, სტომატიტი და ორალური კანდიდოზი ვითარდება სიმსივნური დაავადების პროგრესირებასთან ერთად (Wilberg P. et al., 2012; Sweeney MP et al., 2000; Trotti A. et al., 2003; Davies AN et al., 2008). საერთო მდგომარეობის გამო, ერთი მხრივ, და ქიმიოთერაპიის გვერდითი ეფექტების გამო, მეორე მხრივ, შორსწასული სიმსივნეების მქონე პაციენტებში დამატებით თავს იჩენენ სხვადასხვა ჩივილები პირის ღრუში (Berg P. et al., 2012). მათ შეუძლია გამოიწვიოს სხვადასხვა ფიზიკური, მენტალური და სოციალური პრობლემები, რომლებიც, თავის მხრივ, ამძიმებენ პირის ღრუს მდგომარეობას და ირიბად მოქმედებენ პაციენტთა სოციალურ აქტივობებზე და, შესაბამისად, სიცოცხლის ხარისხზე (Fischer DJ et al., 2014). სიცოცხლის ხარისხი კი, ფრიად მნიშვნელოვანია ყველა ადამიანის თუ პაციენტის ცხოვრებაში, დაავადების და ასაკის მიუხედავად. მაშინ, როდესაც მედიცინას აღარ ძალუძს დაავადებასთან ბრძოლა და სიცოცხლის გახანგრძლივება, მზრუნველობის ფოკუსი გადადის ხარისხის შენარჩუნებაზე. მედიკოსები ცდილობენ პოზიტიურად იმოქმედონ პაციენტზე და შეუმსუბუქონ ის მძიმე მდგომარეობა, რომელშიც იმყოფებიან (Brumley R. et al., 2007).

დადასტურებულია, რომ პაციენტთა საერთო მდგომარეობასა და სიცოცხლის ხარისხზე მნიშვნელოვანი ზეგავლენა აქვს პირის ღრუს მდგომარეობას. პირის ღრუში არსებული პრობლემების შედეგად პაციენტებს ერღვევათ ფრიად მნიშვნელოვანი (სასიცოცხლო მნიშვნელობის) ფუნქციები, რომლებიც იწვევენ კვებისა და მეტყველების დარღვევას, რაც საერთო ჯამში პაციენტის მდგომარეობის კიდევ უფრო დამძიმების და დეპრესიის მიზეზი ხდება. დაავადების ტერმინალურ სტადიის მქონე პაციენტებს, ერთი მხრივ, და ღრმად მოხუცებს, მეორე მხრივ, პირის ღრუს მოვლა ხშირად უჭირთ, რაც ამძიმებს პირის ღრუს მდგომარეობას და, შესაბამისად, ზოგად მდგომარეობას. ყოველივე ამის გამო, მიუხედავად დარჩენილი სიცოცხლის პერიოდის სიმცირისა, პირის ღრუს პრობლემები აუცილებლად საჭიროებს მოგვარებას (Davis AN et al., 2015).

ამასთანავე, როგორც უკვე აღინიშნა, ცალსახადაა აღიარებული, რომ ხანდაზმულთა, ისევე როგორც ონკონკურაბელურ პაციენტთა პალიატიურ მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას, გათვალისწინებული უნდა იყოს თავად აღნიშნული კონტინგენტის მოთხოვნილებები და საჭიროებები, თანაც ეროვნულ-კულტურულ-ტრადიციულ-რელიგიურ თავისებურებათა გათვალისწინებით (Besdine R., et al., 2005; Kordzaia D., 2012, N. Chikhladze, M. VelijanaSvili, D. Kordzaia, et al., 2016).

ჩვენს წინა კვლევაში ჩვენ ვაჩვენეთ, რომ, როგორც კიბოს შორსწასული სტადიით დაავადებულ პირებში, ისე 85 წელს გადაცილებულ მოხუცთა მონათხრობებში, ჩივილებზე და სიმპტომებზე საუბარს ცალსახად სჭარბობს ისეთი ისტორიები, რომლებსაც აბრაამ მასლოუს მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა იერარქიაში შეესაბამება სოციალური ურთიერთობის, სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილებები (The Attitudes, Needs, and Requirements at End of Life in the Republic of Georgia (Comparative Analysis of Groups of Patients With Cancer and Elders). Journal of palliative care, 2018, 33. Jg., Nr. 4, S. 252-259).

აღნიშნული კვლევის დროს მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში აღინიშნა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ. ეს ერთგვარად მოულოდნელი აღმოჩნდა, რადგანაც, ერთი მხრივ, ღრმა მოხუცებში პირის ღრუსა და კბილების ასაკობრივი პრობლემები საყოველთაოდ ცნობილია, ხოლო მეორე მხრივ, ონკონკურაბელურ პაციენტებში, ქიმიოთერაპიული მკურნალობა, როგორც აღვნიშნეთ, არაიშვიათად წარმოადგენს პირუს ღრუს მხრივ დამატებითი ჩივილების წარმოშობის მიზეზს.

სწორედ აღნიშნულის გამო გადაწყდა შეგვემოწმებინა ე.წ. „სამუშაო ჰიპოთეზა“ - ხომ არ იყო პირის ღრუს ჩივილებზე ნაკლებად დაფოკუსება იმ ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუების „ბრალი“, რომლებიც გამოყენებული იყო ჩვენს მიერ. მათი ფორმატი ხომ არ პროვოცირებდა ტრანსცენდენტურობის წინ წამოწევას?

ამ მიზნით ჩვენს მიერ გამოკვლეული იქნა 2 ჯგუფი - ონკონკურაბელური პაციენტები და 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცები. გამოკვლევა ორ ეტაპიანი იყო: 1) მათ მიერ სწორედ პირის ღრუს ჩივილებზე ორიენტირებული კითხვარის (1-ლი კითხვარი) შევსება - ცალკეული კითხვის მხოლოდ ერთი პასუხის შემოხაზვით, და 2) კვლევაში

ჩართულ პირთა პირის ღრუს გამოკვლევა ექიმ სტომატოლოგის მიერ (ობიექტური გამოკვლევა) შედეგების შესაბამის კითხვარში (მე-2 კითხვარი) დაფიქსირებით. ონკოპაციენტთა და მოხუცთა მე-2 კითხვარები განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან (დეტალურად იხილეთ თავი „მასალა და მეთოდები“).

1-ელ კითხვარში დასმული იყო 16 კითხვა, აქედან 4 შეკითხვა იყო ზოგადი ხასიათის, დანარჩენი 12 - პირდაპირ კავშირში იყო პირის ღრუს მდგომარეობასთან; მათგან 10 კითხვა შეეხებოდა სხვადასხვა სიმპტომის არსებობას, ხოლო 2 - პროთეზების ტარებას და მათით კმაყოფილებას. ექიმი-სტომატოლოგის მიერ შესავსები მე-2 კითხვარი ონკოპაციენტების შემთხვევაში შედგებოდა 18 პუნქტისგან, ხოლო ხანდაზმულებში- 16 პუნქტისგან. ის მოიცავდა პაციენტის საპასპორტო მონაცემებს, საერთო მდგომარეობის შესახებ კითხვებს და პირის ღრუს მდგომარეობის დახასიათებას. 1-ელ და მე-2 ანკეტების კითხვებს შორის აღინიშნებოდა გარკვეული საკითხების იდენტურობა (გადაფარვა), რაც საშუალებას იძლეოდა შეგვედარებინა პაციენტთა პირის ღრუსმხრივი ჩივილები ამავე პაციენტთა პირის ღრუების ექიმ-სტომატოლოგის მიერ გამოკვლევის შედეგებთან.

სუბიექტური გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ 21 პაციენტი იყო პროთეზირებული სხვადასხვა ტიპის კონსტრუქციით. ობიექტური გამოკვლევის შედეგად ექიმმა სტომატოლოგმა აღმოაჩინა 25 სხვადასხვა სახეობის ორთოპედიული კონსტრუქცია. იყო შემთხვევები, როდესაც 1 პაციენტს ჰქონდა 2 ტიპის კონსტრუქცია ერთდროულად. 21 პროთეზირებული პაციენტიდან, 15 კმაყოფილი იყო პროთეზირებით, 6- არა (ანუ საჭიროებდა ხელახალ პროთეზირებას). ექიმ-სტომატოლოგმა აღმოაჩინა, რომ დამატებით კიდევ 16 პაციენტი საჭიროებდა პროთეზირებას (მანამდე მათ არ ჩატარებიათ ორთოპედიული მკურნალობა). მათ დაემატებათ 6 პროთეზით უკმაყოფილო პაციენტი და ჯამში ორთოპედიულ მკურნალობას საჭიროებს 22 ონკონკურაბელური პაციენტი.

ობიექტური დათვალიერებით 41 პაციენტს აკლდა კბილთა რაოდენობის ნახევარი, ნორმალური ლექვისთვის კი მინიმუმ 10 ანტაგონისტი კბილია საჭირო (სულ 20), ჩვენ პაციენტებს 20 კბილზე ნაკლები ჰქონდათ. 41 პაციენტიდან ლექვითი ფუნქცია

აღდგენილი ჰქონდა 15 პროთეზირებით კმაყოფილ პაციენტს, 26 კი დარღვეული აქვს ლექვის ფუნქცია და არ შეესაბამება სუბიექტურ მონაცემებს, სადაც ლექვა უჭირს 20 პაციენტს (6 პაციენტით ნაკლები თვლის, რომ უჭირს ლექვა).

რაც შეეხება მორფოლოგიურ ელემენტებს ლორწოვან გარსზე, დამთხვევაა სუბიექტურ და ობიექტურ მონაცემებს შორის. სულ 6 პაციენტს დაუფიქსირდა გამონაყარი ლორწოვან გარსზე და ასევე 6 პაციენტმა განაცხადა გამონაყარის შესახებ.

ხანდაზმულებს და ონკონკონკურაბელურ პაციენტებს აქვთ მთელი რიგი პირის ღრუსმხრივი ჩივილებისა, რომელთა გამომწვევი მიზეზები სხვადასხვაა, თუმცა მათი განვითარების მექანიზმი მსგავსია.

ძირითადი ჩივილი უკავშირდება პირის სიმშრალეს ანუ ქსეროსტომიას. ქსეროსტომია, როგორც მოხუცებში, ისე ონკოპაციენტებში, საკმაოდ ფართოდ გავრცელებული სიმპტომია. ონკოლოგიურ პაციენტებში მისი სიხშირე 94%-ს აღწევს. მისი გამომწვევი ძირითადი მიზეზი არის ქიმიოთერაპია ან სხვა ტიპის მედიკამენტოზური მკურნალობა, ასევე ადგილობრივი ქირურგიული ჩარევა ან სხივური თერაპია. ქსეროსტომია, თავის მხრივ, მხრივ მთელი რიგი სიმპტომების გამომწვევი მიზეზი შეიძლება გახდეს (Morita T. et al., 2001).

ჩატარებულია უამრავი კვლევა მშრალი პირის ღრუს სინდრომის გავლენის შესახებ ხანდაზმულთა პირისღრუსმხრივ ჩივილებზე, ასევე, ზოგადად ცხოვრების ხარისხზე (Hahnel S, et al., 2014). შესწავლილია სხვადასხვა მიდგომები, მათ შორის პროდუქტები, რომლებიც მითითებულია მშრალი პირის ღრუს სამკურნალოდ, მაგალითად, ხელოვნური ნერწყვი და ნერწყვის მასტიმულირებელი საშუალებები (პილოკარპინი), მაგრამ შედეგები არაკეთილსაიმედოა. პალიატიური ღონისძიებები მოიცავს: ქსეროსტომიის ძირითადი მიზეზების გამოსწორებას (წამლები, დიაბეტი და ა.შ.); მშრალი ცხელი გარემოს, მშრალი საკვების, წამლების, ალკოჰოლის და მოწევის გამორიცხვას, ისეთ სიტუაციებში / საქმიანობებში, რამაც შეიძლება გაზარდოს სიმშრალე; პირის რეგულარული დატენიანება წყლის მცირე წვეთებით, ტუჩის ბალზამი ან ზეთუნის ზეთით (Porter SR et al., 2004; Plemons JM et al., 2014) ინდივიდი, ვისაც მშრალი პირი აქვს, მოითხოვს პროფილაქტიკურ ზომებს ნერწყვის არარსებობის მიერ

გამოწვეული შედეგების წინააღმდეგ, მათ შორის კარიესის, პერიოდონტის დაავადებისა და კანდიდოზის დროს (Plemons JM et al., 2014).

ქსეროტომიის და სანერწყვე ჯირკვლის ჰიპოფუნქციის მაღალი გავრცელება დადასტურებულია ასაკოვან ადამიანებში (Singh ML et al., 2014). აქედან გამომდინარე, მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად პირის ღრუს სიმშრალე უფრო აქტუალური ხდება (Petersen PE et al., 2010). ხანდაზმულებში ქსეროტომიის მიზეზად განიხილება სანერწყვე ჯირკვლებში მიმდინარე ასაკობრივი დისტროფიული პროცესები, ასევე, სხვადასხვა მედიკამენტოზური საშუალებები, რომლებსაც პაციენტები ხსირად ირებენ ასაკთან შეჭიდული ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ (Petersen PE et al., 2010). განსაკუთრებით აღსანიშნავია ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები, ანტიდეპრესანტები და ანტიფსიქოტროპული საშუალებები (Scully C., 2003; Singh ML et al., 2014; Mortazavi H. et al., 2014).

ჩვენს მიერ გამოკვლეულ კონტინგენტში ქსეროტომიის ძალიან დაბალი მაჩვენებელი - 34% - შეიძლება აიხსნას აჭარის რეგიონისთვის დამახასიათებელი დიეტით, რომელიც, ერთი მხრივ, დაბალანსებულია, მეორე მხრივ კი - დამზოგველი. ამასთანავე, ნაკლებად შეიცავს ცხარე და მჟავე ინგრედიენტებს.

სხვადასხვა მიზეზებით (არა სიმშრალით) გამოწვეული დისკომფორტი ხშირია მსგავს პაციენტებში. ჩვენ შემთხვევაში ონკოინკურაბელურ და ხანდაზმულ პაციენტებს თითქმის ერთი და იგივე სიხშირით დაუფიქსირდათ 60 და 59%-ში. ერთ-ერთ ყველაზე მძიმე პირის ღრუსმხრივ გართულებას, როგორც ინკურაბელურ პაციენტებს შორის, ასევე ხანდაზმულებში წარმოადგენს პირში გემოს შეგრძნების დარღვევა. მის საფუძველზეც პაციენტებს ხშირად უვითარდებათ უმადობა და საერთოდ უარს ამბობენ საკვების მიღებაზე (Ahmed T. et al., 2010). გემოს აღქმის დარღვევას, ორივე შემთხვევაში, სხვადასხვა მიზეზი და მექანიზმი შეიძლება ჰქონდეს. ძირითადად ის პირის სიმშრალეს შეიძლება მოჰყვეს, სიმშრალე კი თავის მხრივ ონკოლოგიური მკურნალობის მეთოდების შედეგია პალიატიურ პაციენტებში, მოხუცებში კი შესაბამისი მედიკამენტოზური მკურნალობის და სანერწყვე ჯირკვლებში ასაკობრივი

დისტროფიული ცვლილებების. ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ჯგუფებში გემოს შეგრძნების დარღვევა უფრო ხშირია პალიატიურ პაციენტებში (70%), რაც შესაბამისობაშია საერთაშორისო კვლევების მონაცემებთან (Davies AN et al., 2015). 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცთა ჯგუფში გემოს შეგრძნების დარღვევა შედარებით იშვიათად (41%) აღინიშნება, რაც შესაბამისობაშია ჩვენს სხვა შედეგთან, რომლის თანახმადაც, აღნიშნულ ჯგუფში ქსეროსტომიაც უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ამას სხვა ავტორები აღნიშნავენ (Van der Putten GJ et al., 2014). ეს კიდევ უფრო აძლიერებს ჩვენი ვარაუდის საფუძვლიანობას, რომ გამოკვლეულ მოხუცებში ქსეროსტომიის შედარებით დაბალი მაჩვენებელი კავშირში უნდა იყოს აჭარის რეგიონის ტრადიციულ, დაბალანსებულ დიეტასთან. მიჩნეულია, რომ საქართველოს სხვა რეგიონებთან შედარებით აჭარის და ფშავ-ხევსურეთის ტრადიციული კერძები ყველაზე ნაკლებად შეიცავენ მჟავე, ცხარე და მარილიან ინგრედიენტებს.

პირში მჟავე გემოს შეგრძნებას ორივე შემხვევაში ერთი და იგივე მექანიზმი აქვს და ის უკავშირდება პირში მჟავე გარემოს მომატებას, ნერწყვის რაოდენობრივი კლების გამო გამოწვეული გამანეიტრალებელი ფუნქციის ნაკლებობით. ანუ ნერწყვის არასაკმარისი რაოდენობა ვერ ახერხებს მჟავე გარემოს დროულ განეიტრალებას, რაც პაციენტებს პირში მჟავე გემოს უტოვებს. მოხუცების შემთხვევაში ისევ და ისევ ადგილი აქვს სიმპტომის მხოლოდ სუსტ მაჩვენებელს, რაც ასევე ქსეროსტომიის დაბალ მაჩვენებელთან უნდა იყოს დაკავშირებული. ონკოინკურაბელურ პაციენტებში პირში მჟავე გემო აღინიშნა 15-ჯერ, ამასთანავე, ძირითადად ასაკოვან კატეგორიაში.

სხვადასხვა ხარისხის ადენტია ფართოდაა გავრცელებული პაციენტთა ორივე ჯგუფში და შესაბამისად ადგილი აქვს თანკბილვის დარღვევებსაც.

მიუხედავად ადენტის სიხშირისა ონკოინკურაბელურ პაციენტთა მხოლოდ 50% იყო პროთეზირებული, თუმცა ამ 50%-დან ბევრი არ იყო კმაყოფილი პროთეზებით. თითქმის იგივე სიტუაციაა ხანდაზმულებში, 56 პაციენტიდან 35 იყო პროთეზირებული.

საზოგადოდ, კბილების დაკარგვა არანამკურნალეობი კარიესის და პაროდონტის დაავადების ბოლო ეტაპია. ის სრულდება საბოლოოდ ედენტულიზმით, რაც საკმაოდ

ხშირია და წარმოადგენს არასრულყოფილი სტომატოლოგიური მეთვალყურეობის შედეგს.

ადენტია პირდაპირ კავშირშია ლექვასა და კვების პრობლემებთან. ზოგი ავტორი ვარაუდობს, რომ ის შეიძლება იყოს კავშირში სიკვდილის მიზეზთანაც (Polzer I. et al., 2012; Brown DW 2009), ხოლო სხვები მას უკავშირებენ სიცოცხლის დაბალ ხარისხს (25-Emami E. Et al.,2013). ეპიდემიოლოგიური მონაცემები გერიატრიული პოპულაციების შესახებ მიუთითებს ქვეყნებში ადენტის ხარისხის მრავალფეროვან ცვალებადობაზე, რაც დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე: სტომატოლოგიური სერვისების გამოყენება, სახელმწიფო ფინანსური დახმარების გაწევა, ან / და პირის ღრუს ჯანმრთელობის პოლიტიკის განხორციელება.

უკბილობის პრობლემა გამძაფრებულია, როდესაც ლექვის ფუნქციის აღდგენა სტომატოლოგიური პროთეზებით ვერ ხერხდება. მრავალფეროვანმა კვლევებმა აჩვენეს, რომ სულ ცოტა 10 მოფუნქციონირე ანტაგონისტური წყვილი კბილია აუცილებელია ნორმალური ლექვითი ფუნქციის უზრუნველსაყოფად (Shinsho F., 2001; Käyser AF 1990). პროთეზების მქონე პირებს შორის ყველაზე ხშირად გავრცელებული მდგომარეობები არის სტომატიტი და ტრავმული წყლული, რომელიც შეიძლება გამწვავდეს ცუდი კვებით და არაჯანსაღი ცხოვრების წესით, მათ შორის პირის ღრუს ჰიგიენის დაუცველობით, თამბაქოს და ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მოხმარებით (Petersen PE 2010). პროთეზების მოვლა, ჰიგიენის დაცვა და რუტინული კონტროლი აუცილებელია, რათა არ მოხდეს პირის ღრუს ჯანმრთელობის დარღვევა.

ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ჯგუფებში კბილების ჰიგიენური მდგომარეობა საკმაოდ ცუდი იყო და კორელირებდა პაროდონტის დაავადებებთან, რასაც საბოლოოდ კბილების ჯერ მორყევა და შემდეგ დაკარგვა შეუძლია გამოიწვიოს. მოხუცების და ონკოპაციენტების მხრიდან პირის ღრუს ჰიგიენის არ დაცვა მათი საერთო სისუსტით და პირის ღრუს ჯანმრთელობის მნიშვნელობის არ აღიარებით უნდა იყოს გამოწვეული. პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა 25 ონკოინკურაბელურ პაციენტს და 11 ხანდაზმულს დაუფიქსირდა. 33 ონკოპაციენტს და 11 მოხუცს კი დაუფიქსირდა პერიოდონტის დაავადება.

პაროდონტის დაავადებები ძალიან ხშირი პრობლემაა. მას იწვევს ბაქტერია და გამოიხატება ღრძილების შეშუპებით, სიწითლით და სისხლდენით. ის შეიძლება ავიცილოთ თავიდან კბილების დღეში ორჯერ 2-3 წუთიანი გამოხეხვით და კბილებს შორის ინტერვალების საწმენდი საშუალებების გამოყენებით. თუ არ შენარჩუნდა პირის ღრუს სისუფთავე, გინგივიტი გარდაუვალია. ის შეიძლება გადაიზარდოს პერიოდონტის დაავადებებში. პაროდონტის დაავადების ეპიდემიოლოგიურმა მონაცემებმა ცხადყო, რომ ხანდაზმულებში ყველაზე ხშირად აღმოჩენილია ბაქტერიული ნადების დაგროვება, რასაც მოყვება გინგივიტი და ალვეოლური მორჩის ძვლის სუსტი და ზომიერი დაზიანება (Hirotomi T. et al., 2002). 37 ქვეყანაში ჩატარებული კვლევების სისტემური მიმოხილვის თანახმად (Kassebaum NJ et al., 2014) ასაკის მატებასთან ერთად პაროდონტიტის სიმძიმე მატულობს, რაც ზრდის კბილების დაკარგვის ალბათობას.

ღეჭვის პრობლემა საკმაოდ აქტუალურია ორივე ჯგუფში. ის დაკავშირებულია პირის ღრუში არსებულ ბევრ პრობლემასთან, რომელთა შორისაც ძირითადია ადენტია და პროთეზების შეუსაბამობა(უხარისხობა). ორივე ეს მიზეზი გვხვდება ონკოლოგიური პაციენტების თითქმის ნახევარში (44 %) და 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცების 2/3-ში (69%). ამასთანავე, ექიმ-სტომატოლოგის გამოკვლევით დადგენილი მდგომარეობა იმაზე მძიმეა, ვიდრე ეს მხოლოდ გამოკვლეულ პირთა ჩივილებით შეიძლებოდა გვევარაუდა. ეს მიუთითებს, რომ ონკოპაციენტთა და მოხუცთა გარკვეული რაოდენობა ადაპტირებულია პირის ღრუს მდგომარეობასთან და შესაბამის კვებასთან, ამასთანავე, შექმნილი ვითარება ნორმად მიაჩნია.

ღეჭვასთან არის კორელაციაში ყლაპვის პრობლემაც. მოხუცთა დიდი ნაწილი უჩივის ყლაპვის გართულებას(45%), ონკოპაციენტებშიც კი უფრო ხშირი ის ასაკოვან პაციენტთა ჯგუფზე მოდის და ჯამში 20 პაციენტს აწუხებს (40%). ყლაპვის პრობლემა შეიძლება იყოს გამოწვეული ყლაპვაში მონაწილე კუნთების დისფუნქციით, ინერვაციის დარღვევით ან ასაკობრივი ატროფიით. ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ დაავადების პროგრესირებასთან ერთად საკვების მიღების შესაძლებლობა მცირდება.

პაციენტთა 70%-ში, რომელთაც ერღვევით პირით კვების შესაძლებლობა, უვითარდებათ ანორექსია, რაც წონაში კლებას იწვევს (Dale MJ, 2001).

მიჩნეულია, რომ ხანდაზმულებში არასწორი კვება ასევე ასოცირდება ყლაპვის პრობლემებთან, ძირითადად ცუდი ღეჭვის, ნერწყვის ნაკლებობის და, ზოგჯერ, ორგანული მიზეზების გამო (Lieu PK et al., 2001). ამ დროს ძირითადი რეკომენდაციაა საკვები რაციონის თანმიმდევრულობის შეცვლა, გარკვეული საკვების ამოღება და კვების შესაძლო დეფიციტის შემცირება (Garcia JM et al., 2010). თუმცა, საკვების შერევის/შერწყმის გავრცელებულმა პრაქტიკამ შეიძლება შეამციროს მისი მიმზიდველობა, გემოვნება და ასევე მისი კალორიულობა, ცილები და შემცველობაც კი. (Wright L, 2005; Whelan K., 2001).

მეტყველების დარღვევის მექანიზმი ონკონკურაბელურ პაციენტებში და ხანდაზმულებში მსგავსია. (Aldred MJ et al., 1991 Mar;11(2):59-62; Jobbins J. et al., 1992). მეტყველების გართულება შეიძლება გამოწვეული იყოს არასწორი პროთეზირებით, ნევროლოგიური დარღვევით ან ისევე ნერწყვის ნაკლებობით. სიმშრალის და არასწორი პროტეზირების დროს ენის მოძრაობა შეზღუდულია, რაც არ იძლევა ნორმალური კომუნიკაციის საშუალებას. ჩვენ შემთხვევაში ის უფრო ხშირია მოხუცებში (52%), ხოლო ონკოპაციენტების მხოლოდ 15 შემთხვევაში დაფიქსირდა. მოხუცებში მისი მაღალი მაჩვენებელი კორელაციაშია შეუსაბამო პროტეზირებასთან.

ლორწოვან გარსზე რაიმე სახის გამონაყარი პირდაპირ კავშირშია კიბოს მკურნალობის მეთოდებთან და შესაბამისად ის ფიქსირდება მაშინ, როდესაც პაციენტი იმყოფება ონკოლოგიურ მკურნალობაზე. ლორწოვანის დაზიანება ონკოპაციენტებს აყენებს სეფსისის და სეპტიცემიის რისკის ქვეშ (UK Oral Mucositis in Cancer Group, 2015). ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაავადებები აღენიშნა 6 ონკოპაციენტს (12%) და 4 (14 %) მოხუცს. ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაავადებები ხასიათდება წყლულების წარმოქმნით, რაც იწვევს ტკივილს, დისფაგიას და მეტყველების გართულებას.

გამოკვლევულ კონტინგენტში აღსაღნიშნავი სიმპტომი იყო ტუჩებსა და პირის კუთხეებში ნახეთქების არსებობა. ლოგიკურია მათი დაკავშირება სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქციასთან და, შესაბამისად, ის ხშირია ონკონკურაბელურ

პაციენტთა ჯგუფში (26%). საინტერესოა, რომ მიუხედავად ქსეროსტომიის დაბალი მაჩვენებლისა, ტუჩებსა და პირის კუთხეებში ნახეთქები ხანდაზმულთა 30%-შიც აღინიშნა.

მიუხედავად აღწერილი მდგომარეობებისა ონკოპაციენტთა 40% თვლის რომ მათ პირის ღრუში რაიმე განსაკუთრებული ცვლილებები არ აღინიშნებათ. პაციენტთა 90% მიუთითებს სიცოცხლის ხარისხის ამა თუ იმ დონის გაუარესებას, თუმცა ამ გაუარესების მიზეზად არ განიხილავენ პირის ღრუს პრობლემებს. 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცებში რამდენადმე განსხვავებული სურათი გვაქვს. მათი 86% აღიარებს პირის ღრუში არსებულ ცვლილებებს, მაგრამ 14% პროცენტი არსებულ პრობლემებს ბუნებრივად აღიქვამს და მათ მნიშვნელობას არ ანიჭებს. სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებას მხოლოდ მოხუცთა 46% აღნიშნავს, რაც შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ჩვენი ქვეყნის ეთნოტრადიციებთან და მოხუცებზე ზრუნვის ტრადიციული ვალდებულებების მეტ-ნაკლებად შესრულებასთან.

ორივე კონტინგენტის თვითშეფასების შედეგად მიღებული მონაცემების შედარებითი ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ სიცოცხლის მიწურულს მყოფ პაციენტებს ბევრი სიმპტომი თუ ჩივილი ერთ დონეზე აწუხებს, თუმცა არის ისეთი ჩივილებიც, რომელთა სიხშირეც სარწმუნოდ განსხვავდება ერთმანეთისგან ონკოპაციენტებს და ხანდაზმულებს შორის (ცხრილი N14).

მაგ., ცვლილებები გემოს შეგრძნებაში, რაც უფრო ხშირია ონკოპაციენტებში და მის ძირითად მიზეზად კიბოს მკურნალობის მეთოდები უნდა ჩაითვალოს. ღეჭვის გართულება, რაც დაკავშირებულია კბილების ნაკლებობასა და არასწორ პროთეზირებასთან, ხანდაზმულებში უფრო აქტუალურია. ტკივილი პირის ღრუში მეტწილად აწუხებთ ხანდაზმულებს, რაც სავარაუდოდ არასწორი პროთეზირებით უნდა იყოს გამოწვეული.

ცხრილი N 14. ონკოპაციენტების და ხანდაზმულების თვითშეფასების მონაცემების შედარებითი ანალიზი.

ონკოპაციენტების და ხანდაზმულების თვითშეფასების მონაცემების შედარებითი ანალიზი						
	ონკოპაციენტი (n=50)		ხანდაზმულები (n=29)			
სიმპტომი	N	%	N	%	95% CI	P value
ცხოვრების ხარისხის გაუარესება	45	90,0%	28	96,6%	84.11, 96.77	0,294
პირის სიმშრალე	37	74,0%	19	65,5%	60.92, 80.62	0,5656
ცვლილება გემოს შეგრძნებაში	35	70,0%	12	41,4%	48.47, 69.64	0,01307
ღეჭვის გართულება	22	44,0%	20	69,0%	42.27, 63.76	0,03319
ყლაპვის გართულება	20	40,0%	13	44,8%	31.52, 52.79	0,6769
მჟავე გემო	15	30,0%	12	41,4%	24.65, 45.18	0,309
გულისრევა-ღებინება	28	56,0%	8	27,6%	40.59, 63.53	0,3074
პირის წვა	11	22,0%	9	31,0%		0,3764
პროთეზებით კმაყოფილება	0	0,0%	0	0,0%		
ტკივილი პირის ღრუში	7	14,0%	8	27,6%	13.53, 32.93	0,01208

ექიმი სტომატოლოგის შედეგად დაფიქსირებული მონაცემების შედარებითი ანალიზისას (ცხრილი N15) ასევე აღმოჩნდა სარწმუნო განსხვავება ჩვენს მიერ გამოკვლეულ 2 ჯგუფს შორის. პათოლოგიური თანკბილვის შედარებით მეტი შემთხვევა დაფიქსირებულია ხანდაზმულებში, ეს იმაზე მიუთითებს, რომ ახალგაზრდა ასაკში დროული ორთოპედიული ჩარევა გაცილებით უკეთეს შედეგს გვაძლევს. ასევე ორთოპედიული კონსტრუქციები მეტწილად აღმოჩენილია ხანდაზმულ პაციენტებში, რაც მიუთითებს ონკოპაციენტების მიერ ონკოლოგიური დაავადების წინა პლანზე დაყენებაზე და სხვა პრობლემების მეორეხარისხოვნად ჩათვლაზე.

ცხრილი N 15. ექიმი-სტომატოლოგის მიერ დაფიქსირებული მონაცემების შედარებითი ანალიზი

ექიმი-სტომატოლოგის მიერ დაფიქსირებული მონაცემების შედარებითი ანალიზი						
	ონკოპაციენტი (n=50)		ხანდაზმულები (n=56)			
სიმპტომი	N	%	N	%	95% CI	P value
ნახეთქები ტუჩებზე	13	26,0%	17	30,4%	20.57, 37.55	0,6208
პათოლოგიური თანკბილვა	25	50,0%	42	75,0%	53.7, 71.79	0,008006
პროთეზები(ორთ.კონსტრუქციები)	25	50,0%	35	62,5%	50.19, 69.07	0,04226
პროთეზირების საჭიროება	16	32,0%	22	39,3%	27.35, 45.34	0,4371

ექიმი-სტომატოლოგის მიერ დაფიქსირებული მონაცემების შედარებითი ანალიზი						
	ონკოპაციენტი (n=36)		ხანდაზმულები (n=15)			
სიმპტომი	N	%	N	%	95% CI	P value
არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა	25	69,4%	11	73,3%	56.92, 81.37	0,5315
პაროდონტის დაავადებები	33	91,7%	11	73,3%	73.97, 93.5	0,2043

როგორც ვხედავთ, მიუხედავად განსხვავებებისა ონკონკურაბელური პაციენტების დამოკიდებულება პირის ღრუს მდგომარეობაზეც, ძირითადად, მსგავსია. ასევე არ განსხვავდება რადიკალურად ექიმი-სტომატოლოგის მიერ შეფასებული რეალური სურათი და ორივე კონტინგენტის პირის ღრუ მდგომარეობა მსგავს სიტუაციაშია და საჭიროებს სერიოზულ ჩარევებს.

პირის ღრუს ჯანმრთელობის ცუდი მდგომარეობა როგორც ონკონკურაბელურ პაციენტებში, ისე ხანდაზმულებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერიოზული პრობლემაა და მზარდი ტვირთია მსოფლიოს ბევრი ქვეყნისთვის. განვითარებული ქვეყნები, განვითარებად ქვეყნებისგან განსხვავებით, ფლობენ ინფორმაციას თავისი მოსახლეობის პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ. ხელმისაწვდომი მტკიცებულებები გვიჩვენებს მოხუცებულთა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის უთანასწორობას - სხვადასხვა ქვეყნებში ცხოვრების პირობების და სტომატოლოგიური

სერვისის მისაწვდომობის შესაბამისად (Meurman JH et al., 1999; Martin KU et al., 1992; Strayer MS et al., 1993). ამასთანავე, მიჩნეულია, რომ პირის ღრუს პრობლემები მოგვარებადია, თუ სწორად დაიგეგმება პირის ღრუს გამოკვლევა, დროული ჩარევა და რეკონსტრუქცია (Butterworth *et al.*, 2016).

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, უამრავი მეცნიერული მტკიცებულება არსებობს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მოგვარების ჩართვაზე ზოგად ჯანმრთელობის ხელშემწყობ სტრატეგიებში. აღწერილია პირის ღრუს ჯანმრთელობის როლი კვებასა და სხვადასხვა მწვავე და ქრონიკული დაავადებების არაპირდაპირი გზით კონტროლის საქმეში (Sheiham A. et al., 2001). პირის ღრუს ჯანმრთელობა განიხილება მოდიფიცირებულ რისკ-ფაქტორად, რომლის ნიველირებაც ამცირებს ღეჭვითი და ყლაპვითი პრობლემების რისკს და მათ მიერ გამოწვეულ კვებით დეფიციტს. ღეჭვითი ეფექტურობის ნაკლებობა დაკავშირებულია კბილების დაკარგვასთან, ნერწყვის ნაკლებობასთან, ღეჭვის შემცირებულ ძალასთან და თანკბილვის პრობლემებთან (Sheiham A. et al., 2001). ნაჩვენებია, რომ ღეჭვის პრობლემების მქონე პირები თავს არიდებენ ხილისა და ბოსტნეულის, კარგად გატარებული ხორცის და პურის მიღებასაც კი. ისინი უპირატესობას ანიჭებენ რბილ, ადვილად დასადეჭ საკვებს, რაც ზრდის მათში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და მეტაბოლური სინდრომის განვითარების რისკს (Hung HC et al., 2005; Friedlander AH et al., 2007).

კიბოს შორსწასული ფორმებით დაავადებულ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება პირისღრუსმხრივი ჩივილების ფართო სპექტრი, ტკივილიდან მეტყველების გართულების ჩათვლით. პირის ღრუ ხშირად მშრალია; ენა ეკვრის ლორწოვანს და ხელს უშლის ვერბალურ კომუნიკაციას, ჩივილების, დამოკიდებულებების, გრძნობების გამოხატვას. ნერწყვის კლებასთან ერთად ყლაპვა რთულდება და ირღვევა გემოს შეგრძნება (Aldred MJ et al., 1991; Jobbins J. et al., 1992). ონკოლოგიურ პაციენტებში სანერწყვე ჯირკვლების დისფუნქციის ბევრი მიზეზია გამოვლენილი, მაგრამ ყველაზე მნიშვნელოვანია ქიმიოთერაპიის შედეგად ამ ჯირკვლების ეპითელიოციტების დაზიანება (Davies AN et al., 2001). ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ონკოინკურაბელურ პაციენტთა სიმპტომების კონტროლის დროს მნიშვნელოვანია

სტომატოლოგიური მეთვალყურეობა და პირის ღრუს ადექვატური სანაცია (პირის ღრუს ტენიანობის შენარჩუნება, ადენტიასთან და პროტეზებთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება და სხვა), რაც ხელს შეუწყობს არა მარტო ლოკალური პრობლემების მოგვარებას, არამედ, ზოგადად პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას.

მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის პირის ღრუს ჯანმრთელობის პროგრამა მიუთითებს შესაბამის ნაციონალურ სტრუქტურებს, რომ გააძლიერონ პირის ღრუს ჯანმრთელობის სისტემური პროგრამების იმპლემენტაცია, რაც ორიენტირებულია ქრონიკულ პაციენტთა და მოხუცებულთა პირის ღრუს უკეთესი ჯანმრთელობისა და, შესაბამისად, სიცოცხლის უკეთესი ხარისხის მიღწევაზე (Petersen PE 2003).

თავი V

დასკვნები:

- ონკონკურაბელურ პაციენტთა და 85 წლის და მეტი ასაკის პირთა ჩივილებში პირის ღრუსმხრივი ჩივილები არ განეკუთვნება განსაკუთრებით შემაწუხებელ ჩივილებს და საშუალოდ შეადგენს საერთო ჩივილების 14,2% (ონკონკურაბელურ პაციენტებში) და უგულებელყოფილია სრულად 85 წლის და მეტი ასაკის პირებში;
- ექიმ-სტომატოლოგის მიერ ონკო-ინკურაბელური პაციენტების და/ან 85 წლის და მეტი ასაკის პირების პირის ღრუს გამოკვლევის შედეგად დაფიქსირებული პრობლემები სარწმუნოდ აჭარბებს ამავე კონტინგენტის სუბიექტური ჩივილებით ასახულ პრობლემებს, როგორც რაოდენობრივი, ისე ხარისხობრივი თვალსაზრისით;
- ღეჭვის პრობლემა აქტუალურია როგორც ონკონკურაბელური პაციენტებისათვის, ისე 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცთათვის და ძირითადად განპირობებულია ადენტიით და პროტეზების უხარისხობით. ამასთანავე, ექიმ-სტომატოლოგის გამოკვლევით დადგენილი მდგომარეობა იმაზე მძიმეა, ვიდრე ეს მხოლოდ გამოკვლეულ პირთა სუბიექტური ჩივილებით შეიძლებოდა გვევარაუდა. ეს

მიუთითებს, რომ ონკოპაციენტთა და მოხუცთა გარკვეული რაოდენობა ადაპტირებულია პირის ღრუს მდგომარეობასთან და შესაბამის კვებასთან, ამასთანავე, შექმნილი ვითარება ნორმად მიაჩნია, რაც წარმოადგენს გამოკვლეული კონტინგენტის სამედიცინო განათლების და ღირებულებების არსებულ დონეს და მოდელს;

- 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცებში, საერთაშორისო მონაცემებთან შედარებით „სველი“ („ტენიანი“) პირის ღრუს მაღალი მაჩვენებელი, მიუთითებს სანერწყვე ჯირკვლების ადეკვატურ ფუნქციონირების შენარჩუნებას, რაც, თავის მხრივ, შეიძლება უკავშირდებოდეს აჭარის რეგიონის მცხოვრებთა ტრადიციულ დიეტას, განსაკუთრებით, მოხუცთა კონსისტენციურად და საგემოვნო თვისებებით დაბალანსებულ დიეტას (ხავიწი, დოშორვა, სინორი, ასუთა, სუთლი და მისთ).
- როგორც ონკოინკურაბელურ პაციენტთა, ისე 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცთა სიცოცხლის მიწურულს გამოვლენილი პირის ღრუს პათოლოგიები ძირითადად მართვადაა და მათი პირის ღრუს ადეკვატური სანაციის უზრუნველყოფა შეიცავს აღნიშნული კონტინგენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების პოტენციალს;

თავი VI

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. მიზანშეწონილია სტომატოლოგიური მომსახურება გათვალისწინებული იქნას პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული მოდელების შემუშავების დროს და ექიმი სტომატოლოგები აქტიურად ჩაერთონ აღნიშნულ პროცესში;

2. ექიმი-სტომატოლოგისთვის შეიქმნას მოკლევადიანი უწყვეტი პოსტდიპლომური განათლების პროგრამები და განხორციელდეს მათი გადამზადება პალიატიური მზრუნველობის მიმართულებით.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები:

1. Chikhladze N, Tebidze N, Chabukiani T, Chabukiani N, Chkhartishvili N, Jincharadze M, Kordzaia D. The Attitudes, Needs, and Requirements at End of Life in the Republic of Georgia (Comparative Analysis of Groups of Patients With Cancer and Elders). *Journal of palliative care*. 2018 Oct;33(4):252-9.
2. Tebidze N, Jincharadze M, Margvelasvili V. Oral complications of palliative patients with advanced cancer. *Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal*. 2017 Sep 4;2(2):20-3.
3. Tebidze N, Chikhladze N, Janberidze E, Margvelashvili V, Jincharadze M, Kordzaia D. PERCEPTION OF ORAL PROBLEMS IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER. *Georgian medical news*. 2019 Sep(294):50-6.
4. Puturidze, S., Tebidze, N., Kalandadze, M., Lomidze, T., Ivanishvili, R., Parulava, S., & Margvelashvili, V. (2020). Oral health status and the way of optimization in Elderly Population in regions of Georgia. *Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal*, 5(1).

პრაქტიკული სიახლე:

- პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პაციენტების მკურნალობის საერთო პროცესში ექიმი-სტომატოლოგის ჩართვა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს მათი სიცოცხლის ხარისხს.
- ონკოინკურაბელურ პაციენტთა სტომატოლოგიური დახმარებისთვის სპეციალური პოსტდიპლომური განათლების მოკლევადიანი პროგრამებით გადამზადება ხელს შეუწყობს აღნიშნული კონტინგენტის პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

თავი VII

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Acs, G., Lodolini, G., Kaminsky, S., & Cisneros, G. J. (1992). Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatric dentistry*, 14(5), 303.
2. Ahmed, T., & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical interventions in aging*, 5, 207.
3. Aktas, A., Walsh, D., & Rybicki, L. (2012). Symptom clusters and prognosis in advanced cancer. *Supportive care in cancer*, 20(11), 2837-2843.
4. Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 40.
5. Al-Sinaidi, A. A. (2012). Periodontal health and oral hygiene practice of elderly Saudis living at Riyadh Nursing Home. *King Saud University Journal of Dental Sciences*, 3(1), 1-5.
6. Australia, P. C. (2005). A guide to palliative care service development: A population based approach. *Canberra: Palliative Care Australia*.
7. BDS, M. J. A., BDS, M. A., BDS, J. B., & BS, I. F. M. (1991). Oral health in the terminally ill: a cross-sectional pilot survey. *Special Care in Dentistry*, 11(2), 59-62.
8. Wilberg, P., Hjermsstad, M. J., Ottesen, S., & Herlofson, B. B. (2012). Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Supportive Care in Cancer*, 20(12), 3115-3122.
9. Bernhardson, B. M., Tishelman, C., & Rutqvist, L. E. (2007). Chemosensory changes experienced by patients undergoing cancer chemotherapy: a qualitative interview study. *Journal of pain and symptom management*, 34(4), 403-412.
10. Bernhardson, B. M., Tishelman, C., & Rutqvist, L. E. (2008). Self-reported taste and smell changes during cancer chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 16(3), 275-283.
11. Besdine, R., Boulton, C., Brangman, S., Coleman, E. A., Fried, L. P., Gerety, M., ... & Sloane, P. D. (2005). Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6 Suppl), S245-56.

12. Billings, J. A. (2000). Palliative care. *Bmj*, *321*(7260), 555-558.
13. Brisbois, T. D., Hutton, J. L., Baracos, V. E., & Wismer, W. V. (2006). Taste and smell abnormalities as an independent cause of failure of food intake in patients with advanced cancer—an argument for the application of sensory science. *Journal of palliative care*, *22*(2), 111-114.
14. Brown, D. W. (2009). Complete edentulism prior to the age of 65 years is associated with all-cause mortality. *Journal of public health dentistry*, *69*(4), 260-266.
15. Bruera, E., & Sweeney, C. (2002). Palliative care models: international perspective. *Journal of Palliative Medicine*, *5*(2), 319-327.
16. Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., ... & Gonzalez, J. (2007). Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society*, *55*(7), 993-1000.
17. Brumley, R. D., Enguidanos, S., & Cherin, D. A. (2003). Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *Journal of palliative medicine*, *6*(5), 715-724.
18. Buser R, Yue Q, Zimmermann P, Suter V, Abou-Ayash S, Schimmel M. Prosthodontic Solutions for Elderly Patients. InForum implantologicum 2018 (Vol. 14, No. 2, pp. 130-140;
19. Butterworth *et al.*, 2016. The Oral Management of Oncology Patients Requiring Radiotherapy, Chemotherapy and / or Bone Marrow Transplantation. Clinical Guidelines.
20. Cancer Research UK, 2017;
21. Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness*, *5*(2), 168-195.
22. Chávez, E. M., Wong, L. M., Subar, P., Young, D. A., & Wong, A. (2018). Dental care for geriatric and special needs populations. *Dental Clinics*, *62*(2), 245-267.
23. Chihara S (2001) Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 9:177–186

24. Chikhladze, N., Janberidze, E., Velijanashvili, M., Chkhartishvili, N., Jintcharadze, M., Verne, J., & Kordzaia, D. (2016). Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and intensive care settings in Georgia: a quantitative observational survey. *BMC palliative care*, *15*(1), 63.
25. Chikhladze, N., Tebidze, N., Chabukiani, T., Chabukiani, N., Chkhartishvili, N., Jincharadze, M., & Kordzaia, D. (2018). The Attitudes, Needs, and Requirements at End of Life in the Republic of Georgia (Comparative Analysis of Groups of Patients With Cancer and Elders). *Journal of palliative care*, *33*(4), 252-259.
26. Chikhladze, N., Malania, M., Velijanashvili, M., Tsomaia, K., Chkhartishvili, N., Chabukiani, T., ... & Kordzaia, D. (2016). Possibility of applying Grounded Theory, as research method, and Maslow's hierarchy of needs, as coding tool, while implementing mixed (qualitative and quantitative) medical and social studies. *Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal*, *1*(2), 29-31.
27. Clark, D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The lancet oncology*, *8*(5), 430-438.
28. Cohen, L. K., & Jago, J. D. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *International journal of health services*, *6*(4), 681-698.
29. Cotič, J., Ferran, M., Karišik, J., Jerin, A., Pussinen, P. J., Nemeč, A., ... & Petelin, M. (2017). Oral health and systemic inflammatory, cardiac and nitroxid biomarkers in hemodialysis patients. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, *22*(4), e432.
30. Cullinan, M. P., & Seymour, G. J. (2013). Periodontal disease and systemic illness: will the evidence ever be enough?. *Periodontology 2000*, *62*(1), 271-286.
31. Currow, D. C., Wheeler, J. L., Glare, P. A., Kaasa, S., & Abernethy, A. P. (2009). A framework for generalizability in palliative care. *Journal of pain and symptom management*, *37*(3), 373-386.
32. Tisdale, M. J. (2001). Cancer anorexia and cachexia. *Nutrition*, *17*(5), 438-442.

33. Davies, A., Bagg, J., Lavery, D., Sweeney, P., Filbet, M., Newbold, K., ... & Mercadante, S. (2010). Salivary gland dysfunction ('dry mouth') in patients with cancer: a consensus statement. *European journal of cancer care*, *19*(2), 172-177.
34. Davies, A., & Finlay, I. G. (Eds.). (2005). *Oral care in advanced disease*. Oxford University Press, USA.
35. Davies, A. N., Brailsford, S., Broadley, K., & Beighton, D. (2002). Oral yeast carriage in patients with advanced cancer. *Oral microbiology and immunology*, *17*(2), 79-84.
36. Davies, A. N., Brailsford, S. R., Beighton, D., Shorthose, K., & Stevens, V. C. (2008). Oral candidosis in community-based patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, *35*(5), 508-514.
37. Davies, A. N., Brailsford, S. R., & Beighton, D. (2006). Oral candidosis in patients with advanced cancer. *Oral oncology*, *42*(7), 698-702.
38. Davies, A. N., Broadley, K., & Beighton, D. (2001). Xerostomia in patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, *22*(4), 820-825.
39. Davies, R., Bedi, R., & Scully, C. (2000). Oral health care for patients with special needs. *Bmj*, *321*(7259), 495-498.
40. Davies AN. Oral care. In: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, (eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 5th edn. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015: 447-456;
41. Delwel, S., Binnekade, T. T., Perez, R. S., Hertogh, C. M., Scherder, E. J., & Lobbezoo, F. (2018). Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clinical oral investigations*, *22*(1), 93-108.
42. Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Bmj*, *340*, c1345.
43. Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2008). The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death studies*, *33*(1), 73-92.

44. Dhingra, L., Masson, C., Perlman, D. C., Seewald, R. M., Katz, J., McKnight, C., ... & Portenoy, R. K. (2013). Epidemiology of pain among outpatients in methadone maintenance treatment programs. *Drug and alcohol dependence, 128*(1-2), 161-165.
45. El-Sherbiny, N. A., Younis, A., & Masoud, M. (2016). A comprehensive assessment of the physical, nutritional, and psychological health status of the elderly populace in the Fayoum Governorate (Egypt). *Archives of gerontology and geriatrics, 66*, 119-126.
46. Elting, L. S., Cooksley, C., Chambers, M., Cantor, S. B., Manzullo, E., & Rubenstein, E. B. (2003). The burdens of cancer therapy: clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 98*(7), 1531-1539.
47. Emami, E., de Souza, R. F., Kabawat, M., & Feine, J. S. (2013). The impact of edentulism on oral and general health. *International journal of dentistry, 2013*.
48. Epstein, J. (2010). *Oral complications of cancer and its management*. Oxford University Press.
49. Epstein, J. B., & Barasch, A. (2010). Taste disorders in cancer patients: pathogenesis, and approach to assessment and management. *Oral oncology, 46*(2), 77-81.
50. Ettinger, R. L. (2012). The role of the dentist in geriatric palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(2), 367-368.
51. Fainsinger, R. L., & Bruera, E. (1997). When to treat dehydration in a terminally ill patient?. *Supportive Care in Cancer, 5*(3), 205-211.
52. Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... & Jorm, A. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The lancet, 366*(9503), 2112-2117.
53. Fischer, D. J., Epstein, J. B., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2014). Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 22*(3), 803-810.

54. Friedlander, A. H., Weinreb, J., Friedlander, I., & Yagiela, J. A. (2007). Metabolic syndrome: pathogenesis, medical care and dental implications. *The Journal of the American Dental Association*, *138*(2), 179-187.
55. Gade, G., Venohr, I., Conner, D., McGrady, K., Beane, J., Richardson, R. H., ... & Penna, R. D. (2008). Impact of an inpatient palliative care team: a randomized controlled trial. *Journal of palliative medicine*, *11*(2), 180-190.
56. Garcia, J. M., & Chambers IV, E. (2010). Managing dysphagia through diet modifications. *AJN The American Journal of Nursing*, *110*(11), 26-33.
57. Gil-Montoya, J. A., de Mello, A. L. F., Barrios, R., Gonzalez-Moles, M. A., & Bravo, M. (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clinical interventions in aging*, *10*, 461.
58. Gómez-Batiste, X., Caja, C., Espinosa, J., Bullich, I., Martínez-Muñoz, M., Porta-Sales, J., ... & Stjernsward, J. (2012). The Catalonia World Health Organization demonstration project for palliative care implementation: quantitative and qualitative results at 20 years. *Journal of pain and symptom management*, *43*(4), 783-794.
59. Gordon, S. R., Berkey, D. B., & Call, R. L. (1985). Dental need among hospice patients in Colorado: a pilot study. *Gerodontology*, *1*(3), 125.
60. Hahnel, S., Schwarz, S., Zeman, F., Schäfer, L., & Behr, M. (2014). Prevalence of xerostomia and hyposalivation and their association with quality of life in elderly patients in dependence on dental status and prosthetic rehabilitation: a pilot study. *Journal of dentistry*, *42*(6), 664-670.
61. Harding, J. (2018). Oral care in cancer: helping patients with tooth, gum and mouth problems. *British Journal of Nursing*, *27*(19), 1106-1107.
62. Henkin, R. I. (1994). Drug-induced taste and smell disorders. *Drug safety*, *11*(5), 318-377.
63. Hirotsu, T., Yoshihara, A., Yano, M., Ando, Y., & Miyazaki, H. (2002). Longitudinal study on periodontal conditions in healthy elderly people in Japan. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *30*(6), 409-417.

64. Hoeksema, A. R., Spoorenberg, S. L. W., Peters, L. L., Meijer, H. J. A., Raghoobar, G. M., Vissink, A., ... & Visser, A. (2017). Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly: a cross-sectional study. *Oral diseases*, *23*(4), 526-536.
65. Holm-Pedersen, P., Walls, A. W., & Ship, J. A. (Eds.). (2015). *Textbook of geriatric dentistry*. John Wiley & Sons.
66. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo;
67. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=11>
68. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/21154>
69. Hung, H. C., Colditz, G., & Joshipura, K. J. (2005). The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. *Community dentistry and oral epidemiology*, *33*(3), 167-173.
70. Hutton, J. L., Baracos, V. E., & Wismer, W. V. (2007). Chemosensory dysfunction is a primary factor in the evolution of declining nutritional status and quality of life in patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, *33*(2), 156-165.
71. Isaacs, B., & Neville, Y. (1976). The needs of old people. The 'interval' as a method of measurement. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *30*(2), 79-85.
72. Jang, E. J., Kim, E. K., Lee, K. S., Lee, H. K., Choi, Y. H., Hwang, T. Y., ... & Jo, M. W. (2015). Oral health related quality of life and its related factors of stroke patients at home in Korea. *Archives of gerontology and geriatrics*, *61*(3), 523-528.
73. Jensen, S. B., Pedersen, A. M. L., Vissink, A., Andersen, E., Brown, C. G., Davies, A. N., ... & Mello, A. L. (2010). A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: prevalence, severity and impact on quality of life. *Supportive care in cancer*, *18*(8), 1039-1060.
74. Jeon, H. W., Kim, M. H., & Yoon, J. A. (2015, July). Death perception, death preparation and need for death educational program of the elderly. In *International Conference on Convergence Technology* (Vol. 5, No. 1, pp. 580-581). 한국융합학회.

75. Jobbins, J., Bagg, J., Finlay, I. G., Addy, M., & Newcombe, R. G. (1992). Oral and dental disease in terminally ill cancer patients. *BMJ: British Medical Journal*, *304*(6842), 1612.
76. Jox, R. J., Schaider, A., Marckmann, G., & Borasio, G. D. (2012). Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of medical ethics*, *38*(9), 540-545.
77. Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2014). Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *Journal of dental research*, *93*(11), 1045-1053.
78. Kastenbaum, R. (Ed.). (2000). *The psychology of death*. Springer Publishing Company.
79. Käyser, A. F. (1990). How much reduction of the dental arch is functionally acceptable for the ageing patient?. *International dental journal*, *40*(3), 183-188.
80. King, S., Forbes, K., Hanks, G. W., Ferro, C. J., & Chambers, E. J. (2011). A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. *Palliative medicine*, *25*(5), 525-552.
81. Kordzaia, D., Dalakishvili, S., Gvamichava, R., Rukhadze, T., Abesadze, I., & Dzotsenidze, P. (2011). Georgian national program for palliative care. *Action plan for, 2015*, 2011.
82. Kordzaia, D., Rukhadze, T., & Velijanashvili, M. (2012). Geriatric palliative care models based on the perceptions of-and attitudes toward end-of-life needs and demands of target. *Palliat Med*, *26*, 657.
83. Kordzaia, D. (2011). Making the case for palliative care in developing countries: the Republic of Georgia. *Journal of palliative medicine*, *14*(5), 539-541.
84. Kordzaia D. The barriers for opioids availability in Georgia. Presentation. International symposium on Palliative Care. Vienna (Austria), 2010
85. Kubbi, J. R., Reddy, L. R., Duggi, L. S., & Aitha, H. (2015). Xerostomia: an overview. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, *27*(1), 85.

86. LaRue, F., Brasseur, L., Musseault, P., Demeulemeester, R., Bonifassi, L., & Bez, G. (1994). Pain and symptoms in HIV disease: a national survey in France. *J Palliat Care, 10*, 95.
87. Lieu, P. K., Chong, M. S., & Seshadari, R. (2001). The impact of swallowing disorders in the elderly. *Annals-Academy of Medicine Singapore, 30*(2), 148-154.
88. Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life, 11*, 24.
89. Lynch, T., Clark, D., Centeno, C., Rocafort, J., De Lima, L., Filbet, M., ... & Wright, M. (2010). Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative Medicine, 24*(8), 812-819.
90. Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management, 45*(6), 1094-1106.
91. Madiloggovit, J., Chotechuang, N., & Trachootham, D. (2016). Impact of self-tongue brushing on taste perception in Thai older adults: A pilot study. *Geriatric Nursing, 37*(2), 128-136.
92. Makhviladze, G., Tsitaishvili, L., Kalandadze, M., & Margvelashvili, V. (2016). Evaluation of edentulism, prosthetic status and prosthodontics treatment needs among the adult population of Georgia. *Georgian medical news, 4*(253), 30-34.
93. Mandel, I. D. (2004). Oral infections: impact on human health, well-being, and health-care costs. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ: 1995), 25*(11), 881-2.
94. Marshman, Z., & Robinson, P. G. (2007, June). Child and adolescent oral health-related quality of life. In *Seminars in Orthodontics* (Vol. 13, No. 2, pp. 88-95). WB Saunders.
95. Martin, K. U., & Martin, J. O. H. (1992). Meeting the oral health needs of institutionalized elderly. *Dysphagia, 7*(2), 73-80.
96. Masood, M., Newton, T., Bakri, N. N., Khalid, T., & Masood, Y. (2017). The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *Journal of dentistry, 56*, 78-83.

97. McCann, R. M., Hall, W. J., & Groth-Juncker, A. (1994). Comfort Care for Terminally III Patients: The Appropriate Use of Nutrition and Hydration. *Jama*, *272*(16), 1263-1266.
98. Pajukoski, H., Meurman, J. H., Snellman-Gröhn, S., & Sulkava, R. (1999). Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, *88*(4), 437-443.
99. Miyazaki, H., Jones, J. A., & Beltrán-Aguilar, E. D. (2017). Surveillance and monitoring of oral health in elderly people. *International dental journal*, *67*, 34-41.
100. Miyazaki, H., Jones, J. A., & Beltrán-Aguilar, E. D. (2017). Surveillance and monitoring of oral health in elderly people. *International dental journal*, *67*, 34-41.
101. Moens, K., Higginson, I. J., Harding, R., Brearley, S., Caraceni, A., Cohen, J., ... & Linden, K. (2014). Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, *48*(4), 660-677.
102. Morais, J. A., Heydecke, G., Pawliuk, J., Lund, J. P., & Feine, J. S. (2003). The effects of mandibular two-implant overdentures on nutrition in elderly edentulous individuals. *Journal of dental research*, *82*(1), 53-58.
103. Morita, T., Tei, Y., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (2001). Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Supportive care in cancer*, *9*(3), 177-186.
104. Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1999). The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Supportive care in cancer*, *7*(3), 128-133.
105. Capello, C. (2003). *Geriatric Palliative Care*. Oxford University Press.
106. Morrison, R. S., & Meier, D. E. (2004). Palliative care. *New England Journal of Medicine*, *350*(25), 2582-2590.
107. Mortazavi, H., Baharvand, M., Movahhedian, A., Mohammadi, M., & Khodadoust, A. (2014). Xerostomia due to systemic disease: a review of 20 conditions and mechanisms. *Annals of medical and health sciences research*, *4*(4), 503-510.

108. Mosel, D. D., Bauer, R. L., Lynch, D. P., & Hwang, S. T. (2011). Oral complications in the treatment of cancer patients. *Oral diseases*, *17*(6), 550-559.
109. Murray Thomson, W. (2014). Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology*, *31*, 9-16.
110. Thomson, W. M., & Ma, S. (2014). An ageing population poses dental challenges. *Singapore dental journal*, *35*, 3-8.
111. Naidu, M. U. R., Ramana, G. V., Rani, P. U., Mohan, I. K., Suman, A., & Roy, P. (2004). Chemotherapy-induced and/or radiation therapy-induced oral mucositis—complicating the treatment of cancer. *Neoplasia (New York, NY)*, *6*(5), 423.
112. National Consensus Project for Quality palliative care, 2004
113. Ogawa, T., Honda-Ogawa, M., Ikebe, K., Notomi, Y., Iwamoto, Y., Shirobayashi, I., ... & Kawabata, S. (2018). Erratum to “Characterizations of oral microbiota in elderly nursing home residents with diabetes”. *Journal of oral science*, *60*(1), 163-163.
114. Onyiaso, C. O., & Aderinokun, G. A. (2003). The relationship between dental aesthetic index (DAI) and perceptions of aesthetics, function and speech amongst secondary school children in Ibadan, Nigeria. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *13*(5), 336-341.
115. Otomo-Corgel, J., Pucher, J. J., Rethman, M. P., & Reynolds, M. A. (2012). State of the science: chronic periodontitis and systemic health. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, *12*(3), 20-28.
116. Hall, S. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. H. Petkova, A. D. Tsouros, M. Costantini, & I. J. Higginson (Eds.). Copenhagen: World Health Organization.
117. Papas, A. S., Niessen, L. C., & Chauncey, H. H. (1991). *Geriatric dentistry: aging and oral health*. Mosby-Year Book.
118. Petersen, P. E., Kandelman, D., Arpin, S., & Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people-call for public health action. *Community dental health*, *27*(4), 257-67.

119. Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, *33*(2), 81-92.
120. Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*, *31*, 3-24.
121. Philippas, G. G., & Applebaum, E. (1966). Age factor in secondary dentin formation. *Journal of dental research*, *45*(3), 778-789.
122. Pirovano, M., Maltoni, M., Nanni, O., Marinari, M., Indelli, M., Zaninetta, G., ... & Labianca, R. (1999). A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, *17*(4), 231-239.
123. Plemons, J. M., Al-Hashimi, I., & Marek, C. L. (2014). Managing xerostomia and salivary gland hypofunction: executive summary of a report from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Dental Association*, *145*(8), 867-873.
124. Pocock, L. V., Ives, A., Pring, A., Verne, J., & Purdy, S. (2016). Factors associated with hospital deaths in the oldest old: a cross-sectional study. *Age and ageing*, *45*(3), 372-376.
125. Polzer, I., Schwahn, C., Völzke, H., Mundt, T., & Biffar, R. (2012). The association of tooth loss with all-cause and circulatory mortality. Is there a benefit of replaced teeth? A systematic review and meta-analysis. *Clinical oral investigations*, *16*(2), 333-351.
126. Porter, S. R., Fedele, S., & Habbab, K. M. (2010). Taste dysfunction in head and neck malignancy. *Oral oncology*, *46*(6), 457-459.
127. Porter, S. R., Scully, C., & Hegarty, A. M. (2004). An update of the etiology and management of xerostomia. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, *97*(1), 28-46.

128. Preshaw, P. M., Walls, A. W. G., Jakubovics, N. S., Moynihan, P. J., Jepson, N. J. A., & Loewy, Z. (2011). Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *Journal of dentistry*, *39*(11), 711-719.
129. Puturidze, S., Margvelashvili, M., Bilder, L., Kalandadze, M., & Margvelashvili, V. (2018). Relationship between general health, oral health and healthy lifestyle in elderly population. *Georgian med news*, 17-21.
130. Puturidze, S., Mersel, A., Margvelashvili-Malament, M., Kalandadze, M., Ivanishvili, R., & Margvelashvili, V. (2019). Prevalence of periodontal diseases and associated risk-factors in elderly population in regions of Georgia. *Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal*, *4*(2).
131. Ravasco, P., Monteiro-Grillo, I., Marques Vidal, P., & Camilo, M. E. (2005). Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, *27*(8), 659-668.
132. Razak, P. A., Richard, K. J., Thankachan, R. P., Hafiz, K. A., Kumar, K. N., & Sameer, K. M. (2014). Geriatric oral health: a review article. *Journal of international oral health: JIOH*, *6*(6), 110.
133. Ripamonti, C. and Fulfaro, F. (2010). Taste disturbance. In A.N. Davies and J.B. Epstein (eds.) *Oral Complications of Cancer and its Management*, pp.225–232. Oxford: Oxford University Press) Davies AN. Oral care. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2015 Apr 30:447
134. Rohr, Y., Adams, J., & Young, L. (2010). Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. *International journal of palliative nursing*, *16*(9), 439-444.
135. Rydholm, M., & Strang, P. (2002). Physical and psychosocial impact of xerostomia in palliative cancer care: a qualitative interview study. *International journal of palliative nursing*, *8*(7), 318-323.

136. Schiffman, S. S., & Zervakis, J. (2002). Taste and smell perception in the elderly: effect of medications and disease.
137. Scully Cbe, C. (2003). Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral diseases*, 9(4), 165-176.
138. Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96.
139. Serpa, M. J., Forte, C. B., Duque, S., Velho, S., Sequeira, M., Barrona, J., ... & da Graça, J. P. (2015). O-018: Oral health in older patients admitted in a medical ward. *European Geriatric Medicine*, (6), S10.
140. Sheiham, A., Steele, J. G., Marcenes, W., Lowe, C., Finch, S., Bates, C. J., ... & Walls, A. W. G. (2001). The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *Journal of dental research*, 80(2), 408-413.
141. Sheiham A, Tsakos G. Oral health needs assessment. In: Pine CM, Harris R, editors. Community oral health. Edinburgh: Elsevier Science Limited (in press);
142. Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology: Commentary*, 28(6), 399-406.
143. Sherry, V. W. (2002). Taste alterations among patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 6(2), 73-77.
144. Shinsho, F. (2001). New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 movement and Healthy Japan 21. *International dental journal*, 51(S3), 200-206.
145. Singh, M. L., & Papas, A. (2014). Oral implications of polypharmacy in the elderly. *Dental Clinics*, 58(4), 783-796.
146. Spanemberg, J. C., Cardoso, J. A., Slob, E. M. G. B., & López-López, J. (2019). Quality of life related to oral health and its impact in adults. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*.

147. Stjernswärd, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The public health strategy for palliative care. *Journal of pain and symptom management*, *33*(5), 486-493.
148. Suresh, R. (2006). Prevention and Treatment of Age-related Diseases. *The Netherlands: Springer*, 193-200.
149. Sweeney, M. P., Bagg, J., Baxter, W. P., & Aitchison, T. C. (1998). Oral disease in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral oncology*, *34*(2), 123-126.
150. Sweeney, M. P., & Bagg, J. (2000). The mouth and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *17*(2), 118-124.
151. Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Billings, J. A. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, *363*(8), 733-742.
152. Thomson, W. M. (2004). Dental caries experience in older people over time: what can the large cohort studies tell us?. *British dental journal*, *196*(2), 89-92.
153. Thorns, A., & Sykes, N. (2000). Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. *The Lancet*, *356*(9227), 398-399.
154. Tranmer, J. E., Heyland, D., Dudgeon, D., Groll, D., Squires-Graham, M., & Coulson, K. (2003). Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and noncancer hospitalized patients near the end of life with the memorial symptom assessment scale. *Journal of pain and symptom management*, *25*(5), 420-429.
155. Trotti, A., Bellm, L. A., Epstein, J. B., Frame, D., Fuchs, H. J., Gwede, C. K., ... & Zilberberg, M. D. (2003). Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systematic literature review. *Radiotherapy and oncology*, *66*(3), 253-262.
156. Tsitaishvili, L., Kalandadze, M., & Margvelashvili, V. (2015). Periodontal diseases among the adult population of Georgia and the impact of socio-behavioral factors on their prevalence. *Iranian journal of public health*, *44*(2), 194.
157. UK Oral Mucositis in Cancer Group, 2015.

158. Kumar, N., Brooke, A., Burke, M., John, R., O'Donnell, A., & Soldani, F. (2015). The oral management of oncology patients requiring radiotherapy, chemotherapy and/or bone marrow transplantation. The Royal College of Surgeons of England/The British Society for Disability and Oral Health Clinical Guidelines.
159. van der Putten, G. J., de Baat, C., De Visschere, L., & Schols, J. (2014). Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology*, *31*, 17-24.
160. Van der Putten, G. J., De Visschere, L., Van Der Maarel-Wierink, C., Vanobbergen, J., & Schols, J. (2013). The importance of oral health in (frail) elderly people—a review. *European Geriatric Medicine*, *4*(5), 339-344.
161. Vissink, A., Spijkervet, F. K. L., & Amerongen, A. V. N. (1996). Aging and saliva: a review of the literature. *Special Care in Dentistry*, *16*(3), 95-103.
162. Walsh, D., Rybicki, L., Nelson, K. A., & Donnelly, S. (2002). Symptoms and prognosis in advanced cancer. *Supportive care in cancer*, *10*(5), 385-388.
163. Whelan, K. (2001). Inadequate fluid intakes in dysphagic acute stroke. *Clinical Nutrition*, *20*(5), 423-428.
164. Wilberg, P., Hjermland, M. J., Ottesen, S., & Herlofson, B. B. (2012). Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Supportive Care in Cancer*, *20*(12), 3115-3122.
165. Wiseman, M. (2006). The treatment of oral problems in the palliative patient. *Journal of the Canadian Dental Association*, *72*(5).
166. Wiseman, M. A. (2000). Palliative care dentistry. *Gerodontology*, *17*(1), 49-51.
167. [World Health Organization. World Oral Health Report 2003](#) Published 2003. Accessed 15 February, 2018
168. Wright, L., Cotter, D., Hickson, M., & Frost, G. (2005). Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *18*(3), 213-219.

169. Wyatt, C. C., Wang, D., & Aleksejuniene, J. (2014). Incidence of dental caries among susceptible community-dwelling older adults using fluoride toothpaste: 2-year follow-up study. *J Can Dent Assoc*, *80*, e44.
170. Wyche, C. J., & Kerschbaum, W. E. (1994). Michigan hospice oral healthcare needs survey. *Journal of dental hygiene: JDH*, *68*(1), 35-41.
171. Yoshida, M., Suzuki, R., & Kikutani, T. (2014). Nutrition and oral status in elderly people. *Japanese Dental Science Review*, *50*(1), 9-14.
172. Zhu, Y., & Hollis, J. H. (2014). Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. *Journal of dentistry*, *42*(11), 1428-1435.
173. Zweibel, N. R., & Cassel, C. K. (1989). Treatment choices at the end of life: a comparison of decisions by older patients and their physician-selected proxies. *The Gerontologist*, *29*(5), 615-621.
174. პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა. დ. კორძაიას საერთო რედაქციით, 2010

დანართი 1

პირველ საერთაშორისო სიმპოზიუმში "პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვითი და საუნივერსიტეტო მდგენელების - სამედიცინო მომსახურების, განათლებისა და კვლევის - ინტეგრაციისათვის" მონაწილე საერთაშორისო ექსპერტთა ჯგუფის რეკომენდაციები

ნოემბერი, 2015 წლის

ჩვენ ვაღიარებთ პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამის (სამოქმედო გეგმა 2011-2015) ფარგლებში ქვეყანაში მიღწეულ პროგრესს პალიატიური მზრუნველობის სერვისების განვითარებისა და დაფინანსების მხრივ, თუმცა ასევე ვაცნობიერებთ იმ ნაკლოვანებებსა და ბარიერებს, რომლებიც ჯერ კიდევ არსებობს ამ სერვისებით ქვეყნის ოპტიმალური დაფარვის და პაციენტთა სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მხრივ.

ქვემოთ მოყვანილი რეკომენდაციები ჩვენ შევიმუშავეთ პალიატიური მზრუნველობის თაობაზე ჯანდაცვის მსოფლიოს ასამბლეის რეზოლუციის თანახმად, რომელიც ხელმოწერილი და დამტკიცებულია ჯანდაცვის სამინისტროების მიერ. ეს რეზოლუცია ავალდებულებს წევრ სახელმწიფოებს, რათა მათ:

(1) საჭიროების მიხედვით შეიმუშავონ, გააუმჯობესონ და განახორციელონ პალიატიური მზრუნველობის პოლიტიკა ჯანდაცვის სისტემების სრულყოფისა და გაძლიერების მიზნით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, ხარჯთეფექტური და საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი პალიატიური მზრუნველობის სერვისების უწყვეტ სამედიცინო მომსახურებაში ინტეგრაციისთვის მის ყველა დონეზე, ამასთან აქცენტი უნდა გაკეთდეს პირველად სამედიცინო მზრუნველობაზე, ამბულატორიულ (თემზე) და ბინაზე მზრუნველობასა და უნივერსალური დაფარვის სქემებზე.

(2) საჭიროების მიხედვით უზრუნველყონ ადექვატური შიდა დაფინანსება და ადამიანური რესურსების განაწილება პალიატიური მზრუნველობის ინიციატივებისთვის, რაშიც ასევე მოიაზრება პალიატიური მზრუნველობის პოლიტიკის შემუშავება და განხორციელება, განათლება და ტრენინგი, ხარისხის გაუმჯობესების ინიციატივები, ასევე ესენციური მედიკამენტების

ხელმისაწვდომობისა და სათანადო გამოყენების ხელშეწყობა, სიმპტომა მართვისთვის განკუთვნილი კანონით რეგულირებადი მედიკამენტების ჩათვლით.

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესებისთვის ჩვენ გიწევთ შემდეგ რეკომენდაციებს:

1. წამალზე ხელმისაწვდომობა

❖ მიუხედავად იმისა, რომ ვალიარებთ თვალსაჩინო წინსვლას ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მხრივ, რაც მიღწეულ იქნა ამ მედიკამენტების სიის შემოღებით, ჯერ კიდევ საჭიროა განხორციელების ეტაპზე მუშაობა, რათა ეს წამლები ხელმისაწვდომი გახდეს პაციენტებისთვის ყველა ადგილმდებარეობაზე ჯანდაცვის ყველა სექტორში საქართველოს ყველა რეგიონში.

❖ ოპიოიდურ მედიკამენტებთან დაკავშირებით, რომლებიც ნარკოტიკების საერთაშორისო მარეგულირებელი საბჭოს (International Narcotic Control Board), ჯანმოს (WHO), ჰოპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის (IAHPC) და ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის (EAPC) მიერ აღიარებულია ტკივილის კონტროლის ესენციურ მედიკამენტად, ჩვენ გიწევთ შემდეგ რეკომენდაციებს:

- რეგისტრირებული ხარჯთეფექტური პერორალური და საინიექციო ფორმების მიწოდება უნდა ხდებოდეს უწყვეტად.

- საჭიროა ამჟამად არსებული ოპიოიდების შენახვისა და გამოწერის წესების გადახედვა:

1. დღეების რაოდენობა თითოეულ რეცეპტზე იდეალურ შემთხვევაში უნდა გაიზარდოს 30 დღემდე, ხოლო მინიმალური რაოდენობა უნდა იყოს 14 დღე.

2. ოპიოიდების გაცემა უნდა მოხდეს საჯარო აფთიაქებიდან, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ოპიოიდების უსაფრთხო და ეფექტური გამოყენება პაციენტების ყოვლისმომცველი მზრუნველობის კონტექსტში. ჩვენ შემფოთებულნი ვართ იმით, რომ პოლიციიდან გაცემის ამჟამად არსებული სისტემა ზრდის ამ მედიკამენტთან დაკავშირებულ სტიგმას.

3. მედიკამენტის გამოწერის პროცედურები იდენტური უნდა იყოს ონკოლოგიური და არა-ონკოლოგიური დაავადებული პაციენტებისთვის. ოპიოიდების კლინიკური გამოყენებისას პერსონალმა უნდა იხელმძღვანელოს ეროვნული გაიდლაინებით.

- ჩვენ შემფოთებულნი ვართ იმით, რომ არ არის ხელმისაწვდომი ბავშვებში ტკივილის სათანადო მართვისთვის აუცილებელი ოპიოიდების სპეციფიური ფორმულირებები (მორფინის ხსნარი და სხვა). ეს ფორმები აუცილებლად ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს საქართველოში.

- ჯანდაცვის ყველა პერსონალმა, რომელიც გამოწერს ოპიოიდის რეცეპტს, უნდა გაიაროს სავალდებულო ტრენინგი საკანონმდებლო მოთხოვნების მიხედვით, ოპიოიდების სათანადო გამოწერისთვის. კერძოდ, რეკომენდაციას გიწევთ, რომ ოჯახის ექიმებმა გაიარონ სავალდებულო ტრენინგი ოპიოიდების გამოწერაში, რადგანაც ეს არ შედის მათი სპეციალობის სწავლების პროგრამაში.

- განხორციელდეს არსებული რეგულაციების და ინსტრუქციების სათანადო შესრულების მონიტორინგი, რამაც უნდა უზრუნველყოს:

1. საქართველოს ყველა რეგიონში ოპიოიდების გაცემაზე ყოველდღიური ხელმისაწვდომობა, და არა მხოლოდ 2 დღე კვირაში;

2. პერორალური ფორმების და საინიექციო ფორმების იდენტური ხელმისაწვდომობა და მიწოდება საქართველოს ყველა რეგიონში;

3. წინათ არსებული რეგულაციები ამოღებული უნდა იქნას კანონმდებლობიდან და ეს შეტყობინებული უნდა იქნას ჯანდაცვის პროვაიდერებთან (მიმწოდებლებთან).

2. სერვისების მიწოდება და განვითარება

❖ ამჟამად პალიატიური მზრუნველობის სერვისი ქვეყანაში ხელმისაწვდომია მისი საჭიროების მქონე ზრდასრული მოსახლეობისთვის მხოლოდ დედაქალაქსა და 39-დან 5 რეგიონში, ამასთან, საერთოდ არ არსებობს არანაირი ბაზა ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებისთვის. პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების ეროვნული გეგმა შემდეგი 5 წლისთვის მიზნად უნდა ისახავდეს ქვეყნის სერვისებით დაფარვის გაზრდას არსებული საჭიროებების მინიმუმ 50%-მდე.

❖ სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა უნდა შეესაბამებოდეს ერთიდაიგივე ხარისხის სტანდარტებს მზრუნველობის მიწოდების ადგილმდებარეობის მიუხედავად: ბინაზე მოვლის, ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ (დღის სტაციონარულ) სექტორში.

❖ იმისათვის, რომ უზრუნველყოფილი იქნას სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის სერვისების სათანადო ხარისხი:

ა) მზრუნველობის მიწოდება უნდა მოხდეს გუნდის მიერ, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალური ტრენინგი პალიატიური მზრუნველობაში, კერძოდ:

i. ექიმებს გავლილი უნდა ჰქონდეთ პალიატიურ მზრუნველობაში სუბსპეციალობის ტრენინგი (პროგრამა).

ii. კლინიკური პალიატიური მზრუნველობის გუნდის სხვა წევრებს (ექთანი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი და სხვა) გავლილი უნდა ჰქონდეთ მინიმუმ 40-საათიანი ტრენინგი.

ბ) უნდა ჩამოყალიბდეს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტებისა და სამთავრობო ოფიციალური პირებისგან შემდგარი ერთობლივი სამუშაო გუნდი, რომლებიც იმუშავებენ პალიატიური მზრუნველობის სტანდარტების / გაიდლაინების განვითარებაზე.

❖ დადასტურებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობა უფრო ხარჯთეფექტურია, თუ მისი მიწოდება ხდება სიცოცხლისათვის საშიში და სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემზღვეველი დაავადების დიაგნოზის მომენტიდან, ამგვარად იგი შეთავაზებული უნდა იქნას ნებისმიერ სათანადო სამედიცინო სექტორში პაციენტის საჭიროების მიხედვით.

❖ დროის 6-თვიანი ლიმიტი პალიატიური მზრუნველობის მიწოდებისთვის საერთოდ ამოღებული უნდა იქნას პრაქტიკიდან, რადგან ეს უკანასკნელი არ დასტურდება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მონაცემებით. პაციენტთა უმრავლესობის შემთხვევაში შეუძლებელია გარდაცვალების პროგნოზირება 6-თვიანი დროის ჩარჩოთი.

❖ ჩვენ რეკომენდაციას გიწევთ, რომ პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე უნდა იქნას მიწოდებული ინდივიდუალური საჭიროების მიხედვით, ერთ პაციენტზე მინიმუმ 90 ვიზიტის ოდენობით. თუმცა, ზოგიერთ პაციენტს შესაძლოა დასჭირდეს უფრო აქტიური მოვლა და ამიტომ შესაძლებელი უნდა იყოს დამატებით კიდევ 90 ვიზიტის უზრუნველყოფა.

❖ ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა განუსაზღვრელი უნდა იყოს ბავშვებისთვის, რომელნიც საჭიროებენ პალიატიური მზრუნველობას.

❖ პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამები გადახდილი უნდა იქნას სულ მცირე ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ უკანასკნელი სამეცნიერო მონაცემების გათვალისწინებით. სხვადასხვა თემატიკის გარდა, მიმოხილვა უნდა მოიცავდეს შემდეგ საკითხებს:

ა) ბენეფიციარების განმარტება (ონკოლოგიური, არა-ონკოლოგიური); ასევე, სხვადასხვა დაავადებების სტადიის განსაზღვრისას გამოყენებული უნდა იქნას საერთაშორისო კლასიფიკაციები (TNM - კიბოს შემთხვევაში, NYHA - გულის უკმარისობის შემთხვევაში და ა. შ.).

ბ) მულტიდისციპლინური მიდგომის კანონმდებლობაში დანერგვა, რაც წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის სერვისების უპირველეს მოთხოვნას (გუნდში მოიაზრება ექიმი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი და სხვა).

გ) დაფინანსების მოცულობა და პრინციპები (ყველა სექტორში: ბინაზე მოვლის, ამბულატორიულ თუ ჰოსპიტალურ დონეზე);

I. განახლებულ იქნას და დაუყოვნებლივ ამოქმედდეს პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების ერთეულის ღირებულება სხვადასხვა სექტორში, თვითღირებულების გაანგარიშების რეალურ ჩარჩოებზე დაფუძნებით და მზრუნველობის სათანადო სტანდარტების გათვალისწინებით, რადგანაც ამჟამად არსებული ერთეულის ღირებულება თარიღდება 2005 წლით.

II. ერთეულის ღირებულება სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის

ბინაზე მიწოდების სერვისებისთვის გადახედილ უნდა იქნას მზრუნველობის გუნდში ყველა პროფესიონალის ჩართვის გათვალისწინებით. განფასებისას მხედველობაში უნდა იქნას პალიატიური მზრუნველობის კანონმდებლობით მიღებული განმარტება, როგორც „აქტიური მრავალპროფილური მზრუნველობისა, რომლის მიწოდებაც ხდება მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ და რომლის მიზანია ტკივილისა და სხვა სიმპტომების შემსუბუქება, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი დახმარების უზრუნველყოფის ჩათვლით“, როგორც ეს მოცემულია საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, თავი 1, მუხლი 3

პროფესორი, MD, PhD

სტეინ კაასა

ონკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ოსლოს უნივერსიტეტის ჰოსპიტალი
ევროპის პალიატიური მზრუნველობის კვლევითი ცენტრის დირექტორი (PRC), პალიატიური მზრუნველობის სამეცნიერო ქსელის ევროპის ასოციაციის თავმჯდომარე, ნორვეგია

ჯულია ვერნე

პროფესორი, BSc, MBBS, MSc. PhD, FFPH
კლინიკური ეპიდემიოლოგიის ხელმძღვანელი, სიცოცხლის მიწურულს ზრუნვის ეროვნული ზედამხედველობის ქსელის კლინიკური ხელმძღვანელი, ინგლისის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, დასავლეთ ინგლისის უნივერსიტეტი, ინგლისი

დანიელა მოსოიუ

ასოცირებული პროფესორი, MD, PhD
ბრასოვის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტი
ჰოსპის Casa Sperantei-ის განათლებისა და ეროვნული განვითარების მიმართულების დირექტორი
რუმინეთის ჯანდაცვის სამინისტროს პალიატიური მზრუნველობის მრჩეველთა საბჭოს პრეზიდენტი

	ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის საბჭოს წევრი რუმინეთი
კატალინ მუსზბეკი	MD უნგრეთის ჰოსპისთა ფონდის სამედიცინო დირექტორი; აღმოსავლეთ ევროპის პალიატიური მზრუნველობის სპეციალური სამუშაო ჯგუფის ვიცე პრეზიდენტი, უნგრეთი
ანდა იანსონე	MD, ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტის დირექტორი, ბავშვთა საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი; ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის საზოგადოების საბჭოს თავმჯდომარე, ლატვია

I. თ 4.

❖ პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის
იმპლემენტაციისათვის შემოდებულ იქნას აუდიტორული ციკლები, რომელიც
ეფუძნება ეროვნული სამუშაო ჯგუფის მიერ შემუშავებულ სტანდარტებს.

დანართი 2

მე-2 საერთაშორისო სიმპოზიუმში: "პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო სტანდარტების დანერგვისათვის (საკანონმდებლო, საგანმანათლებლო, კვლევითი და ჯანდაცვითი გამოწვევები)" მოწვეულ ექსპერტთა რეკომენდაციები
თბილისი, 2019 წლის 22-25 ოქტომბერი

პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელ ნაწილს და ჯანდაცვით ქვეყნის მოსახლეობის მოცვა ვერ იქნება უნივერსალური პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციის გარეშე. საქართველოს აქვს უნივერსალური ჯანმრთელობის დაფარვა, მაგრამ პალიატიური მზრუნველობა ჯერ კიდევ შეზღუდულია. მრავალი მნიშვნელოვანი საერთაშორისო დოკუმენტები, რომლებიც დამტკიცებულ იქნა გაერთიანებული ერების სააგენტოების მიერ მოუწოდებენ ქვეყნებს, რომ უზრუნველყონ პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება იმ მოქალაქეებისთვის რომელთაც აქვთ ეს საჭიროება. ამ დოკუმენტებს შორის არის:

- გაერთიანებული ერების დეკლარაცია არაკომუნიკაბელური დაავადებების პრევენციასა და კონტროლისათვის
- პოლიტიკური დეკლარაცია HIV/AIDS-ზე
- უნივერსალური ჯანმრთელობის დაფარვის მაღალი დონის შეხვედრის პოლიტიკური დეკლარაცია
- ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ანგარიში უნივერსალურ ჯანმრთელობის დაზღვევაზე
- ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეის (WHA) რეზოლუცია პალიატიურ მზრუნველობაზე
- გაერთიანებული ერების გენერალური ასამბლეის სპეციალური სესიის (UNGASS) შედაგად მიღებული დოკუმენტი წამალთა მსოფლიო პრობლემაზე
- WHA-ს კიბოს რეზოლუცია
- ჯანმო-ს დემენციის გლობალური სამოქმედო გეგმა

- ჯანმო-ს ასტანას დეკლარაცია
- ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს (INCB) დამატებითი ანგარიშები საერთაშორისოდ კონტროლირებად წამალთა ხელმისაწვდომობაზე მიუხედავად იმისა, რომ პალიატიური მზრუნველობა ჩართულია ზემოთ ხსენებულ გლობალურ ვალდებულებებში, პალიატიური მზრუნველობის სერვისები ჯერ ჯიდევ კონკრეტულად უნდა იყვნენ ინტეგრირებული უმეტეს ეროვნულ ჯანმრთელობის სტრატეგიებში. პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნულ სამოქმედო გეგმას (2010-15) მოქმედების ვადა გაუვიდა. ჩვენ გთავაზობთ შემდეგ რეკომენდაციებს, რათა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ტანჯვით შეპყრობილმა პირებმა მიიღონ საჭირო მზრუნველობა.

ზოგადი განცხადებები:

- მოსახლეობის 1.3-1.5% შეპყრობილია, ხოლო სიკვდილობის 75% გამოწვეულია ქრონიკული პროგრესირებადი მდგომარეობებით;
- პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს სისტემურ გამოწვევას ჯანდაცვის და სოციალური სისტემებისათვის;
- დაზღვევა, თანასწორობა და ხარისხიანი პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენენ ადამიანის უფლებებს;
- კანონები უნდა იყოს მოსახლეობაზე დაფუძნებული და საზოგადოებაზე ორიენტირებული.

მიზანი: ყველა ადამიანს ვისაც ესაჭიროება პალიატიური მზრუნველობა აქვს ქვეყნის ყველა რეგიონში ხარისხიან პალიატიური მზრუნველობის სერვისებთან წვდომა.

1. პოლიტიკა

ახალი 2020-2025 წლის პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული სამოქმედო გეგმის შექმნა საქართველოში, ყველა შესაბამისი სამინისტროს სამედიცინო ასოციაციების და სამოქალაქო საზოგადოების მონაწილეობით ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალური კომიტეტის დახმარებით. სამოქმედო გეგმამ უნდა დაფაროს შემდეგი საკითხები, თემა და სირთულე:

- 2025 წლამდე განახლებული საჭიროებების შეფასება შედგენილი უახლესი

ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით და პროექციით (ონკოლოგიური და არაონკოლოგიური);

- პალიატიურ მზრუნველობის ყველა დისციპლინაში ადმინისტრაციულ პერსონალთა საჭიროებების გეგმა;
- განათლების და სწავლების საჭიროებები;
- ყველა რეგიონში ამბულატორიული სერვისების, ბინაზე მომსახურების ჩათვლით, საჭიროების აღწერა;
- დღის სტაციუნალური სერვისების საჭიროების აღწერა ყველა რეგიონში;
- სტაციონარული საწოლების საჭიროების აღწერა ყველა რეგიონში;
- ყველა რეგიონში სამიზნე სერვისის ჩამოყალიბება;
- ყველა სამოქმედო გეგმის საფასურის აღწერით;
- მოკლე, საშუალო და გრძელვადიანი გეგმების დასახვა.

2 წესდების შექმნა (ჯანდაცვის სამინისტრო და სახელმწიფოებრივი რეგულაციები), რომელიც ხაზს გაუსვავს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების საჭიროებას. როგორცაა:

- სტანდარტები მოქმედებისთვის;
- სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა (ჰოსპისის ჩათვლით);
- ამბულატორია/ბინა/პალიატიური მზრუნველობის დღის სტაციონარი.

3 გაიზარდოს სახელმწიფოს მიერ ხელმისაწვდომობა მისი ბიუჯეტში შენატანის გაზრდით

I. პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა

1. პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება უნდა მოიცავდეს: პალიატიური მზრუნველობის სხვადასხვა სირთულის წვდომას, რომელიც შეიცავს

- რთული პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირების მრავალ სხვადასხვა სპეციალიზირებულ სერვისებზე წვდომის დანერგვას;
- პალიატიური მზრუნველობის მიდგომის დანერგვა ჯანმრთელობის და სოციალური სისტემის ყველა დაწესებულებაში;
- უბნის ან ტერიტორიული ქსელების დანერგვა.

2. ზოგადი ან ბაზუსური პალიატიური მზრუნველობა უნდა იქნეს განხორციელებული მზრუნველობის ყველა დაწესებულებაში (პირველადი ჯანდაცვა, მოხუცებულთა სახლი, საავადმყოფოს მომსახურება, შუალედური ცენტრები)

3. პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტები უნდა იქნენ გამოვლენილი და მოვლილი ყველა შესაბამის გარემოში (setting) განსაკუთრებული ყურადღების გამოხატვით ადგილობრივად.

II. განათლება და ტრეინინგი

პალიატიური მზრუნველობის არსის მკაფიო გაგება საზოგადოებაში და პროფესიონალთა განათლება სამედიცინო საზოგადოებაში უნდა იქნეს განვითარებული. ქვემოთ მოცემული რეკომენდაციები უნდა გააზრებულ იქნას ლოკალური ჩემპიონების დახმარებით, უნივერსიტეტების და ჰოსპისი/პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზაციების ერთმანეთთან კოლაბორაციით, ადგილობრივი სამუშაო ჯგუფის შექმნით განათლების და ტრეინინგის მიზნით

1. მოკლევადიანი მიზნები: (2 წელი)

- პალიატიური მზრუნველობის კურსის სავალდებულო მიღება სამედიცინო და საექთნო განათლების პროგრამებში;

- განვითარდეს მულტიდისციპლინური გუნდი (მინიმუმ ექიმის, ექთნის, სოც მუშაკის, ფსიქოლოგის, სასულიერო პირის ჩართულობით), როგორც პალიატიური მზრუნველობის სამუშაო ძალა;

- ყველა პალიატიურ მზრუნველობაში მომუშავე მულტიდისციპლინური გუნდის პროფესიისთვის

შეიქმნას ბაზისური ტრეინინგი პალიატიურ მზრუნველობაში;

- უნდა შეიქმნას მინისტრის ბრძანებულება პალიატიური მზრუნველობის სწავლების აუცილებლობაზე სამედიცინო და საექთნო სასწავლებლებში;

- ეროვნულმა ასოციაციამ უნდა შესთავაზოს ‘მინიმუმ სტანდარტი“-ის კურიკულა სამედიცინო და საექთნო სასწავლებლებს;

- უნივერსიტეტებმა უნდა შესთავაზონ არჩევითი კურსები პალიატიურ მზრუნველობაში ჯანდაცვაში კვალიფიცირებული სამედიცინო

პროფესიონალებისათვის, რათა მოხდეს თანხვედრა ეროვნულ გახანგრძლივებულ პროფესიონალურ განვითარების მიხედვით;

- რათა გაიზარდოს საზოგადოების ცნობადობა პალიატიურ მზრუნველობაში, უნდა იმუშაონ აქტიურად სამიზნე ჯგუფებთან;

- შეიქმნას სამაგისტრო პროგრამა პალიატიურ მზრუნველობაში რათა გაიზარდოს დასაქმებულთა რაოდენობა პალიატიური მზრუნველობის მენეჯმენტში მთელს ქვეყანაში. სამაგისტრო პროგრამამ უნდა მისცეს პალიატიური მზრუნველობის ლიდერებს კლინიკური და ორგანიზაციური ცოდნა და გამოცდილება. ეს ორგანიზაციული ცოდნა უნდა შეიცავდნენ: ლიდერობის ცოდნას, ადვოკატირებას და მენეჯმენტს.

2. შუალედური მიზნები: (5 წლიანი)

- ყველა სამედიცინო და საექთნო სკოლას უნდა ჰქონდეს კვალიფიცირებული/სერთიფიცირებული სპეციალისტები პალიატიურ მზრუნველობაში;

- პალიატიური მზრუნველობის მოდელი უნდა იქნეს შეტანილი ყველა სპეციალისტის სარეზიდენტო პროგრამაში;

- ყველა სპეციალისტი, რომელიც ახორციელებს პალიატიური მზრუნველობას უნდა დაესწრონ მინიმუმ ერთ საგანმანათლებლო სესიას ბაზისურ პალიატიურ მზრუნველობაში;

- ისეთი ორგანიზაციები, როგორცაა ეროვნული პალიატიური მზრუნველობის ასოციაცია და უნივერსიტეტებმა უნდა ითანამშრომლონ რომ აწარმოონ, დააარსონ და მიაწოდონ ბაზისური კურსი პალიატიურ მზრუნველობაში;

- შეიქმნას სასწავლო უნარ-ჩვევები უაღრესად გამოცდილი სამედიცინო პერსონალისთვის პალიატიურ მზრუნველობაში, რათა შეიქმნას განათლებისა და ტრენინგის სამუშაო ძალა;

- დაეხმაროს უნივერსიტეტებს განავითარონ სადოქტორო და სამაგისტრო პროგრამები სამედიცინო პერსონალისთვის, რომლებიც პალიატიური მზრუნველობით არიან დაკავებულები, რათა გაიზარდოს დასაქმებულთა რაოდენობა პალიატიური

მზრუნველობის მენეჯმენტში ქვეყნის მამტაბით და წვლილი შეიტანონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკით საქართველოში/კავკასიის რეგიონში.

3. გრძელვადიანი მიზნები (10 წელი):

- რადგანაც პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს გახანგრძლივებული სამედიცინო დახმარების განუყოფელ ნაწილს, ყველა სამედიცინო და საექთნო სკოლამ უნდა შესთავაზოს ბაზისური ტრეინინგი პალიატიურ მზრუნველობაში;
- ბაზისური ტრეინინგი საჭიროა იყოს არანაკლებ ორი კრედიტისა (საქართველოს კრედიტის მიხედვით) და მოიცავდეს პაციენტთან პირისპირ შეხვედრას (ეს შესაძლებელია მოხდეს პაციენტის ლოგინთან და/ან ამბულატორიულ კლინიკაში);
- შესაბამის ჯგუფებთან განუწყვეტელი მუშაობით უნდა მიეღწიოს საზოგადოების მიერ პალიატიურ მზრუნველობაზე შეხედულებების შეცვლა.

III. წამალთა ხელმისაწვდომობა

1. მოკლევადიანი მიზნები: (2 წელი)

- შეიცვალოს პაციენტთა მიღების კრიტერიუმი და დაუშვან ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა ტკივილის სამართავად პაციენტებისათვის რომელთაც არ ექვემდებარებიან არა-ოპიოიდებით ტკივილიგამაყუჩებლებს ან აქვთ მწვავე გვერდითი მოვლენები არა-იპოიდურ მედიკამენტებისგან ან აქვთ მწვავე ტკივილი მაგრამ არ არიან სიცოცხლის ბოლოს;
- სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ოპიოიდების ფორმულაციების ხელმისაწვდომობა პედიატრიული პაციენტებისათვის;
- სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის II ანალგეტიკური საფეხურის ოპიოიდური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა;
- სახელმწიფომ ხელი უნდა შეუწყოს საავადმყოფოებს რომ ჰქონდეთ ოპიოიდების ორალური ფორმები.

2. შუალედური მიზნები: (5 წელი)

- წამალთა გამოწერის წესების რაციონალიზაცია;
- გაიზარდოს იპოიდების მომარაგება 7-დან 14 დღემდე;

- სპეციალური სავალდებულო რეცეპტის ფორმის მოშორება და ჩანაცვლება ჩვეულებრივო ფორმით;

3. გრძელვადიანი მიზნები (10 წელი):

- ყველა ფარმაცევტს შეეძლება ოპიოიდების გაცემა.

რობერტ ტვაიკროსი, პროფესორი, DM, FRCP - ემერიტუს კლინიკური ლექტორი პალიატიურ მზრუნველობაში, ოქსფორდის უნივერსიტეტი; პალიატიური მზრუნველობის ფორმულარის დამფუძნებელი და ყოფილი მთავარი რედაქტორი, დიდი ბრიტანეთი

სტევენ რ. კონორი, პროფესორი, PhD - მსოფლიოს ჰისპისის პალიატიური მზრუნველობის ალიანსის დირექტორი, შშ

ხავიერ გომეზ ბატისტე - პროფესორი, MD, PhD - ჯანმოს პალიატიური მზრუნველობის კოლაბორაციული ცენტრის დირექტორი, ჯანდაცვის პროგრამები, ბარსელონა; Vic-ის პალიატიური მზრუნველობის უნივერსიტეტის უფროსი, ესპანეთი

ჯულია დოუნინგი - პროფესორი, PhD, MMedSci, BN (Hons) RGN - საერთაშორისო ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის ქსელის დირექტორი, საპატიო პროფესორი, მაკერერას უ.ნივერსიტეტი, კამპალა, უგანდა; ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი

ფიონა რაულინსონი - MA, MSc, FRCP, FacadMd - დიპლომისშემდგომი კურსის დირექტორი, კარდიფის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლა, სამედიცინო განათლების ცენტრი, ბიოსამედიცინო და ბუნებისშემსწავლელი მეცნიერებების კოლეჯი, დიდი ბრიტანეთი

ჯულია ვერნე - პროფესორი, BSc, MBBS, MSc. PhD, FFPH - კლინიკური ეპიდემიოლოგიის ხელმძღვანელი, სიცოცხლის მიწურულს ზრუნვის ეროვნული ზედამხედველობის ქსელის კლინიკური ხელმძღვანელი, დიდი ბრიტანეთი

კარლოს ცენტენო - MD, PhD, ტიტულური პროფესორი, პალიატიური მედიცინის და სიმპტომების მართვა, მედიცინის ფაკულტეტი, ნავარას უნივერსიტეტი, ესპანეთი

კატალინ მუსზბეკი, MD - უნგრეთის ჰოსპისთა ფონდის სამედიცინო დირექტორი; ბუდაპეშტის სამედიცინო უნივერსიტეტის მიწვეული პროფესორი, უნგრეთი

ედუარდო გარალდა, MD, PhD - ATLANTES-ის კვლევითი ჯგუფი, ნავარას
უნივერსიტეტი, ესპანეთი