

კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგები

8.ხელაძე, 83.ხელაძე

საქართველოს კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი.

LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF CRITICAL PATIENTS

Z. KHELADZE, ZV. KHELADZE, N.KAJAIA, T. MAZMISHVILI

Georgian Institute of Critical Care Medicine

რეზიუმე

შესწავლილია საქართველოს კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტში 2005–2015 წლებში მყოფი 1800 კრიტიკული ავადმყოფის მკურნალობის შორეული შედეგები.

კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე გარდაცვლილი იყო 22 (1,2%) პიროვნება, ხოლო 1778 (98,8%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად შენახული 903 (50,2 %) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 561 (31,2%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო, თავის თავის მოვლა არ შეეძლო და უმწეო მდგომარეობაში იყო 314 (17,4%) ადამიანი. კლინიკიდან გაწერის ხუთი წლის თავზე გარდაცვლილი იყო კიდევ 219 (12,7%) პიროვნება, ხოლო 1559 (86,6%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად შენახული 649 (36,5%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 510 (28,3%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო, თავის თავის მოვლა არ შეეძლო და უმწეო მდგომარეობაში იყო 390 (21,7%) ადამიანი. კლინიკიდან გაწერის ათი წლის თავზე კი გარდაცვლილი იყო კიდევ 293 (16,3%) პიროვნება. ასე რომ 1266 (70,3%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად შენახული 412 (22,9%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 482 (26,7%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო, თავის თავის მოვლა არ შეეძლო და უმწეო მდგომარეობაში იყო 372 (20,7%) ადამიანი.

ეს მონაცემები ერთგვარ ოპტიმიზმს ბადებს კრიტიკული მედიცინისადმი, რადგანაც ამგვარი სერვისის არ არსებობის შემთხვევაში ყოველი მათგანი ჯერ კიდევ კრიტიკულ მდგომარეობაში ყოფნისას იყო განწირული დასალუპავად.

ძირითადი სიტყვები: შორეული შედეგები, მკურნალობა, კრიტიკული პაციენტები, ინვალიდობა, მძიმე ინვალიდობა.

შესავალი

კრიტიკული მედიცინა თანამედროვე მედიცინის ძვირადღირებული დარგია. კრიტიკული მედიცინის ერთი საწოლ-დღის ღირებულება აშშ-ში 4000–6000 აშშ დოლარს, ევროკავშირის ქვეყნებში –3000–3500 აშშ დოლარს, ხოლო საქართველოსა და განვითარებად ქვეყნებში 300–1000 აშშ დოლარს შეადგენს [1]. ამასთან კრიტიკული მედიცინის პროდუქტი კოლექტიური შრომის შედეგია და ეს პროცესი მოიცავს კრიტიკულ ავადმყოფთა სასიცოცხლო ფუნქციების უწყვეტ მონიტორინგსა და მკურნალობას [2, 3]. ამის გამო მხოლოდ ერთი კრიტიკული ავადმყოფის მკურნალობის პროცესში აუცილებლად საჭიროა კრიტიკული მედიცინის სამსახურის მთელი კოლექტივის მონაწილეობა. მათ გარდა მკურნალობაში ჩართულნი უნდა იყვნენ ქირურგები, ნევროპათოლოგები, ეპიდემიოლოგები, ფიზიოლოგები, რადიოლოგები, ინჟინრები, მენეჯერები და სხვა

Summary

Here are studied long-term results of 1800 critical patients who were treated in Critical Care Medicine Institute of Georgia in 2005–2015.

After a year of discharge from the clinic 22 of them died (1,2%), from 1778 patients who survived 903 (17,4) had preserved an ability of work completely. 561 (31,2%) of those patients remained disabled but could take care of themselves without help. 314 (17,4) of those persons were a severe invalids and not able to take care of themselves independently. After discharge from the clinic at the 5th anniversary 219 (12,7%) of patients died. From 1559 (86,6%) who were alive 649 (36,5%) had the complete ability of work. 510 (28,3%) were disabled but independent to take care of themselves. 39 (21,7%) of them were severe invalids and they could not help themselves. After 10 years of clinical discharge 293 (16,3%) were died. From 1266 (70,3%) ability of work was preserved in 412 (22,9%) of them, were disabled but with the ability to take care of themselves-482 (26,7%), 372 (20,7%)—severe invalids without an independent abilities.

This information generates some kind of optimism towards Critical Care Medicine, because without the service all of them would be in critical care condition and sacrificed for death. Besides, such information enables to plan the process of critical care patient's treatment, expanse finances adequately, improve management service and after determination of a prognosis problems related to working process will be easily solved.

Key Words: Long-term results, treatment, critical patients invalids, severe invalids.

პროფესიის წარმომადგენლები [4]. ამგვარი პირობების მიუხედავად სხვადასხვა ქვეყნების კლინიკებში უშუალოდ მკურნალობის პროცესის დროს კრიტიკულ ავადმყოფთა მესამედი კვდება [5], მაშინ როდესაც კრიტიკული მედიცინის სერვისის არ არსებობის შემთხვევაში ყოველი კრიტიკული ავადმყოფი იყო განწირული სასიკვდილოდ. თუმცა ეს მაჩვენებელი უშუალოდ კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის პროცესს გულისხმობს და არ მოიცავს კრიტიკულ ავადმყოფთა ლეტალობისა და შრომის უნარიანობის შესახებ უფრო შორეულ მონაცემებს. ამგვარი ინფორმაციის ცოდნა კი საჭიროა კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის პროცესის ოპტიმალურად დაგეგმვის, ფინანსების ყაირათიანად ხარჯვის, მენეჯმენტის სრულყოფის, მკურნალობის შედეგების პროგნოზირების და სამუშაო პროცესთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების დროულად მოგვარების მიზნით. აქედან გამომდინარე აღნიშნული

შრომის მიზანია კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგების შესწავლა.

მასალა და მეთოდები

შესწავლილია 1800 (100%) კრიტიკული ავადმყოფი. ისინი 2005-2015 წლებში მკურნალებდნენ საქართველოს კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტ მათ შორის ქალი იყო 798,0 (44,3%) და კაცი 1002,0 (55,7%) პიროვნება. სოფელში. ცხოვრობდა 863 (47,9%), ხოლო ქალაქში-937 (52,1%) პაციენტი. ავადმყოფთა ასაკი მერყობდა 18 წლიდან 101 წლამდე. მათ შორის 50 წლამდე იყო 209 (11,6%), 51-70 წლამდე 542,0 (30,1%), ხოლო 70 წელზე მეტის 1049 (58,3%) ადამიანი.ამ ავადმყოფებში კლინიკაში ყოფნის დროს კრიტიკული მდგომარეობა 554,0(30.8%) შემთხვევაში გამოწვეული იყო სუნთქვის მწვავე უკმარისობით, 211,0 (11.8%) შემთხვევაში რეგისტრირებული იყო ჰემორაგიული ინსულტი და 202,0 (11.2%) შემთხვევაში იშემიური ინსულტი, 188,0 (10,5%) ავადმყოფს ჰქონდა გულის მწვავე უკმარისობა, 177,0 (9,8%) პაციენტს - ენდოტოქსიური შოკი, 110,0 (6.1%) - სეფსისი, 88,0 (4.9%) - მძიმე ტრავმები, 86,0 (4,8%) - ჰიპოვოლემიური შოკი, ხოლო 51,0 (2,8%) ავადმყოფი მოწამლული იყო სხვადასხვა სახის შხამებით,ამას გარდა კრიტიკული მდგომარეობა ასოცირებული იყო 51,0 (2.8%) შემთხვევაში ღვიძლის უკმარისობასთან და 49,0 (2,7%) შემთხვევაში თირკმლების უკმარისობასთან, ხოლო 33 (1,8%) შემთხვევაში სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა გამოწვეული იყო ეპილექსიური სტატუსით, დიაბეტური კომით, მენინგოენცეფალიტით და სხვა მიზეზებით. ამ ავადმყოფთა უმრავლესობას თანმხლები დაავადებების სახით აღენიშნებოდა ჰიპერტონული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, გულის უკმარისობა, ფილტვების ობსტრუქციული დაავადება და ქრონიკული პროფილის სხვა დაავადებები. კლინიკაში მათი მკურნალობა წარმოებდა ხელოვნური სუნთქვის, წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის კორექციის, ენტერალური და პარენტერალური კვების, ანტიბაქტერიული თერაპიის, შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებების, იმუნომოდულაციის, ჰემოდალიზის, პლაზმაფერეზის, ძვლის ტვინის ელექტროსტიმულაცი-

ის და სხვა ღონისძიებების სახით. ამ ავადმყოფებიდან ზოგადქირურგიული პროფილის ოპერაცია ჩატარდა 61.0 (3.4%) პაციენტს, ნეიროქირურგიული - 51.0 (2.8%), უროლოგიური - 49,0 (2,7%) და ტრავმატოლოგიური - 37,0 (2,1%) პაციენტს. ავადმყოფთა ამ კონტიგენტში შესწავლილი იყო ლეტალობის, შრომისუნარიანობისა და ინვალიდობის მაჩვენებლები კლინიკიდან გაწერიდან 1, 5 და 10 წლის შემდეგ (ცხრილი 1, დიაგრამა 1).

შედეგები და განსჯა

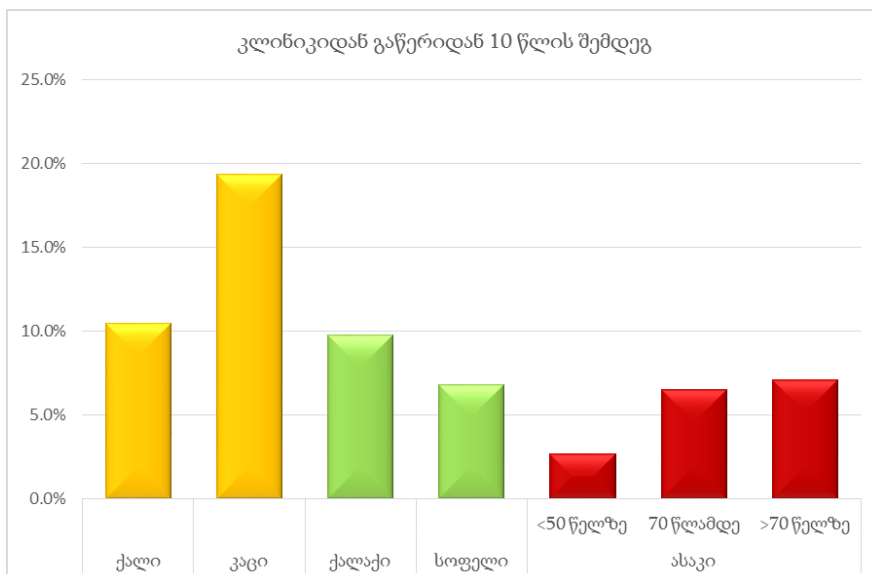
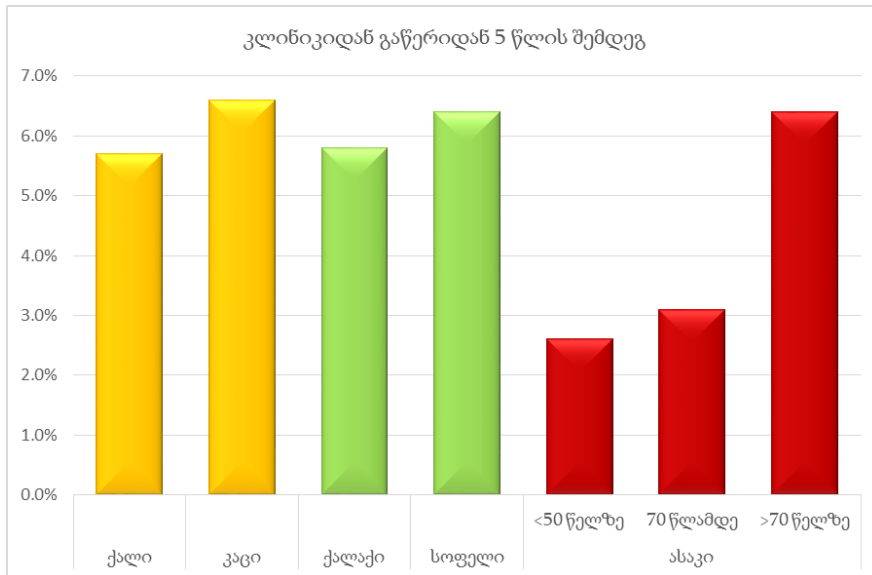
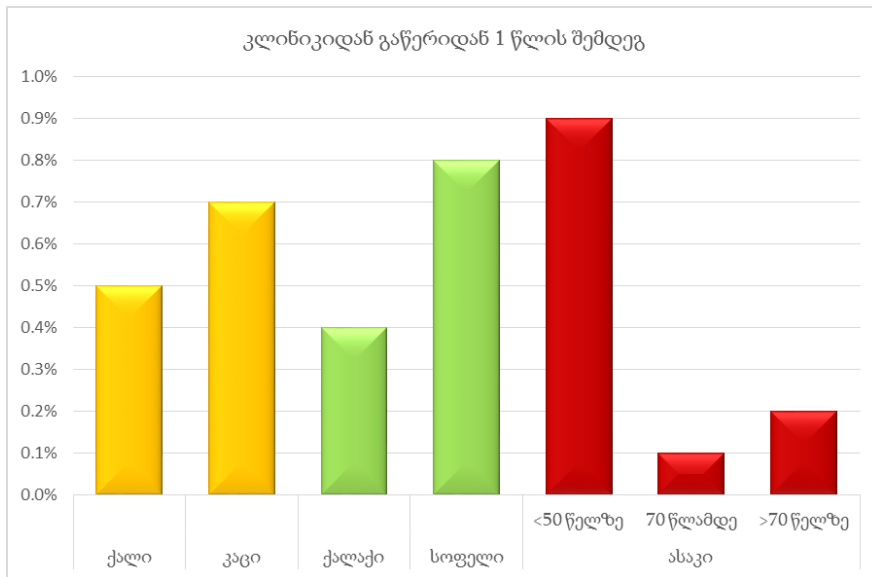
კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე გარდაცვლილი აღმოჩნდა 22 ადამიანი. რაც კლინიკიდან გაწერილ 1800 (100,0%) ავადმყოფის 1,2% შეადგენს. მათ შორის ქალი იყო 9 (0,5%), კაცი -13 (0,7%). ქალაქის მაცხოვრებელი იყო 8 (0,4%), სოფლის მცხოვრები იყო - 14 (0,8%), პიროვნება. 50 წლამდე ასაკის იყო - 16 (0.9%), 70 წლამდე ასაკის - 2 (0,1%), ხოლო 70 წლის ასაკზე მეტის - 4 (0,2%) სუბიექტი, მათ შორის კლინიკაში ყოფნის დროს ჰემორაგიული ინსულტი ჰქონდა 10 (0,6%), იშემიური ინსულტი - 4 (0,2%) ადამიანს. ენდოტოქსიური შოკი აღენიშნებოდა - 5 (0,3%), სეფსისი -1 (0,1%), ხოლო ღვიძლის უკმარისობა - 2 (0,1%) მათგანს.

კლინიკიდან გაწერის ხუთი წლის თავზე გარდაცვლილი აღმოჩნდა 219 (12,2%) ადამიანი. მათ შორის შორის ქალი იყო 101 (5,7%), კაცი - 118 (6,6%). ქალაქში ცხოვრობდა 104 (5,8%), სოფელში-115 (6,4%) ადამიანი. 50 წლამდე ასაკის იყო - 47 (2,6%), 70 წლამდე ასაკის - 56 (3,1%), ხოლო 70 წლის ასაკზე მეტის - 161 (6,4%) პიროვნება, მათ შორის კლინიკაში ყოფნის დროს სუნთქვის მწვავე უკმარისობა ჰქონდა - 19 (1,1%), ჰემორაგიული ინსულტი - 73 (4,1%), იშემიური ინსულტი - 23 (1,3 %) ადამიანს,ხოლო გულის მწვავე უკმარისობა - 13 (0,7%), ენდოტოქსიური შოკი - 19 (1,1%), მძიმე სეფსისი - 5 (0,3%), ტრავმები - 7 (0,4%), ჰიპოვოლემიური შოკი - 21 (1,2%), მოწამვლა - 2 (0,1%), ღვიძლის უკმარისობა - 31 (1,7%) და თირკმლების უკმარისობა -6(0,3%)ადამიანს, კლინიკიდან გაწერის ათი წლის თავზე გარდაცვლილი აღმოჩნდა 293 (16,3%) ადამიანი. მათ შორის ქალი იყო - 189 (10,5%), კაცი - 104 (5,8%), ქალაქის მაცხოვრებელი იყო 116 (6,4%). სოფლის მაცხოვრებელი -

ცხრილი 1. კლინიკური მასალის დახასიათება. კლინიკიდან გაწერის შემდეგ გარდაცვლილ პირთა ძირითადი ჯგუფები

№	კლინიკიდან გაწერის ვადები	ქალი	კაცი	ქალაქი	სოფელი	ასაკი			სულ
						<50 წელზე	70 წლამდე	>70 წელზე	
1	1 წელი	9	13	8	14	16	2	4	22
		0.5%	0.7%	0.4%	0.8%	0.9%	0.1%	0.2%	1.2%
2	5 წელი	101	118	104	115	47	56	116	219
		5.7%	6.6%	5.8%	6.4%	2.6%	3.1%	6.4%	12.2%
3	10 წელი	189	104	177	116	59	117	127	293
		10.5%	19.4%	9.8%	6.8%	2.7%	6.5%	7.1%	16.3%

დიაგრამა 1. კლინიკური მასალის დახასიათება



177 (9,8%), 50 წლამდე ასაკის იყო 49 (2,7%), 70 წლამდე ასაკის – 117 (6,5%), ხოლო 70 წლის ასაკზე მეტის – 127 (7,1%) ადამიანი. მათ შორის კლინიკაში ყოფნის დროს სუნთქვის მწვავე უკმარისობა ჰქონდა 34 (1,8%) ადამიანს, ხოლო ჰემორაგიული ინსულტი – 75 (5,4%), იშემიური ინსულტი – 47 (2,4%). გულის მწვავე უკმარისობა – 36 (2,0%), ენდოტოქსიური შოკი – 31 (1,7%), მძიმე სეფსისი – 29 (1,7%), ტრავმები – 19 (1,1%), ჰიპოვოლემიური შოკი – 9 (0,5%) და მოწამვლა – 13 (0,7%) ადამიანს, ცოცხლად დარჩენილ 1778 (98,8%) პირს შორის კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 903 (50,2 %) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 561 (31,2%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო და თავის თავის მოვლა არ შეეძლო 314 (17,4%) სუბიექტს. ასევე კლინიკიდან გაწერის ხუთი წლის თავზე 1559 (86,6%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 649 (36,5%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 510 (28,3%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო და თავის თავის მოვლა არ შეეძლო 390 (21,7%) სუბიექტს. კლინიკიდან გაწერის ათი წლის თავზე კი 1266 (70,3%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 412 (22,9%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 482 (26,7%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო და

თავის თავის მოვლა არ შეეძლო 372 (20,7%) სუბიექტს. ასე რომ კლინიკში მკურნალობიდან ათი წლის თავზე ყველაზე მეტი რაოდენობით გარდაცვლილი აღმოჩნდა ჰემორაგიული ინსულტის (74,9%) და ღვიძლის უკმარისობის (64,7%) მქონე პაციენტები. დაახლოებით თანაბარი რაოდენობით იყო იშემიური ინსულტის (30,1%), გულის მწვავე უკმარისობის (31,4%), ენდოტოქსიური შოკის (31,3%), სეფსისის (29,5%), ჰიპოვოლემიური შოკის (34,8%), მძიმე ტრავმების (29,5%) და მოწამვლების (29,4%) დიაგნოზის მქონე გარდაცვლილ პაციენტთა რაოდენობა. მათთან შედარებით მცირე იყო თირკმლების (12,2%) და სუნთქვის (9,6%) მწვავე უკმარისობის მქონე ავადმყოფთა სიკვდილის შემთხვევები.

დასკვნა: კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგები ერთგვარ ოპტიმიზმს სახავს კრიტიკული მედიცინისადმი. კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე გარდაცვლილი იყო 22 (1,2%) პიროვნება, ხოლო 1778 (98,8%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 903 (50,2 %) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 561 (31,2%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო 314 (17,4%) ადამიანი. ამგვარი სერვიზის არ არსებობის შემთხვევაში თითოეული მათგანი ჯერ კიდევ კრიტიკულ მდგომარეობაში ყოფნის დროს იყო განწირული დასალუპავად.

ლიტერატურა:

References:

1. ზ.ხელაძე - “კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინა”, თბილისი, 2007, -714გვ.
2. ზ.ხელაძე, ზ.ხელაძე - “კრიტიკული მედიცინა”, თბილისი, წიგნი პირველი, 2016, -415გვ.
3. ზ.ხელაძე, ზ.ხელაძე - “კრიტიკული მედიცინა”, თბილისი, წიგნი მეორე, 2016, -412გვ.
4. Z.Kheladze, Zv.Kheladze – „Critical Care Medicine Hand Book“, Tbilisi, 2014, -465pp.
5. Y.Sakr and other – “Being Overweight Is Associated With Greater Survival in ICU Patients: Results From the Intensive Care Over Nations Audit” - “Critical care medicine”, 12/2015; 43(12):2623-32