

კრიტიკული მედიცინის სამსახური საქართველოში: წარსული, აწმყო და მომავალი

ზ. ხელაძე

(კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი, სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ანესთეზიოლოგიის, კრიტიკულ მდგომარეობათა და კატასტროფათა მედიცინის კათედრა. თბილისი, საქართველო.)

The History, Present Situation and Future Development of the Critical Care Medicine in Georgia

Z. Kheladze.

(Critical Care Medicine Institute, Chair of the Anesthesiology Critical Care and Disaster Medicine of State Medical University, Tbilisi, Georgia)

1. კრიტიკული მედიცინის ისტორია საქართველოში 1962 წლიდან იწყება როცა, საქართველოს ჯამრთელობის დაცვის მინისტრის №182-ი ბრძანების თანახმად ჰემატოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში გაიხსნა ტერმინალურ მდგომარეობათა შემსწავლელი ლაბორატორია პროფ. შ.მაჭავარიანის ხელმძღვანელობით. 1966წელს საბჭოთა კავშირის მეცნიერებისა და ტექნიკის სახელმწიფო კომიტეტის თავჯდომარის №98 ბრძანების თანახმად ეს ლაბორატორია გადაკეთდა რენიმატოლოგიის საპრობლემო ლაბორატორიად და 1973 წელს ის შევიდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში ჩამოყალიბებულ ანესთეზიოლოგია-რენიმატოლოგიის კათედრის შემადგენლობაში, კათედრის გამგედ არჩეულ იქნა პროფ. შ. მაჭავარიანი, რომელიც ამ თანამდებობაზე მუშაობდა გარდაცვალებამდე (1988წ) დღეს ამ კათედრის გამგეა აკად. ზ.ხელაძე. ამაზე უფრო ადრე 1957წ-ს თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში ჩამოყალიბდა ანესთეზიოლოგიის კათედრა ეს კათედრა 1964წ-ს გადაკეთდა ანესთეზიოლოგია-რენიმატოლოგიის კათედრად. 1970წ-მდე ამ კათედრას ხელმძღვანელობდა პროფ გ.ხუნდაძე 1989წ-მდე კი პროფ. გ. ცანავა. დღეს ამ კათედრის გამგეა პროფ. ნ.ღებანიძე.

საგულისხმოა რომ ფაქტიურად ამ ორმა დაწესებულებამ ზიდა ის ტვირთი, რომელსაც კრიტიკული მედიცინის სამსახურის წინამორბედის ანესთეზიოლოგია-რენიმატოლოგიის სახელი ერქვა. ამ უკანასკნელის დროს პრეჰოსპიტალური სფერო წარმოდგენილი იყო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურების ე.წ “შოკის საწინააღმდეგო” მობილური ბრიგადებით. მათი უმთავრესი დანიშნულება იყო კრიტიკულ ავადმყოფთა ევაკუაცია შემთხვევის ადგილიდან ჰოსპიტლამდე. ჰოსპიტალურ სფერო რესპუბლიკურ, საქალაქო და რიონულ საავადმყოფოში, აგრეთვე სამედიცინო პროფილის სამეცნიერო კვლევით დაწესებულებაში წარმოდგენილი იყო ანესთეზია-რენიმატოლოგიის 6 ან 12 საწოლიანი და რენიმატოლოგია-ინტენსიური თერაპიის 24 საწოლიანი განყოფილებებით. ამით შესაძლებელი ხდებოდა ქვეყანაში რეგისტრირებულ კრიტიკულ მდგომარეობათა უმრავლესობის მოცვა დროის შედარებით მცირე მონაკვეთში. ამ სამსახურის უმთავრესი ნაკლი

მწირი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ხელმიუწვდომლობა იყო.

2. ტერმინი “კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინა” საქართველოში პირველად იქნა გამოყენებული 1983წელს როდესაც თბილისში შესრულდა საკანდიდატო დისერტაცია “იმუნური სტატუსის ცვლილებათა თავისებურებანი კრიტიკულ მდგომარეობათა დროს” (ზ.ხელაძე). შემდეგში, 1990წ. თბილისში ჩატარდა საერთაშორისო სიმპოზიუმში კატასტროფათა და კრიტიკული მედიცინის დარგში, რომლის დროსაც მოხდა ტერმინის– “კატასტროფათა მედიცინა” პირველი გამოყენება ქართულ სინამდვილეში. 2003წელს კი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ კრიტიკული მედიცინა გამოაცხადა ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურის პრიორიტეტულ მიმართულებად, რომელსაც თან მოჰყვა მინისტრის სპეციალური ბრძანება (№210/თ) სამსახურის განვითარების ღონისძიებათა შესახებ. თუმცა მანამდე საქართველოში შეიქმნა დარგის მუშაობისათვის საჭირო ოპტიმალური თეორიული ბაზა, რომელიც შესაძლოა მაგალითი გახდეს სხვა, მასავით განვითარებადი ქვეყნებისათვის.

სახელდობრ:

– პარლამენტის მიერ მიღებული იქნა კანონები "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" (1997წ), "ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღებისა და გამოყენების შესახებ (1998წ)", "სამედიცინო დაზღვევის შესახებ" (1999წ), "პაციენტის უფლებების შესახებ"(2000წ), და "საექიმო საქმიანობის შესახებ", რომელთა სხვადასხვა თავებსა და მუხლებში დეტალურად არის მოტანილი კრიტიკული მედიცინის სამსახურის მუშაობის სამართლებლივი საფუძვლები. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით აღსანიშნავია კანონი "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", სადაც დამოუკიდებელი თავის სახითაა წარმოდგენილი “კრიტიკული მედიცინა, სიკვდილი და ევთანაზია”. ასევე მოხდა პრეზიდენტის ბრძანებულების "ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმების შესახებ (2001წ) გამოცემა, რომელიც აწესრიგებს ამ პრობლემის სამართლებლივ მხარეს.

– 2001წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის №388/ნ ბრძანებით კრიტიკული მედიცინის სამსახური ჩამოყალიბდა დამოუკიდებელი საექიმო სპეციალობის სახით.

– 2000 წლიდან დაწყებულია და რეგულარულად წარმოებს ექიმთა სერტიფიცირების გამოცდები კრიტიკულ მედიცინაში. შექმნილია სახელმწიფო სასერთიფიკაციო კომისია შედგენილია და წინადად არის გამოცემული ექიმთა სერტიფიცირების კითხვარი კრიტიკულ მედიცინაში, რომლის 20% ახლდება ყოველ მომდევნო გამოცდის წინ. დღეისათვის ამ კითხვათა რაოდენობა 2500-ზე მეტია, ხოლო კითხვათა სირთულე შეესაბამება საერთაშორისოდ აღიარებულ მოთხოვნებს. მათ გააანხიათ შემეცნებითი ღირებულებაც, რადგან შეფასების გარდა ცოდნის ათვისებასა და გარდამავებასაც უწყობენ ხელს.

– 2000 წლიდან დაწყებულია ექიმთა მზადება რეზიდენტურაში კრიტიკული მედიცინის სპეციალობით. დამტკიცებულია პროგრამის

ღირექტორატი, შემუშავებულია სასწავლო პროგრამა, შერჩეულია კლინიკური ბაზები და ყოველწლიურად ტარდება შესარჩევი სამეტაპიანი გამოცდები. ის უკვე დაამთავრა ექვსმა რეზიდენტმა და კვლავ სწავლობს ექვსი რეზიდენტი. ასევე 2001 წლიდან ქვეყანაში შემოღებულია უმცროსი ექიმის თანამდებობა, რომელიც კრიტიკული მედიცინის დარგში კადრების მომზადების ალტერნატიულ გზას წარმოადგენს. 2003წლიდან დაწყებული იქნა უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსების მუშაობა კრიტიკულ მედიცინაში და დღემდე კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტის ბაზაზე ჩატარებულ იქნა ოთხი ამგვარი კურსი 300-ზე მეტი ექიმისათვის.

– შემუშავებულია კრიტიკული მედიცინის სამსახურების ლიცენზირებისათვის საჭირო ნორმატიული მოთხოვნები, რომლებიც შეესაბამება საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტულ დონეს და ითვალისწინებს ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასაც.

– 1996წლიდან შემუშავებულია და მოქმედებს სახელმწიფო სამკურნალო სტანდარტები კრიტიკულ მედიცინაში, რომლებიც ორიგინალური ხასიათისაა და დაფუძნებულია სარწმუნო მედიცინის პრინციპებზე. ისინი უმთავრესად ეკონომიკური ხასიათისაა, მაგრამ შეიცავენ ალგორითმს ექიმთა მოქმედებისათვისაც. ეს არის 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა ბავშვთა კრიტიკულ მდგომარეობის 19 სტანდარტი, 3-14 წლამდე ასაკის ბავშვთა კრიტიკული მდგომარეობის 23 სტანდარტი, ზრდასრულთა ასაკის კრიტიკული მდგომარეობების 27 სტანდარტი და პოსტოპერაციული პერიოდის 4 სტანდარტი, რომლებიც ფაქტიურად მოიცავენ ყველა შესაძლო ვარიანტს.

– შემუშავებულია კრიტიკული მედიცინის დაფინანსების ორიგინალური მოდელი, რომელიც წარმატებით იყო აპრობირებული 1996 წელს დარგის წამყვან სტრუქტურულ ერთეულში-თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ანესთეზიოლოგიის, კრიტიკულ მდგომარეობათა და კატასტროფათა მედიცინის კათედრაზე და მიმდინარე წლიდან მოდიფიცირებული სახით უნდა განხორციელდეს ქვეყნის კრიტიკული მედიცინის მთელ სამსახურში.

– მუშაობს საერთაშორისო მოთხოვნათა შესაბამისად დაკომლექტებული რამდენიმე ათეული საწოლი კრიტიკულ მედიცინაში, რომლის გამრავლებაც მას შეუძლია.

– არის მცირე, მაგრამ საკმარისი რაოდენობა საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე მომზადებული ექიმებისა, მათ შორის მწვრთნელებისაც, რომელთა ცოდნის გავრცელებაც ასევე შესაძლებელია.

– 1989 წლიდან დაფუძნებულია ექიმთა პროფესიული გაერთიანება კრიტიკული მედიცინის საქართველოს ასოციაციის სახით, რომელიც პირველი დარგობრივი პროფესიული ასოციაციაა პოსტკომუნისტურ სივრცეში. ეს ასოციაცია უშუალოდ მონაწილეობდა ცხრა აპრილის, სამაჩაბლოს და აფხაზეთის კონფლიქტების სამედიცინო უზრუნველყოფის საქმეში, ჩატარებული აქვს ორი საერთაშორისო და სამი ნაციონალური კონფერენცია და საერთაშორისო აღიარების მქონე ორგანიზაციაა.

– 1994წ ჩამოყალიბდა კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი რომელიც თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ანესთეზიოლოგიის,

კრიტიკულ მდგომარეობათა და კატასტროფათა მედიცინის კათედრასთან ერთად ცდილობს შეასრულოს ამ დარგის ლიდერი დაწესებულების როლი ქვეყანაში.

– არსებობს კრიტიკულ მედიცინაში მეცნიერული კვლევის საკმაოდ გამოცდილება და მისი პროდუქცია ამ დარგში, განსაკუთრებით ისინი, რომლებიც ეხება “კრიტიკული მედიცინის იმუნოლოგიას” და “კრიტიკული მედიცინის სამსახურის თავისებურებებს რესურსების დეფიციტის დროს” საერთაშორისო ინტერესის საგანია.

3. დღეისათვის კრიტიკული მედიცინის სამსახურის სტრუქტურული ერთეულები განთავსებულია ქვეყნის თითქმის ყველა რეგიონსა და საავადმყოფოში. მათ ჯერ კიდევ შემორჩათ რეანიმაცია-ინტენსიური თერაპიის ან ანესთეზია-რეანიმაციის განყოფილების სახელი. ეს სტრუქტურული ერთეულები ქვეყნის მასშტაბით გაშლილია არათანაბრად: არ არის გათვალისწინებული რეგიონის ფართობი, მოსახლეობის რაოდენობა, საკურორტო ზონები, მაღალმთიანი და ძნელად მისასვლელი რელიეფი, კატასტროფების ალბათობა და სხვა ფაქტორები. უფრო ცუდად არის მოგვარებული ბავშვთა კრიტიკული მედიცინის სტრუქტურული ერთეულების განთავსება. ისინი ქვეყნის ათამდე ადმინისტრაციულ ერთეულშია გახსნილი.

– თითქმის ყველა სტრუქტურული ერთეული, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, განთავსებულია არასაკმარის და ამორტიზირებულ ფართობზე. ცუდად არიან უზრუნველყოფილი გათბობისა და ვენტილაციის ცენტრალური სისტემებით, ცხელი წყალითა და ელექტროენერჯიის ავტონომიური წყაროთ, მოუწესრიგებელია ელექტროგაყვანილობა, ჟანგბადისა და ვაკუუმის ცენტრალური სისტემები, საწოლთა სარეზერვო ფონდი და ავადმყოფთა სანიტარული დამუშავების კვანძები, სასუნთქი აპარატების გასტერილება და სხვა.

– ამასთან ქვეყანა განიცდის ხელოვნური სუნთქვის აპარატების, მონიტორების, ელექტროდეფიბრილატორების, ბრონქოსკოპების და სხვა აუცილებელი სამედიცინო ტექნიკის მკვეთრ დეფიციტს, შეფერხებულია ერთჯერადი მოხმარების სამედიცინო საგნების (შპრიცები, საინფუზიო სისტემები, ზონდები და სხვა) უზრუნველყოფის თვალსაზრისითაც. უფრო მეტიც, ქვეყანაში საერთოდ არ შემოდის კომერციულ ინტერესს მოკლებული მრავალი აუცილებლად საჭირო მედიკამენტი (საინექციო განგლიობლოკატორები, დანტროლენი, ნორმოსანგი და ა. შ.) და ერთჯერადი მოხმარების სამედიცინო საგნები (ვიბრაციული ლეიბები, ინტრაკრანიალური წნევის მონიტორინგის საშუალებანი, სპეციალური დანიშნულების ზონდები და ა.შ.), რომელთა გამოყენება ზოგჯერ ერთადერთი ალტერნატივაა ავადმყოფის სიცოცხლის გადასარჩენად.

– 2001წლისთვის პროფილური სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის მონაცემებით კრიტიკული მედიცინის სამსახურში 368 საწოლი იყო გაშლილი, რომლის 58,4% ზრდასრულთა და 41,6% ბავშვთა ასაკისთვის იყო განკუთვნილი. 2001 წელს ამ საწოლებზე იმკურნალა შესაბამისად 10056 ზრდასრული და 4168 ბავშვთა ასაკის პაციენტი. საწოლდღეების საერთო რაოდენობა

შეადგენდა 62803, რომლის 60,1% მოდიოდა ზრდასრული, ხოლო 39,9% – ბავშვთა ასაკის ავადმყოფებზე. საწოლის საშუალო წლიური დატვირთვა შეადგენდა 169,1 საწოლ დღეს (175,4 საწოლდღე ზრდასრულებში და 162,9 საწოლდღე – ბავშვებში).

– აღსანიშნავია, რომ 2002 წ. მონაცემებით საქართველოში 421 ლიცენზირებული ექიმია კრიტიკული მედიცინის სპეციალობით. მათგან 35 წლამდე ასაკისაა 28,0%, 50 წლამდე ასაკის – 60,0% და 60 წელზე მეტი – 12,0%; ამასთან 5 წლამდე მუშაობის სტაჟი გააჩნია 22,8%, 10 წლამდე – 33,0%, 20 წლამდე – 34,9% და 20 წელზე მეტი – 93%. ზრდასრული ასაკის ავადმყოფებს ემსახურება ექიმთა 75,3%, ხოლო ახალშობილთა და ბავშვთა ასაკის ავადმყოფებს - ექიმთა 24,7%; კადრები ძირითადად ახალგაზრდაა და მათი ინტელექტუალური დონეც სასურველზე უკეთესია. ნაკლი ეს არის კადრების არათანაბარი განაწილება ქვეყნის მთელი ტერიტორიის მიხედვით, რადგან მათი 67,0% დედაქალაქში მუშაობს და მხოლოდ 33%-ია რეგიონებში დასაქმებული. ამასთან ხაზგასასმელია, რომ მათ უმრავლესობას არ უმუშავია კრიტიკული მედიცინის თანამედროვე ტექნოლოგიებთან და ამ მიზნით საჭიროებენ სპეციალური პროგრამებით გადამზადებას უწყვეტი განათლების სისტემაში, რაც შესაძლოა განხორციელდეს ადგილობრივი რესურსებით, რადგან შესაბამის მწვრთნელთა კადრები ქვეყანაში არსებობს.

– რამდენიმე კლინიკის გარდა საქართველოს კრიტიკული მედიცინის სამსახურში მკურნალობის ხარისხი საერთაშორისო სტანდარტებთან შედარებით დაბალია. ზოგჯერ უგულვებელყოფილია სახელმწიფო სამკურნალო სტანდარტები, არ არის გამოყენებული თანამედროვე ტექნოლოგია, არის დიაგნოზის შეცდომით ან დაგვიანებით დასმის, ავადმყოფთა გაუმართებელი და არასწორი ტრანსპორტირების შემთხვევები. უაღრესად სუსტია ე. წ. "გარე" და თითქმის არ არსებობს "შიდა" კონტროლის სისტემები მკურნალობის ხარისხზე. ქვეყანაში შექმნილია კრიტიკული მედიცინის პრეკოსპიტალური სამსახური და მუშაობის ერთიანი რეფერალური პროგრამა. რომლის ძირითადი დანიშნულება კრიტიკულ ავადმყოფთა ევაკუაციაა ქვეყნის რეგიონებიდან ცენტრალურ კლინიკებში. ამასთან საქართველოს არა აქვს პოსტკრიტიკული პერიოდის რეაბილიტაციური სამსახური და სრულიად უწყურადღებოდ არიან მიტოვებულნი პერსისტირებად ვეგეტატიურ მდგომარეობაში მყოფი "ახალი სიცოცხლის" პაციენტები, რომელთა ჯოჯოხეთის დარი ხვედრის გამზიარებულნი მხოლოდ ამ ავადმყოფთა ნათესავები და ჭირისუფალნი არიან, რადგან მათი მკურნალობის და მოვლის სპეციალური სისტემის შესაქმნელად ქვეყანას ჯერ არც კი უფიქრია.

– დღემდე კრიტიკული მედიცინის სამსახურის "აქილევსის ქუსლი" ფინანსების უქონლობა იყო, თუმცა რაც იყო, ისიც ცუდად და უყაირათოდ ნაწილდებოდა, ამასთან მიუხედავად იმისა, რომ პოტენციური დამფინანსებლები ("მუნიციპალური პროგრამა", "უმწეოთა პროგრამა", სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანია და სხვა) სახელმწიფოს სხვადასხვა სტრუქტურებში საკმაოდ მრავლად იყვნენ გაფანტულნი, რეალურად

დროული დაფინანსება, მით უმეტეს ადეკვატური დაფინანსება, თითქმის არ ხდებოდა. დაფინანსების ამ სისტემის არსებითი ნაკლი გამოყოფილი თანხების კატასტროფულად მცირე რაოდენობა იყო. აშშ კრიტიკული მედიცინის ერთი საწოდდლის ფასი 4000–5000\$ მერყეობს, მაშინ როდესაც იმავე შედეგის მისაღებად საქართველოს სახელმწიფო სტანდარტებით განსაზღვრული მკურნალობის ერთი საწოდდლის ფასი 92\$ ანუ 198 ლარს შეადგენს. ამის გარდა საქართველოში 3–4 ჯერ უფრო მცირეა კრიტიკულ მდგომარეობათა ლიკვიდირებისათვის სახელმწიფო სამკურნალო სტანდარტებით გამოყოფილ საწოდდელთა რაოდენობა რეალურად საჭირო საწოდდელთა რაოდენობასთან შედარებით. აღსანიშნავია ისიც, რომ დასაფინანსებელი თანხის გამოთვლაც საკმაოდ რთული და ბუნდოვანი პროცესია. ის პროგრამები, რომლებიც კრიტიკულ მდგომარეობათა დამფინანსებლებია, იხდიან სახელმწიფო სტანდარტით განსაზღვრული მკურნალობის სრული თანხის 75%–ს, თუ ეს სტანდარტი 80%–ით და მეტით არის შესრულებული, სრული თანხის 60%–მდე, თუ ეს სტანდარტი 60%–მდეა შესრულებული, სრული თანხის 30%–მდე, თუ ეს სტანდარტი 30%–მდეა შესრულებული და არ იხდიან არაფერს, თუ ეს სტანდარტი სრული თანხის 30%–მდეც არ არის შესრულებული, რაც შეეხება დანარჩენ თანხას, მას იხდიან ავადმყოფის პატრონები, რაც საშუალოდ გადასახდელი ღირებულების 25%–მდეა, ამას გარდა სახელმწიფო სტანდარტით განსაზღვრული საწოდდლების ამოწურვის შემდეგ მკურნალობის საფასურს უკვე მთლიანად ფარავენ ავადმყოფის პატრონები. ე.წ. "შიდა" სტანდარტის სახით, რომლის ერთი საწოდდლის ღირებულება ქვეყნის სხვადასხვა კლინიკებში საშუალოდ 100-150 ლარამდე მერყეობს. ასე რომ მხოლოდ საწოდდლით განსაზღვრული მკურნალობის გადასახადი ავადმყოფთა უმეტესობისთვის დღევანდელი პირობების გათვალისწინებით საკმაოდ სოლიდურ თანხას შეადგენდა და საშუალოდ რამდენიმე ათას ლარს უტოლდება. ამას ემატება წამლების შესაძენი თანხა, რენტგენის, კომპიუტერული ტომოგრაფის, ორატორიული ანალიზებისა და სხვა თანხები, რომლებიც არცთუ იშვიათად რამდენიმე თეულ ათას ლარამდე აღწევს. ამ თვალსაზრისით მდგომარეობა მნიშვნელოვნად სწორდება დღეისათვის. 2005წელს საქართველოს კრიტიკული მედიცინის სამსახურებში მუშაობას იწყებს დაფინანსების ახალი სისტემა. ამ მექანიზმით სახელმწიფო მთლიანად დააფინანსებს კრიტიკული მდგომარეობის თითოეულ შემთხვევას პირველი ექვსი დღის განმავლობაში 1320-ლარის მოცულობით. ამასთან აღნიშნული თანხის გამოყოფა მოხდება იმ შემთხვევაშიც, თუ კრიტიკული მდგომარეობა ექვს დღეზე ნაკლები დროის განმავლობაში იქნა ლიკვიდირებული. შესაბამისად მნიშვნელოვნად მოიმატებს სამედიცინო პერსონალის ხელფასიც.

– რაც შეეხება კრიტიკული მედიცინის სფეროში წარმოებულ მეცნიერულ კვლევებს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში მუშაობს სპეციალიზირებული სადისერტაციო საბჭო სადაც უკანასკნელი ხუთი წლის განმავლობაში დაცულია ერთი სადოქტორო და 7 საკანდიდატო დისერტაცია კრიტიკულ მედიცინაში.

ამასთან საქართველო არის პიონერი იმგვარი მეცნიერული კვლევებისა, რომლებიც ეხება კრიტიკული მდგომარეობის იმუნოლოგიას და შეზღუდული რესურსების მქონე ქვეყნებისათვის კრიტიკული მედიცინის სამსახურის საფუძვლების შექმნას. მეცნიერული კვლევის უმთავრესი ნაკლი დაუფინანსებლობაა. ნაკლია ისიც, რომ სამეცნიერო მუშაობა წარმოებს მხოლოდ რამდენიმე დაწესებულებაში და მასში ჩაბმულია მხოლოდ მკვლევართა ვიწრო წრე. ამასთან საფრთხე ემუქრება შემდგომი მუშაობის გაგრძელებასაც, რადგანაც დღემდე ეს მხოლოდ ამ მკვლევართა ენთუზიზმის ხარჯზე ხდებოდა.

4. საქართველოს არ სჭირდება კრიტიკული მედიცინის იმგვარი გიგანტური წარმონაქმნი, რომელიც მას საბჭოთა კავშირის დროს ჰქონდა – თითოეულ საავადმყოფოში ყველაზე მცირე 6 და ყველაზე დიდი 24 საწოლიანი ანესთეზია – რეანიმაციის ან რეანიმაცია – ინტენსიური თერაპიის განყოფილების სახით. გაცილებით უკეთესი საბოლოო შედეგის მისაღწევად, სრულიად საკმარისია შეიქმნას მცირე, მაგრამ უფრო ეფექტურად მომუშავე კრიტიკული მედიცინის სამსახური.

– მშვიდობიანობის დროს არსებული მოთხოვნების, აგრეთვე საომარი მდგომარეობებისა და მოსალოდნელი კატასტროფების გათვალისწინებით ქვეყანას დღეს სჭირდება 1000-მდე სარეანიმაციო პუნქტი ან კაბინეტი, ოცამდე კრიტიკული მედიცინის მობილური ბრიგადა, სამოცამდე პალატა, თორმეტი მესამე და ხუთი მეოთხე დონის კრიტიკული მედიცინის კლინიკა 650-ე საწოლთა საერთო ფონდით.

– კრიტიკული მედიცინის განვითარებისათვის საჭირო შემდგომი ნაბიჯი დაკავშირებული უნდა იყოს ამ დარგში კადრების მზადებისა და გადამზადების ერთიანი სისტემის შექმნასთან. საქართველოს არა აქვს საშუალო სამედიცინო პერსონალის უმაღლეს სკოლაში მომზადების გამოცდილება და შესაბამისად ამ ქვეყანაში მომუშავე ექთნებიც აშშ და ევროკავშირის ქვეყნების ექთნების პროფესიულ დონესთან შედარებით დაბლა დგანან. მაგრამ ქვეყანაში არ არსებობს თვით ამ “დაბალი დონის” ექთნის მოდელიც კი და ჯერაც არ დაწყებულია საშუალო სამედიცინო პერსონალის სერთიფიცირების პროცესი. ამასთან დასახვეწია ექიმთა სერთიფიცირების პირობებიც, რომლის დამატებით ეტაპად კრიტიკულ მედიცინაში სასურველია შეტანილი იქნეს ინტერვიუ მაძიებლის პრაქტიკული სამედიცინო საქმიანობის რეალური დონის დადგენის მიზნით და სხვა.

– ასევე საჭიროა შეიცვალოს რეზიდენტთა სწავლების ფორმები და მეთოდები. ამ თვალსაზრისით უპირველესი რეზიდენტთა მზადების იმგვარი პირობების შექმნაა, როცა რეზიდენტი უკვე სწავლების მეორე წლიდან შეასრულებს მკურნალი ექიმის როლს, მესამე წლიდან ექნება დამოუკიდებელი მორიგეობები და თვითონ მიიღებს უშუალო მონაწილეობას მასზე უფრო დაბალ კურსზე მყოფი რეზიდენტების სწავლების პროცესში. ამ თვალსაზრისით კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტში უკვე შეიქმნა რეზიდენტურის ზემოთ აღნიშნული მოდელი და ის სახელმწიფოებრივ მხარდაჭერას საჭიროებს. საერთოდ კი კრიტიკული მედიცინის სამსახურის სრულყოფილი მუშაობისათვის ყველაზე

მინიმალური გათვლებით საქართველოს სჭირდება 650 ექიმი და 1300 ექთანი. კადრების ცვლის ბუნებრივ პროცესში შეფერხებების გამოსარიცხად, საქართველოს ასევე სჭირდება ყოველწლიურად 15 -17 ექიმისა და 30-35-ექთნის მომზადება. მით უმეტეს, რომ სპეციალისტთა მინიმალურ რაოდენობამდე საქართველოს დღესაც აკლია ექიმები, ხოლო მონაცემები ექთნების შესახებ არ არსებობს.

ამ თვალსაზრისით გასაზრდელია რეზიდენტურის და უმცროსი ექიმის ინსტიტუტების ხაზით ყოველწლიურად მოსამზადებელ პირთა რაოდენობა. ასევე პროტექციული მიდგომებია საჭირო რეზიდენტურის მზადების არსებული ბაზების მიმართაც და სხვა.

– გადასახედია იმ ქვეყნების სიაც, რომელთა მიერ გაცემულ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელ მოწმობას აღიარებს საქართველო. საქმე ის არის, რომ ამ ქვეყანათაგან ბევრში კრიტიკული მედიცინა საერთოდ არ არსებობს, ან თუ არსებობს ანესთეზიოლოგიასთან არის ასოცირებული და მათი მზადების პროგრამები საგრძნობლად განსხვავდება საქართველოში მოქმედი რეზიდენტურის პროგრამისაგან, ასე მაგალითად საქართველოში კრიტიკულ მედიცინაში რეზიდენტურის ხანგრძლივობა ოთხი წელია, რუსეთსა და დსთ-ს ქვეყნების უმრავლესობაში კი მუშაობს ორწლიანი კლინიკური ორდინატურა ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგიის სახით. აქედან გამომდინარე ამ უკანასკნელის კურსდამთავრებული არ შეიძლება პირდაპირ იქნეს დაშვებული ექიმთა სერტიფიცირების გამოცდაზე კრიტიკული მედიცინის სპეციალობაში და სხვა.

– საჭიროა შეძლებისდაგვარად აღმოეჩინოს მატერიალური, ფინანსური, მეთოდური თუ სხვა სახის დახმარება კრიტიკული მედიცინის საქართველოს ასოციაციას. იმ ვარაუდით, რომ უახლეს ხანებში მან შეძლოს იტვირთოს დარგის განვითარების პოლიტიკის მთელი სიმძიმე, პროფილურ სამინისტროსთან ერთად.

– ხაზგასმითაა აღსანიშნავი ქართულ ენაზე კრიტიკული მედიცინის სახელმძღვანელოს შექმნის აუცილებლობაც, ასევე საჭიროა მოგვარდეს და რეგულარული ხასიათი მიეცეს წამყვანი სპეციალისტების უცხოეთის კლინიკებში სტაჟირებას და ქვეყანაში საერთაშორისო სიმპოზიუმების მოწვობას კრიტიკული მედიცინის სფეროში.

– შემდგომი სრულყოფა სჭირდება სახელმწიფო სამკურნალო სტანდარტებს. მით უმეტეს, რომ ამგვარი განვითარების შესაძლებლობა თვითონ მათ ფორმატშია ჩადებული.

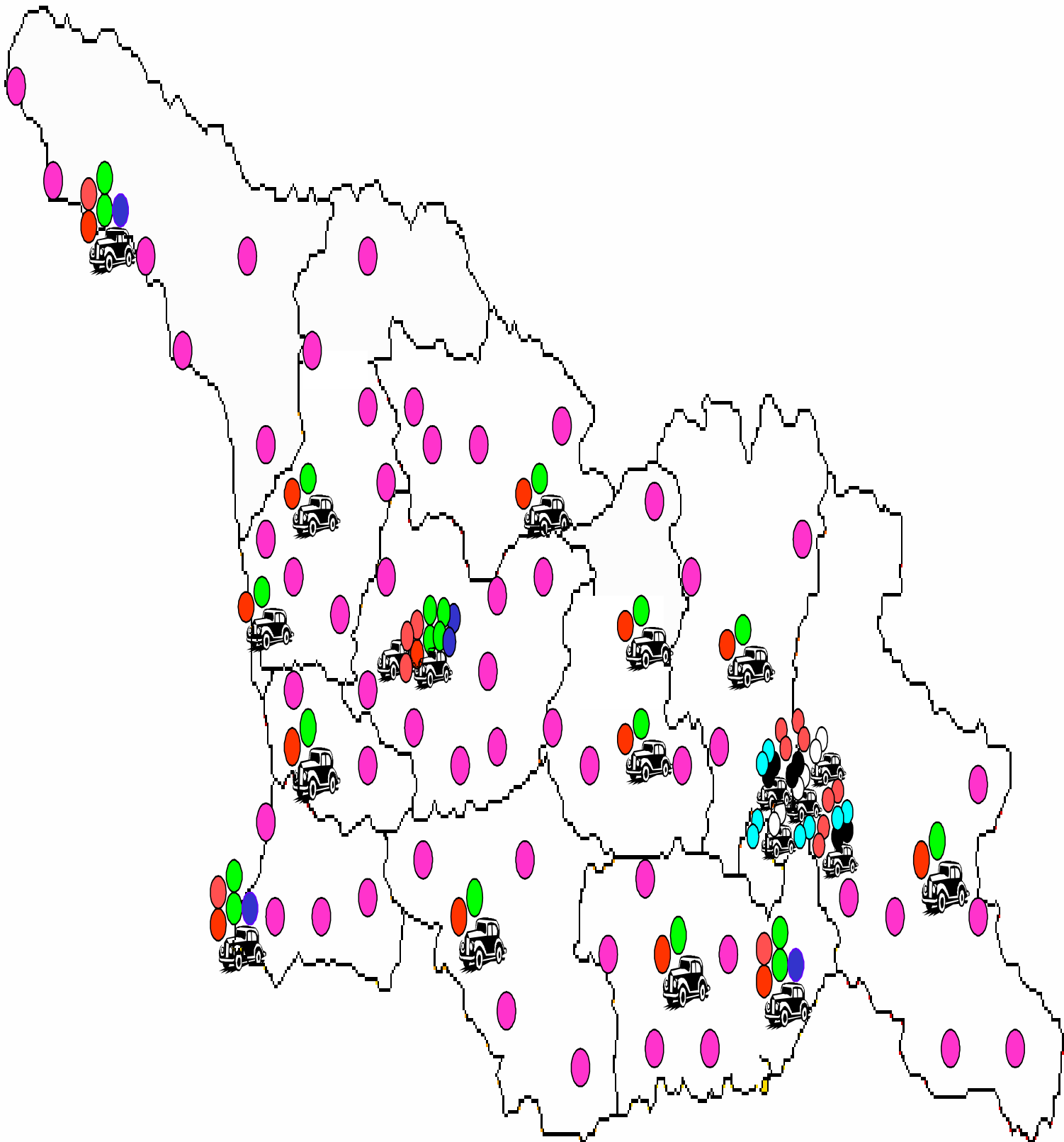
– ასევე საჭიროა კრიტიკული მედიცინის იმ საინფორმაციო – ანალიტიკური სამსახურის განვითარება, რომლის შექმნა დაწყებულია კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტში. ამ სამსახურის მიზანია ანალიზი გაუკეთოს დარგის მუშაობას და შეიმუშაოს რეკომენდაციები საქართველოს კრიტიკული მედიცინის სამსახურის განვითარებისათვის. ეს რეკომენდაციები უნდა მოიცავდეს ინფორმაციებს კრიტიკულ მდგომარეობათა პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ახალი, ტექნოლოგიების პრაქტიკაში დანერგვის წესების შესახებ, კადრების სწავლების ფორმების და მეთოდების,

მართვის მექანიზმების და სხვა, პრობლემების შესახებ. ამ სამსახურთან უნდა არსებობდეს ქვეყანაში ნამკურნალებ კრიტიკულ ავადმყოფთა მონაცემების არქივი და უნდა წარმოებდეს მკურნალობის ხარისხის ოპერატიული თუ რეტროსპერტიული მონიტორინგი და კონტროლი.

– ასევე აუცილებელია პერსისტირებად- ვეგეტეტურ მდომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობის და მოვლის, აგრეთვე პოსტკრიტიკული პერიოდის ავადმყოფთა რეაბილიტაციის სამსახურების შექმნა.

– სასურველია კრიტიკული მედიცინის სამსახურის ოთხ პირობით დონედ წარმოდგენა. პირველი დონის სამედიცინო დაწესებულებებში (პოლიკლინიკები ამბულატორიები და სხვა) სავალდებულოდ უნდა ჩამოყალიბდეს სარეანიმაციო პუნქტები ან კაბინეტები. მათი გახსნა ასევე სასურველია აეროპორტების, ავტოტრანსპორტის, მეტროპოლიტენის და რკინიგზის სადგურებში, სტადიონებზე და ხალხის მასობრივი თავშეყრის სხვა ადგილებში. ყოველივე ეს იძლევა

საქართველოს კრიტიკული მედიცინის სამსახურის განვითარების რუკა



- | | | |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| მობილური ბრიგადები | III დონე მოზრდილთა (განყოფ.) | IV დონე მოზრდილთა (კლინიკა) |
| I დონე (კაბინეტი) | III დონე ბავშვთა (განყოფ.) | IV დონე ბავშვთა (კლინიკა) |
| II დონე (პალატა) | III დონე ახალშობილთა (განყოფ.) | IV დონე ახალშობილთა (კლინიკა) |

შესაძლებლობას საჭიროების შემთხვევაში გულ-ფილტვის რეანიმაციით მოცული იქნეს მოსახლეობის რაც შეიძლება მეტი რაოდენობა.

მეორე დონის სამკურნალო დაწესებულებებისთვის (რაიონის აქაღაქის საავადმყოფო და სხვა) სავალდებულო უნდა იყოს ხუთ საწოლიანი იმგვარი პალატების არსებობა, რომლიც ერთდროულად მოემსახურება, როგორც ბავშვთა ისე ზრდასრულთა ასაკის პაციენტებს. ამ პალატებში უნდა უზრუნველყონ მძიმე ავადმყოფთა მომზადება ოპერაციისათვის და გააგრძელონ მათი მკურნალობა ოპერაციის შემდგომ პერიოდშიც; ამგვარი ტიპის პალატებში ასევე შესაძლებელი უნდა იყოს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით თუ სხვა ნებისმიერი პათოლოგიით გამონწეულ კრიტიკულ მდგომარეობათა მკურნალობის სრული კურსის ორგანიზაცია ან ამ მკურნალობის პროცესის იმ დონემდე მიყვანა, როცა მობილური ბრიგადების მიერ შესაძლებელი იქნება ამ ავადმყოფთა მესამე ან მეოთხე დონის კრიტიკული მედიცინის სტრუქტურულ ერთეულებში გადაყვანა.

მესამე დონის (რეგიონული სავადმყოფოები და სხვა) სამკურნალო დაწესებულებებში აუცილებლად უნდა იყოს განთავსებული ახალშობილთა და ბავშვთა, აგრეთვე ზრდასრულთა ასაკის პაციენტთა კრიტიკული მედიცინის ხუთ-ხუთ საწოლიანი განყოფილებები. ამასთან რეგიონული ცენტრის ფუნქციის მქონე მესამე დონის სამკურნალო დაწესებულებებთან უნდა მუშაობდეს კრიტიკული მედიცინის მობილური ბრიგადა, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს რეგიონის პირველი და მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებიდან ან შემთხვევის ადგილებიდან კრიტიკულ ავადმყოფთა ტრანსპორტირებას ამ სამკურნალო დაწესებულებაში.

მეოთხე დონის სამკურნალო დაწესებულებებში (ფედერალური საავადმყოფოები, საუნივერსიტეტო კლინიკები, სასწავლო ინსტიტუტები და სხვა) უნდა მუშაობდეს კრიტიკული მედიცინის ახალშობილთა და ბავშვთა, აგრეთვე ზრდასრული ასაკის პაციენტთა დამოუკიდებელი კლინიკები. ამასთან ფედერალური ცენტრის ფუნქციის მქონე ამგვარ ხუთ-ათ საწოლიან დაწესებულებაში აუცილებლად უნდა მუშაობდეს კრიტიკული მედიცინის მობილური ბრიგადები, რომლებიც უნდა უზრუნველყოფდნენ კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა ტრანსპორტირებას პირველი, მეორე და მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებებიდან ან შემთხვევის ადგილებიდან ამ სამკურნალო დაწესებულებაში.

კრიტიკული მედიცინის სამსახურის განლაგების ამგვარი სურათი საქართველოსთვის მოტანილია რუქის სახით. აქვე მოტანილია ხუთწლიანი გეგმით გათვალისწინებულ სამუშაოთა შესრულების სავარაუდო გრაფიკი, რომელთა განხორციელების შედეგად 2010 წლისათვის ქვეყანა მიიღებს მცირე მოცულობის, მაგრამ ეფექტურად მომუშავე კრიტიკული მედიცინის სამსახურს ყველა იმ პრობლემის მოგვარებით, რომელსაც ამ სამსახურის მოუწესრიგებლობა ქმნის დღეს საქართველოში.

ცხრილი

ხუთწლიანი გეგმის (2005-2010წწ) ძირითადი მიმართულებანი

<p>1. ქრონიკულ ვეპეტატიურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობის ორგანიზაცია (2006წ)</p>	<p>2. რეზიდენტთა ბაზების მოდერნიზაცია და მათ მიმართ პროტექციონისტული მიდგომების გამოყენება (2006წ)</p>	<p>3. კრიტიკული მედიცინის სახელმძღვანელოს გამოცემა (2006წ)</p>
<p>4. კრიტიკული მედიცინის საინფორმაციო-ანალიტიკური სამსახურის შექმნა (2006-2007წ)</p>	<p>5. სახელმწიფო სამკურნალო სტანდარტების განვითარება (2006-2007წ)</p>	<p>6. კრიტიკული მედიცინის ფედერალური, რეგიონული და რაიონული სტრუქტურების შექმნა (2006-2010 წწ)</p>
<p>7. მეცნიერული კვლევის გან-ვითარება (2006-20010 წწ)</p>	<p>8. საკანონმდებლო კოლიზიების აღმოფხვრა (2007 წ)</p>	<p>9. პოსტკრიტიკული პერიოდის სარეაბილიტაციო სამსახურის შექმნა(2008წ)</p>
<p>10. კრიტიკული მედიცინის ექთნების სერთიფიცირება (2008 წ.)</p>	<p>11. კრიტიკული მედიცინის ადგილობრივი სტრუქტურების შექმნა (2008-2010 წ)</p>	<p>12. კრიტიკულ ავადმყოფთა მონიტორინგის სისტემის შექმნა(2010 წ)</p>

SUMMARY

The development of critical care medicine in Georgia dates from 1962 when the Minister of Healthcare with the order №182m established the laboratory for resuscitating terminal conditions of the Scientific-Research Institute of Hematology. This laboratory staff consisted of a head and a laboratory assistant with the secondary education. By the Soviet Union Scientific and Technical State Committee order № 98 was formed the scientific-research problematic laboratory of reanimatology on the basis of this laboratory in 1966. Then it was introduced into Tbilisi State Medical Institute anesthesiology-reanimatology. Professor Sh. Machavariani was elected head of the anesthesiology-reanimatology chair and Mr. Machavariani worked there until his death in 1988. For today head of this chair is academic Z.Kheladze. It is worth nothing, that before, the chair of anesthesiology was set up in the Institute of Advanced Medical Studies in 1957 that was formed into the chair of anesthesiology-reanimatology in 1964. Professor G. Khundadze was at the head of this chair until 1970, then - Professor G. Tsanava until 1989 and since then the head of this chair has been Professor N. Lebanidze. However, due to reality of our life the way of critical care medicine was identical in Russia and other republics of former Soviet Union.

Georgian medical idea turned from this way only in 1989 by creating Georgian Critical Care Medicine Association and that was physician first professional branch association in the communist country. Before that the first of official usage of the term "critical care medicine" in Georgian reality was scientific research "Peculiar Changes of Immunologic Status in Critical Care Medicine" (Z.Kheladze, 1983).

Unfortunately, chaos and anarchy delayed this process of development in the following years in Georgia. And the necessary second step for such "turning" was possible to make in 1994 by creating the Institute of Critical Care Medicine and each gradually becomes the leader organization in this branch. The third was the state standards for treatment for critical care patient's in 1996. The fourth step was made by the order N 72m of the Health Protection Ministry in 1996. It was a new financial mechanism, more rational for the critical care service than already existing one. The fifth step is associated with a fourth year independent residency introducing in the critical care medicine (2000). Then the sixth step is the critical care doctor's license examinations and attestation problems arranging (2000year), the seventh - the separation of anesthesiology from reanimatology and transformation of the last one into critical care medicine (2001year). As to transformation of reanimatology into critical care medicine, least concerns the name, because this name "reanimatology" officially introduced by V. Negrovski in 1962 may be more effective as it comes from newly reviving process of spirit and is more optimistic than the term "critical care medicine" - associated with unpleasant word "crisis". The eighth step was in 2002 when the license rules for Critical Care Medicine branches were born. The tenth step was in 2003 By Ministry of Labor, Health and Social affairs was decided and announced critical care medicine as a priority branch of medicine (order (#210 /O)). The eleventh step was made by Parliament of Georgia by receiving adequate laws for critical care medicine (1997-2000), with that by president of Georgia; order (2001) was given a rule about the death of the human brain. All the problems were resolved by initiated and take part of the Critical Care Medicine

Institute and Chair of Anesthesiology, Critical Care and Disaster Medicine Tbilisi State Medical University.

Present condition of this practical medicine is:

One bed of critical care medicine clinic comes on every 10000-13000 citizens (2001year) of Georgia (hear and after data are given approximately due to countries territorial integrity breach and statistical service disturbance). These beds till 368.0 units' (215-adults 153-children) are located in more than 40 state structure departments of anesthesiology-reanimatology and reanimation-intensive therapy. 140224 patients were treated on these beds, among them 10056(70.7%). were adults and 4168.0-children (29.3%). These patients stayed in the critical care medicine clinics according to the departments about 62803 bed-days (60.1%-adults, 39.9%-children) so there delay on bed average amount was 6,15 (4.9-in adults, 7.4 in children); beds rotation average amount was 28.7 (29.2 in adults, 28.8-- in children). Beds were occupied by 61.8% (40.1%-adults, 84.1%- children). As to prehospital sphere, from emergency medical aid call 5.1% was for critically ill patients. Homogenous interpretation of this amount is impossible, of course, but these are not bad indexes in the total, especially for the country where last years satellites were: military conflicts, acts of terrorism, territorial integrity breach, refugees, economic depression, inflation, unemployment and other negative aspects. Achievement of this result was possible first of all by the fact, that the service model of the critical care medicine working in Georgia was adaptive to limited recourses and limited mechanisms of leading. However, such adaptation should become deeper and first of all by rational redistribution of Critical Care Medicine beds fund and load increasing. By the working, state standards one Critical Care Medicine bed days price is about 198.0(lari)~100.0 (\$). The work financing is possible by the joint payment principles: municipal and regional funds finance the treatment determinate by the state standard 75.0%, This sum is catastrophically low for Critical Care Medicine service and the rest of the sum is paid by a critically ill patient's people. The most optimum way for correction of this situation is to recognize the Critical Care Medicine service as a priority branch of the country and from the state budget apportion of sums for the Critical Care Medicine favor without other medicine branches serious damage. Country, that cannot manage to entirely finance all emergency cases treatment, should manage to finance critically ill patients' treatments at least. Especially as, most of citizens due to economic crisis in the country, cannot pay the sums necessary according to the joint payment principals. From this point of view it is important to start working financial mechanism determinate for the critical care medicine network by this year.

Approximately one Critical Care Medicine doctor serves about 10000 citizens. However, our country has not paramedics, nurses with high education and doctors assistants who play an important part in Critical Care Medicine service in other countries. The last once functions are redistributed among physicians working in this branch of medicine, emergency medical aid network and also nurses with the secondary education. Most of them are young, talented and hard-working. They have not worked with the newest technology. However if there were opportunity and necessary material and technical basis, they could learn to work with the latest technology within nearest 2-3 years.

Material; and technical basis: this is a weak point and needs the fastest improvement. Apparatus left from communist regime period is unfit for use from the

“physical” and “moral” point of view. Government and private persons have no finances to buy new technologies. The only hope is associated with other countries and private person’s humanitarian aids. Hereby, must settle high professional engineer and technical service creating matter for correct using of this material and technical basis etc.

Management: The leading mechanisms are old and tested by socialism time. These mechanisms are limited and almost reject the possibility of independent decision. The way of agreement of independent decisions is difficult and long. The most important problem in the critical care medicine is to organize right and fast process of leading then again to organize right and fast process of leading and at last again to organize right and fast process of leading. From this point of view it would be an optimum way to form in one-the critical care medicine service prehospital and hospital spheres that are separated today and basis of these two services should be compactness, mobility and the right of independent leading.

In the sphere of scientific research Georgia suggested the problem of “critical conditions immunology” to the world science years ago and it got international resonance. Scientific researches around the 14kDa molecular weight polypeptide that includes construction of anatoxine and immunoglobulin against this polypeptide and its recording method creating. These researches enlarge our view about “the death birth” mechanisms and they may be the modest steps on “birth” studding way. It suggests one more, new “problem of the critical care medicine service organizing scientific ensures with limited resources and limited mechanisms of leading” to postcommunist regime and developing countries.

Proceeding from all above mentioned, we can conclude, that at present Georgia has a Critical Care Medicine service that is on the final stage of development with limited resources and limited mechanisms of management and its favor are the achieved results in scientific research work, practical medicine and doctors training sphere. The branch needs a thorough reorganization by creating a compact and mobile critical care medicine service that will work under independent governing regime and have the newest technologies. Depending on this idea was created map of Georgian Critical Care medicine which is given by picture in this scientific research. Also was created a perspective plan of Georgian Critical Care Medicine during the 2006-2010s which is given by table in this scientific research.

ლიტერატურა:

Reference:

1. ზურაბ ხელაძე –”კრიტიკული მედიცინის განვითარების საფუძვლები 2003-2010 წლების საქართველოსათვის”, კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი, თბილისი 2003, –21 გვ
2. Zurab Kheladze — "New Steps in Critical Care Medicine", Critical Care Medicine Institute, Tbilisi 1998, –215 pp.