

ხანდაზმულებში დეპრესიის მართვა

პროტოკოლი №8

მიზანი: ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში ხანდაზმულებში დეპრესიის აღრეული გამოვლენა, დაავადებულ პირებში მდგომარეობის ადეკვატური მართვის უზრუნველყოფა და მოსალოდნელი გართულებების თავიდან აცილება.

ამოცანები:

1. დეპრესიაზე სკრინინგი და ამგვარად, მისი დროული იდენტიფიცირების უზრუნველყოფა;
2. მდგომარეობის სიმძიმის შეფასება და ამის საფუძველზე სპეციალიზებულ კლინიკაში პაციენტის მიმართვის აუცილებლობის განსაზღვრა;
3. დეპრესიის მართვის გეგმის შემუშავება;
4. დეპრესიის მართვის გეგმის განხორციელება.

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. დეპრესიაზე სკრინინგი 75 წლის შემთხვევაში პირთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის აუცილებელი კომპონენტია. სკრინინგს ხუთ-პუნქტიანი კითხვარის საშუალებით ახორციელებს პრაქტიკის ან უბნის ექიანი.
2. დეპრესიაზე სკრინინგი შესაძლოა განხორციელდეს ოპორტუნისტულად ხანდაზმულ პაციენტთან ნებისმიერი კონტაქტისას. ამდენად, ხანდაზმულთა სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე ყველა სამედიცინო პირი კარგად უნდა იცნობდეს დეპრესიის საეჭვო ნიშნებსა და სიმპტომებს და შეეძლოს მათი იდენტიფიცირება.
3. დეპრესიაზე ეჭვის შემთხვევაში პაციენტის მიმართვა ექიმთან (ოჯახის/უბნის) უნდა მოხდეს არაუგვიანეს ერთი კვირის ვადაში ან სასწრაფოდ, თუ მდგომარეობა მძიმეა.
4. დეპრესიის დიაგნოსტიკის და მისი სიმძიმის შეფასებას ახდენს ოჯახის/უბნის ექიმი (იხ. ხანდაზმულებში მენტალური პრობლემების მართვის გაიდლაინი).
5. საშუალო სიმძიმისა და მძიმე დეპრესიის შემთხვევაში რეკომენდებულია პაციენტის მიმართვა ფსიქიატრთან.
6. მსუბუქი დეპრესიის შემთხვევაში მდგომარეობის მართვა სავსებით შესაძლებელია ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში. თუმცა თუ, სულ მცირე, ორი კვირის ვადაში არ შეინიშნება პაციენტის მდგომარეობის გამოსწორების ტენდენცია, საჭიროა მედიკამენტური მკურნალობის საკითხის განხილვა და, ამისათვის, ფსიქიატრის კონსულტაციის უზრუნველყოფა.

პროცესი:

□ მსუბუქი დეპრესიის შემთხვევაში, შესაძლოა, საკმარისი აღმოჩნდეს დეპრესიის გამომწვევი ფაქტორების გამოვლენა და მათზე გემოქმედება, პაციენტის მიმართ სიმპათიისა და თანაგრძნობის გამოხატვა. მნიშვნელოვანია, დაეხმაროთ პაციენტს, რათა მან თავის თავში იპოვოს ის ძალა, რომელიც კრიზისის დაძლევაში დაეხმარება. დეპრესიის მართვის მარტივი გზაა ე.წ. *პრობლემების გადაჭრის მეთოდი*, რასაც ოჯახის ექიმები ხშირად საკმაოდ წარმატებით იყენებენ. ეს პროცესი ექიმსა და პაციენტს შორის თანამშრომლობის ჩამოყალიბებას გულისხმობს და რამოდენიმე ეტაპად სრულდება:

1. პირველი ეტაპი—ექიმი პაციენტს პრობლემების ჩამონათვალის შექმნაში ეხმარება;
2. მეორე ეტაპი—ექიმი პაციენტს პრიორიტეტების გამოყოფაში ეხმარება;
3. მესამე ეტაპი—ექიმი და პაციენტი ერთად სახავენ პრობლემის გადაჭრის გზას (გეგმა მიღწევადი და რეალური უნდა იყოს);

4. მეოთხე ეტაპი—მომდევნო ვიზიტზე ექიმი აფასებს, რამდენად შესრულდა დასახული ამოცანა და პაციენტთან ერთად იღებს გადაწყვეტილებას იმის თაობაზე, თუ რა გააკეთონ ამის შემდეგ.
- მსუბუქი დეპრესიის შემთხვევაში ოჯახის/უბნის ექიმთა ვიზიტების სიხშირე განისაზღვრება ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით. საექიმო ვიზიტების სიხშირესა და მოცულობას ადგენს ექიმი, პაციენტის მდგომარეობის დეტალური შესწავლის საფუძველზე.
 - საშუალო სიმძიმისა და მძიმე დეპრესიის შემთხვევაში საჭიროა მედიკამენტური მკურნალობა. მკურნალობის დანიშვნამდე მნიშვნელოვანია პრეპარატის მიღების საჭიროებისადმი პაციენტის განწყობის გამოკვლევა. *სასურველია, ანტიდეპრესიული მედიკამენტის შერჩევა სპეციალისტთან კონსულტირების საფუძველზე მოხდეს.*

ანტიდეპრესიული მედიკამენტური მკურნალობა

- ანტიდეპრესიული მედიკამენტების დანიშვნისას უნდა გავითვალისწინოთ მათი გვერდითი მოვლენების განვითარების მაღალი ალბათობა.
- ხანდაზმულებში შერჩევის პირველი რიგის ანტიდეპრესიული მკურნალობა *სეროტონინის უკუშთანთქმის ინჰიბიტორების (ციტალოპრამინის ჰიდრობრომიდი (ცელექსა) 10-დან 20მგ-მდე დღეში, ან პაროქსეტინი (პაქსილი) 10-დან 20მგ-მდე დღეში, ან სერტრალინი (ზოლოფტი) 25 მგ დღეში ან ფლუოქსეტინი (პროზაკი) 5 მგ დღეში)* გამოყენებას გულისხმობს.
- ანტიდეპრესიული მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაინიშნოს და ჩაგარდეს ფსიქიატრიულ სამსახურთან მჭიდრო თანამშრომლობით. პირველადი ჯანდაცვის გუნდს შეუძლია არსებითი როლი ითამაშოს ანტიდეპრესიული მკურნალობისას პაციენტის მიერ დანიშნულების ბუსგად შესრულების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, რაც კარგი გამოსავლის მისაღწევად აუცილებელი პირობაა.
- მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტი და/ან მისი ახლობლები გაფრთხილებული უნდა იყვნენ, რომ საწყისი მკურნალობის ხანგრძლივობა, სულ მცირე, 4-6 კვირაა.
- საშუალოდ მკურნალობის ხანგრძლივობა დეპრესიის პირველი ეპიზოდის შემთხვევაში 6 თვეა, ხოლო რეციდივის დროს 12 თვეს შეადგენს.

რამოდენიმე რეკომენდაცია ექთნებისათვის—როგორ დავეხმაროთ დეპრესიაში მყოფ ხანდაზმულ პაციენტს?

- დაეხმარეთ პაციენტს—თავისთავში დადებითი დაინახოს. დაუდასტურეთ, რომ სიგუაცია შეიძლება იყოს ცუდი ან მეტად არასასიამოვნო, მაგრამ თავად პიროვნება, რომელიც ამ სიგუაციაში აღმოჩნდა, არავითარ შემთხვევაში არ არის უარყოფითი პიროვნება. დაანახეთ პაციენტს ის შესაძლებლობები, რაც მას წარმატებას მოუტანს, გაამხნევეთ და დაეხმარეთ—დასახოს ახალი ამოცანები.
- მიეცით პაციენტს საშუალება, გამოხატოს თავისი გრძნობები: ბრაზი, დანაშაული, სირცხვილი და ა.შ. მოუსმინეთ და მისი გრძნობების მართვას შეეცადეთ. ამ შემთხვევაში არ გამოგადგებათ ისეთი ფრაზები, როგორცაა—„ნუ დარღობთ, ყველაფერი კარგად იქნება“ და „ასე ნუ ლაპარაკობთ. თქვენ ყველაფერი გაქვთ იმისათვის, რომ მაღლიერი იყოთ.“
- დეპრესიის მართვისას მნიშვნელოვანია, დავრწმუნდეთ, რომ პაციენტის ფიზიკური საჭიროებები დაკმაყოფილებულია. კარგი კვება, ვარჯიში, ძილის რეჟიმისა და კუჭის მოქმედების მოწესრიგება ხელს უწყობს პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, რაც, თავის მხრივ, აიოლებს დეპრესიის მკურნალობას.
 - მიეცით პაციენტს იმედი. მასთან ერთად რეალურად შეაფასეთ სიგუაცია და ეცადეთ, დაუბრუნოთ მას მომავლის რწმენა და სიცოცხლის სურვილი;

გამოსავალი:

მნიშვნელოვანია შეფასდეს:

1. სკრინინგის საფუძველზე დეპრესიის შემთხვევათა გამოვლენა;
2. დეპრესიის დიაგნოზი ოჯახის/უბნის ექიმმა დაადასტურა X შემთხვევაში;
3. რამდენი პაციენტი გაიგზავნა ფსიქიატრთან საკონსულტაციოდ;
4. მედიკამენტური მკურნალობა შეარჩია ოჯახის/უბნის ექიმმა თუ ფსიქიატრმა;
5. დეპრესიის შემთხვევაში საექიმო კონსულტაციების რიცხვი;
6. დეპრესიის შემთხვევაში საექიმო კონსულტაციების რიცხვი მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით;
7. მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმი;
8. სუიციდის მაჩვენებელი;
9. მედიკამენტური რეჟიმი ცუდად შესრულდა ან ნაადრევად შეწყდა X შემთხვევაში;

დეპრესიის გერიატრიული სკალის შემოკლებული ხუთ-პუნქტიანი ვარიანტი

1. ზოგადად, კმაყოფილი ხართ ცხოვრებით?
2. ხშირად ხართ მოწყენილი?
3. ხშირად გაქვთ უმწეობის განცდა?
4. რას ამჯობინებთ—სახლში დარჩეთ, თუ გარეთ გახვიდეთ და რაიმე საინტერესო საქმით დაკავდეთ?
5. ხომ არა გაქვთ განცდა—თითქოს აღარავის სჭირდებით?

დეპრესიის ალბათობა მაღალია, თუკი პაციენტი უარყოფითად პასუხობს პირველ და დადებითად—დანარჩენ ოთხ შეკითხვას.
თუკი პაციენტი დადებითად არ პასუხობს არც ერთ ან მხოლოდ ერთ შეკითხვას, დეპრესიაზე ფიქრი უსაფუძვლოა.
2 და მაღალი მაჩვენებელი საგარეუდოს ხდის დეპრესიის არსებობას.

ხანდაზმულებში დეპრესიის სამკურნალო ძირითადი პრეპარატები

პრეპარატი	მაქსიმალური საწყისი დოზა	სადღეღამის ო დოზის დიაპაზონი ³²	სედაციის დონე	ნახევარ დაშლის პერიოდი	შენიშვნები
სეროტონინის უკუშთანქმის სელექციური ინჰიბიტორები					
ფლუოქსეტინი (პროზაკი)	5 მგ	20 მგ	ძალიან დაბალი	>30სთ	ინჰიბირებს ღვიძლის ციტოქრომულ P-450
პაროქსეტინი (პაკსილი)	10 მგ	10-40მგ	ძალიან დაბალი	20-30 სთ	ინჰიბირებს ღვიძლის ციტოქრომულ P-450 გააჩნია ანტიქოლინერგული მოქმედება
სერტრალინი (ზოლოფტი)	25 მგ	50-100 მგ	ძალიან დაბალი	>30 სთ	ციტოქრომ P-450-ის ნაკლები ინჰიბიცია
სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუშთანქმის ბლოკერები					
ვენლაფაქსინი ¹ (ეფექსორი)	25 მგ	75-100 მგ	ძალიან დაბალი	8-20 სთ	თირკმლის ან ღვიძლის დაავადებებისას მცირდება პრეპარატის კლირენსი, შეიძლება განვითარდეს დოზაზე დამოკიდებული ჰიპერტენზია
ტრიციკლური ანტიდერეპსანტები					
იმპრამინი (ტორფანილი)	10 მგ	30-40 მგ	ზომიერი	20-30 სთ	ანტიქოლინერგული მოქმედების გამო ნაჩვენებია შარდის შეუკავებლობის დროს
ნორტრიპტილინი (პამელორი)	10 მგ	30-40 მგ	ზომიერი	20-30 სთ	ზომიერი ანტიქოლინერგული მოქმედება
სხვა პრეპარატები					
ბუპროპიონი (გელბუტრინი)	50-100 მგ	150-400 მგ	ზომიერი	8-20 სთ	—
ნეფაზოდონი (სერზონი)	100 მგ	200-400 მგ	ზომიერი	<8 სთ	წინააღმდეგნაჩვენებია ტერფენაბინთან, ასტემიზოლთან და ციპრაზიდთან ერთად დანიშვნა

¹ ამჟამად, პრაქტიკულად არ შემოდის საქართველოს ფარმაცოლოგიურ ბაზარზე