

# ზოგად საექიმო პრაქტიკაში ხანდაზმულთა (65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა) რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობა

შინაარსი:

1. მიზანი
2. სამიზნე ჯგუფი
3. ხანდაზმულებზე რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის მნიშვნელობა
  - 3.1. ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის მოცულობა
    - 3.1.1. ხანდაზმულთა ზოგადი ფუნქციონალური შეფასება
    - 3.1.2. ხანდაზმულთა ფიზიკური აქტიურობის (მობილურობის) შეფასება
4. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება
5. მხედველობის ფუნქციის შეფასება
6. სმენის შეფასება
7. მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების შეფასება
  - 7.1. შარდის შეუკავებლობა
  - 7.2. განაგლის შეუკავებლობა
8. მედიკამენტური რეჟიმის შემოწმება
9. მედიკამენტური რეჟიმის შემოწმება
10. ნუტრიციული სტატუსის შეფასება
11. სკრინინგი ჰიპერტენზიაზე

დანართები:

დანართი № 1

Kartz-ის ინდექსი— ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებელად შესრულების უნარის შეფასება

დანართი № 2

წაქცევის რისკის შეფასება

დანართი № 3

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა

დანართი № 4

სმენის შეფასების ტესტები

დანართი № 5

კვებითი რეკომენდაციები

**1. მიზანი:** ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება ან, თუ შესაძლებელია, გაუმჯობესება, ხანდაზმულებზე რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობისა და ამ ასაკობრივ ჯგუფში გავრცელებული პათოლოგიების დროული იდენტიფიცირების გზით.

**2. სამიზნე ჯგუფი:** 65 წლის ზემოთ ასაკის პაციენტები.

### **3. ხანდაზმულებზე რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის მნიშვნელობა**

ხანდაზმული პაციენტების ჯანმრთელობის დაცვა პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი უმთავრესი ფუნქციაა. დღესდღეობით, მთელ მსოფლიოში აღინიშნება ხანდაზმული პოპულაციის მაგების ტენდენცია. ამდენად, სამედიცინო სამოგადოება, სულ უფრო, მეტ ყურადღებას უთმობს ამ ასაკობრივ ჯგუფში პრევენციის ეფექტური მეთოდების განხორციელებას.

გრაფმაგიზმის თავიდან აცილება, დაავადებებიანობისა და ინვალიდობის შეცირება, კვების აღეკვამური რეჟიმის დაცვა, შესაფერისი იმუნიზაცია, სქესობრივი ფუნქციის შენარჩუნება, შეუკავებლობის მართვა, შემეცნებითი ფუნქციების შეფასება, დეპრესიის აღრეული იდენტიფიცირება და მკურნალობა, დამოუკიდებელი აქტივობის უნარის შენარჩუნება—ყველა ეს ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი ასპექტია. დღევანდელ პირობებში შესაძლებელია ხანდაზმულებში გავრცელებული ბევრი პრობლემის კორექცია და, ამდენად, მათი დროული დიაგნოსტიკა უდავოდ მნიშვნელოვანია.

ჩვეულებრივ, ამბულატორიული პაციენტების უმრავლესობას სერიოზული პათოლოგიები არ აღენიშნება. ამ ჯგუფში ფუნქციონალური დეფიციტის დროული იდენტიფიცირება და სათანადო რეაგირების უზრუნველყოფა პაციენტს ოპტიმალური ფუნქციონირების უნარის დიდხანს შენარჩუნების საშუალებას აძლევს.

აშშ-ის პრევენციის სამუშაო ჯგუფმა მოახერხა იმის დემონსტრირება, რომ ხანდაზმული პაციენტისა და მისი მომვლელების კონსულტირება გრაფმის თავიდან აცილებისა და სწორი კვების შესახებ მნიშვნელოვნად ამცირებს სიკვდილობასა და ავადობას. მობილურობისა და ფიზიკური აქტივობის უნარის შეფასებისათვის რეკომენდებული მარტივი ტესტების საშუალებით ხერხდება იმ პირთა იდენტიფიცირება, ვისაც წაქცევის რისკი მაღალი აქვს ან ფუნქციონირების მკვეთრი შეზღუდვა აღენიშნება. დროული ჩარევა და შესაფერისი სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, ძალიან მძიმე შემთხვევებშიც კი, პაციენტის ცხოვრების ხარისხს აუმჯობესებს.<sup>1</sup>

ასაკის მაგებასთან ერთად *მხედველობა* და *სმენა* ქვეითდება. მეცნიერული კვლევებით დასტურდება, რომ მხედველობის ფუნქციის პერიოდული შეფასების გარეშე პაციენტი თავად საკმარისად გვიან აფიქსირებს პრობლემას და მხედველობის დაქვეითება ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისა და წაქცევის რისკის მაგების მიზეზი ხდება. ასევე არასახარბიელო შედეგებით მთავრდება სმენის დაქვეითებაც. სმენის გაუარესება ხანდაზმული ადამიანების შესამედს აღენიშნება. სმენის ფუნქციის დარღვევა, არადიაგნოსტირებულ და არანამკურნალევე შემთხვევაში, სოციალურ იზოლაციას, დეპრესიასა და ზოგადი ფუნქციონალური უნარის სერიოზულ დარღვევას იწვევს.<sup>2</sup>

ხანდაზმულებში მნიშვნელოვანია *იმუნიზაციის* საკითხის გათვალისწინება. აშშ-ის მონაცემებით, დღესდღეობით, იმუნიზაციას (დიფტერია-ტეტანუსის, გრიპისა და პნევმონიის საწინააღმდეგო) იგარებს ხანდაზმულთა მხოლოდ 30%, მაშინ, როდესაც პოტენციური მოსარგებლე ბევრად მეტი უნდა იყოს.<sup>3</sup>

*ფიზიკური სტატუსის შეფასება* და არსებული დარღვევების აღრეული იდენტიფიცირება კარგი წინაპირობაა დროული ჩარევისა და ოპტიმალური გამოსავლის უზრუნველსაყოფად. დეპრესიის აღრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა მასთან ასოცირებულ სიკვდილობასა და ავადობას მნიშვნელოვნად ამცირებს.

სქესობრივი ფუნქციების შენარჩუნება და *შარდისა და განავლის შეუკავებლობის* საკითხი, დღესდღეობით, განსაკუთრებით აქტუალური ხდება. შარდის შეუკავებლობის კორექციის თანამედროვე მეთოდები პაციენტს თავიდან აცილებს სერიოზულ უხერხულობასა და დისკომფორტს. ამდენად, პრობლემის დროული იდენტიფიცირება უდავოდ მნიშვნელოვანია.

ხანდაზმულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის მოცულობის განსაზღვრა საკმარისად აქტუალური პრობლემაა. ხანდაზმულთა სამედიცინო საჭიროებების განსაზღვრა ე.წ. „სრულყოფილი გერიატრიული შეფასების“ მეთოდით, მისი კომპლექსურობის გამო, რუტინულ პრაქტიკაში, განსაკუთრებით, ამბულატორიული პაციენტებისათვის, ძნელი გამოსაყენებელია.<sup>4</sup>

წინამდებარე გაიდლაინში წარმოდგენილი რეკომენდაციები ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის მოცულობის შესახებ, შემდეგი ფაქტორების საფუძველზე ჩამოყალიბდა:

1. უახლესი მეცნიერული მტკიცებები ამა თუ იმ პრევენციული ღონისძიების ეფექტურობის შესახებ;
2. რამდენად განხორციელებადია წარმოდგენილი მეცნიერული მტკიცებების საფუძველზე ჩამოყალიბებული რეკომენდაციები საქართველოს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში.

### **3.1. ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის მოცულობა**

ხანდაზმულთა ფუნქციონალური მდგომარეობის რეგულარული შეფასების მიზნით, 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებში–სამ წელიწადში ერთხელ, ხოლო 75 წლის ზემოთ, ყოველწლიურად უნდა განხორციელდეს:

- ზოგადი ფუნქციონალური შეფასება;
- მობილურობის შეფასება;
- ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება;
- მხედველობისა და სმენის სიმახვილის განსაზღვრა;
- მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების შეფასება;
- რკინადეფიციტურ ანემიაზე სკრინინგი და ნუტრიციული სტატუსის შეფასება;
- მედიკამენტური რეჟიმის შემოწმება;
- სოციალური ფუნქციების შეფასება (ცხოვრების წესი, ურთიერთობები);
- სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლება ხანდაზმულებისა და მათი მომვლელებისათვის.

#### **3.1.1. ხანდაზმულთა ზოგადი ფუნქციონალური შეფასება**

ხანდაზმულებზე მრუნვა ორგანიზმის ძირითად ფუნქციათა ამომწურავ შესწავლას მოითხოვს. მხოლოდ კლინიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით ვერ ხერხდება ამ ასაკობრივ ჯგუფში საკმაოდ გავრცელებული ფუნქციური დარღვევების იდენტიფიცირება. ხანდაზმული პაციენტის ფუნქციონალური სტატუსის შეფასება გერიატრიული შეფასების საწყისი ეტაპია. ფუნქციური სტატუსი პაციენტის მკურნალობის, მოვლის, მისი ფიზიკური აქტიურობის ხარისხის, მოტივაციის, სოციალური, გარემოს და სხვა ფაქტორების ჯამურ ეფექტს წარმოადგენს. შესაბამისად, ფუნქციური სტატუსი შეიძლება გამოიხატოს ფორმულის სახით:<sup>5</sup>

$$\text{ფუნქციური სტატუსი} = \frac{\text{ფიზიკური აქტიურობა} \times \text{მკურნალობა} \times \text{მოტივაცია}}{\text{სოციალური, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ფაქტორები}}$$

მოყვანილი ფორმულა ცხადყოფს, რომ ფუნქციური სტატუსის გაუმჯობესება (ან თუნდაც შენარჩუნება) მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. ხანდაზმული პაციენტის მოვლის გარეშე სწორი დიაგნოსტიკა და შესაბამისი მკურნალობა, ჩვეულებრივ, საკმარისი არ არის. მნიშვნელოვანია პაციენტის გარემოსა და ფუნქციური სტატუსის შესაბამისობაში მოყვანა. გარემო ფაქტორები შეიძლება ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ კატეგორებად დავეყოთ. პირველის იდენტიფიცირება უფრო ადვილია (მაგ. პაციენტს გულის უკმარისობით უჭირს კიბეზე ასვლა). ფსიქოლოგიური ფაქტორებიდან სერიოზული პრობლემაა ოჯახის არაკეთილგანწყობილი წევრები. გარემო ფაქტორებს განეკუთვნება, ასევე, შესაძლო გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, პაციენტებისათვის მოძრაობის საჭიროზე მეტად შეზღუდვა (მაგ. საწოლში ან სავარძელში იძულებით მოთავსება წაქცევის პროფილაქტიკისათვის).

ფუნქციონალური დარღვევები, ჩვეულებრივ, თან სდევს ასაკის მაგებას და, შესაძლოა, ყოველდღიური ცხოვრების მოთხოვნების შესრულების უუნარობა გამოიწვიოს. ფუნქციური გაუარესება ხანდაზმულებში ხშირად დაავადების საწყისი სიმპტომია, ხოლო, ზოგ შემთხვევაში კი ერთადერთიც. ასეთი დარღვევები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ხანდაზმულის ცხოვრების ხარისხზე. ფუნქციური დარღვევების იდენტიფიცირებისათვის პაციენტის

მდგომარეობის შეფასება იოლი არ არის, თუმცა ამ მიზნით შემუშავებული სტანდარტული ინსტრუმენტების გამოყენება საშუალებას იძლევა, ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში სკრინინგი წარმატებით განხორციელდეს. რეგულარული სკრინინგის ფონზე მცირდება არადიაგნოსტიკური პრობლემების რიცხვი, რაც, თავისთავად, ადრეულ ეტაპზე ჩარევისა და მკურნალობის გამოსავლების გაუმჯობესების საშუალებას იძლევა.<sup>6,7</sup>

#### **რეკომენდაცია:**

ხანდაზმულებში არსებითი მნიშვნელობა აქვს ფუნქციონალური სტატუსის რეგულარულ შეფასებას.

საკითხი, თუ საუკეთესო პრაქტიკის პირობებში, სად უნდა მოხდეს პაციენტის ფუნქციონალური შეფასება, ჯერ კიდევ სადავოა. ამ თემაზე ადრე ჩატარებული კვლევების მეტა-ანალიზით დადასტურდა, რომ ხანდაზმულთა ბინაზე რეგულარული ვიზიტები მნიშვნელოვნად ამცირებს ავადობასა და პაციენტის ინსტიტუციონალიზაციის მაჩვენებელს. თუმცა, უახლესი კვლევებით ამის დამტკიცება ვერ მოხერხდა, მაინც ითვლება, რომ ბინაზე ვიზიტი ღირებულია. მნიშვნელოვანია, განისაზღვროს ბინაზე ვიზიტის უმთავრესი დადებითი ასპექტები (მაგ. პაციენტის ფუნქციონალური უნარისა და საცხოვრებელი გარემოს შესაბამისობის განსაზღვრა, ოჯახის წევრების პაციენტისადმი დამოკიდებულების შეფასება). (Ia)<sup>8</sup> გაილანის ავტორთა ჯგუფი მიზანშეწონილად მიიჩნევს ხანდაზმულთა ფუნქციონალური მდგომარეობის შეფასების მიზნით ბინაზე ვიზიტის ორგანიზებას იმ შემთხვევებშიც კი, თუ პაციენტს თავად შეუძლია მომართოს პრაქტიკას. საცხოვრებელი გარემოს შეფასება უნდა განხილვოდეს, როგორც ხანდაზმულთა რეგულარული მეთვალყურეობის ერთ-ერთი არსებითი კომპონენტი.

#### **რეკომენდაცია:**

ხანდაზმულთა ფუნქციონალური მდგომარეობის შეფასებისა და სამედიცინო და სოციალური საჭიროებების იდენტიფიცირების მიზნით, აუცილებელია ბინაზე ყოველწლიური ვიზიტის უზრუნველყოფა. (a)

#### **3.1.2. ხანდაზმულთა ფიზიკური აქტიურობის (მობილურობის) შეფასება**

ფიზიკური აქტიურობის უნარი და ფსიქიკური ფუნქციები მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთმანეთთან. ფიზიკური უუნარობა, ხშირად ფსიქიკური ფუნქციების გაუარესებით ვლინდება და პირიქით. ხანდაზმული პაციენტის ფუნქციური სტატუსის შეფასებისათვის მოწოდებულია მთელი რიგი სქემები. დანართი №1-ში მოყვანილია სქემები და რეკომენდაციები ხანდაზმული პაციენტის ფუნქციური სტატუსის შესაფასებლად.

#### **➤ ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შეფასება**

არაინსტიტუციონალიზებულ ხანდაზმულებში, ვისთანაც ოჯახის/უბნის ექიმისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთანს ძალიან ხშირად უხდება ურთიერთობა, განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შეფასებას, რაც *კარტ ზის ინდექსის* საფუძველზე შეიძლება განისაზღვროს.

ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შენარჩუნებაზე ღირებულ ინფორმაციას იძლევა სხვა სკრინინგული ტესტებიც (იხ. დანართი 1).

*„მანუალური დათვლის ტესტი“* საშუალებას იძლევა შეფასდეს მანუალური საქმიანობისა და მხედველობითი/შემეცნებითი ფუნქციები. ზოგადად, თუ პაციენტი ტესტს სწორად ასრულებს და ამისათვის 45 წამი სჭირდება, მოსალოდნელია, რომ იგი ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარს, სულ მცირე, ერთი წლის მანძილზე შეინარჩუნებს. პაციენტებს, რომელთაც ტესტის შესასრულებლად 70 წამი სჭირდებათ, მაღალი აქვთ ერთი წლის მანძილზე დამოუკიდებლად ერთი ან მეტი ყოველდღიური საქმიანობის შესრულების დაკარგვის შანსი. ამ სკრინინგული ტესტის მგრძობიანობა 83%, ხოლო სპეციფიკურობა

75%-ია.<sup>9</sup>

„სწრაფი სიარულის ტექსტის“ შესრულებისას, თუ პაციენტი დავალებას 10 წამში ასრულებს, იგი ყოველდღიური აქტივობის ახლანდელ სტატუსს, სულ მცირე, ერთი წელი შეინარჩუნებს.

„სკამიდან წამოდგომის ტექსტის“ შესრულებისას, თუ პაციენტი ვერ ახერხებს თავისუფლად წამოდგომას, 40%-ია რისკი, რომ, სულ მცირე, ერთი წლის განმავლობაში მისი ყოველდღიური დამოუკიდებელი საქმიანობის უნარი გაუარესდება.<sup>10</sup> პაციენტი, რომელიც წარმატებით ასრულებს სწრაფი სიარულისა და სკამიდან ადგომის ტესტებს, 96%-ში, სულ მცირე, მომდევნო ერთი წლის მანძილზე შეინარჩუნებს ყოველდღიური დამოუკიდებელი აქტივობის უნარს.<sup>6,10</sup>

### ➤ **წაქცევის რისკის შეფასება**

ხანდაზმულებში ხშირია წაქცევის ეპიზოდები, რაც სერიოზული გამოსავლებით მთავრდება. ხანდაზმულებში მაღალია წაქცევასთან ასოცირებული სიკვდილობის, ავადობის, ფუნქციონალური უნარის დაქვეითებისა და ნაადრევი ინსტიტუციონალიზაციის მაჩვენებელი.<sup>11</sup>

წაქცევის რისკის შესაფასებლად, პირველ რიგში, წარსულში წაქცევის ეპიზოდები უნდა განისაზღვროს. თუ პაციენტი ცოცხალი ხნის წინ წაიქცა, აუცილებელია წონასწორობისა და სიარულის საფუძვლიანი შეფასება. თუ ანამნეზში წაქცევის ეპიზოდები არ აღინიშნება. რეკომენდებულია, შესრულდეს დანართი №2-ში წარმოდგენილი ტესტებიდან რომელიმე. თუ ტესტი დადებითია, პაციენტს წაქცევის რისკი მაღალი აქვს.

### **რეკომენდაცია:**

- ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის მიზნით შემდგარ ვიზიტზე უნდა მოხდეს პაციენტის ყოველდღიური დამოუკიდებელი აქტივობის უნარის შეფასება;
- უნდა შეფასდეს წაქცევის რისკი.

### **4. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება**

ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასების მნიშვნელობა ასაკის მაგებასთან ერთად იზრდება. ჩრდილოეთ ამერიკაში არაინსტიტუციონალიზებული ხანდაზმულების პოპულაციის შესწავლით დადგინდა, რომ 65-74 წლის ასაკში დემენციით დაავადებულობა 0,8-1,6%-ს შეადგენს, 75-84 წლის ასაკში 7-8%-ს, ხოლო 85 წლის შემთხვევაში 18-32%-ს.<sup>12,13,14</sup> დემენციით დაავადებულობის გაცილებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა აღმოსავლეთ ბოსტონის კვლევაში, კერძოდ, 19% 75-84 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და 47% 85 წლის შემთხვევაში, ვარაუდობენ, რომ ეს ჰიპერდიაგნოსტიკით იყო გამოწვეული.<sup>15</sup> არაინსტიტუციონალიზებულ ხანდაზმულებში დემენციით ყოველწლიური ავადობა 65-74 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 0,6-1%, 75-84 წლის ასაკში 2-3%, ხოლო 85 წლის შემთხვევაში 4-8%-ია.<sup>16</sup>

ხანდაზმულებში დაავადებათა აგვიანი მიმდინარეობის გამო, ხშირად რთულდება ამა თუ იმ პათოლოგიის, მ.შ. ფსიქიკური სფეროს დაავადებათა იდენტიფიცირება. ფსიქიკური მდგომარეობის რეგულარული შეფასება რუგინულ ვიზიტებზე, ხელს უწყობს დარღვევათა დროულ გამოვლენას და სათანადო რეაგირების უზრუნველყოფის საშუალებას იძლევა.

ხანდაზმულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის მიზნით მოწყობილ ვიზიტებზე უნდა მოხდეს ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება. კონფუზიის ან ფსიქიკური რეგარდაციის ნებისმიერი გამოვლინებისას, დემენციის გამორიცხვის მიზნით, რეკომენდებულია **მინი-ფსიქიკური ტესტის** ჩატარება. მინი-ფსიქიკური ტესტის ჩატარებას სულ 5-10 წუთი სჭირდება. ინსტრუმენტის მგრძობელობა მომიერად გამოხატული დემენციის გამოვლენის თვალსაზრისით 90%-ია (მღვრული მაჩვენებელი 24). ტესტის სპეციფიკურობა 80%-ია. **ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების შემოკლებული ტესტის** მგრძობელობაც ისეთივეა, როგორც მინი-ფსიქიკური ტესტისა. თუმცა, ეს ტესტი ღირებულია ორიენტირებისა და მეხსიერების შესაფასებლად, მაგრამ არ მოიცავს მეტყველებასა და მოგორულ სფეროს. (IIბ) **"საათის ტესტი"** საფეთქლის წილის დისფუნქციის შეფასებისათვისაა შემუშავებული. ტესტის მგრძობელობა საშუალო და მძიმედ გამოხატული დემენციის დიაგნოსტიკისთვის 92%-ია, ხოლო სპეციფიკურობა 97%.<sup>17</sup> (III)

ალტერნატივის სახით შესაძლებელია *ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შეფასება*. ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასება აუცილებელია იმ შემთხვევაში, თუ ადგილი აქვს ყოველდღიური აქტივობის უნარის დაქვეითებას.<sup>18</sup>

თეორიულად, უდავოა შემეცნებითი დისფუნქციის ადრეული იდენტიფიცირების მნიშვნელობა, მაგრამ, სადღეისოდ, მცირეა მეცნიერული მტკიცებები, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელი იქნებოდა პიროვნებისათვის ამის წმინდა სარგებლისა ან რისკის დადგენა. მართალია, თანამედროვე ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ფონზე ხერხდება ალცჰეიმერით დაავადებულ პაციენტებში შემეცნებითი ფუნქციების სტაბილიზირება, მაგრამ საბოლოო ჯამში მნიშვნელოვანი კლინიკური გაუმჯობესება არ აღინიშნება. დემენციის შექცევადი მიზეზების გამორიცხვის მიზნით, ძვირადღირებული გამოკვლევების ჩატარება და ამ დიაგნოზის მასტიგმატიზებული ეფექტი განიხილება, როგორც სკრინინგთან ასოცირებული პოტენციური რისკი, რაც ასუსტებს მის ეფექტურობას. არსებული მეცნიერული მონაცემების საფუძველზე ვერ ხერხდება ასიმპტომურ პირებში მენტალური ფუნქციების რუგინული (სკრინინგის) შეფასების განსაკუთრებული მნიშვნელობის დემონსტრირება. თუმცა ექიმმა ყურადღება უნდა მიაქციოს მენტალური დისფუნქციის ყველა შესაძლო გამოვლინებას (მაგ. გულმავიწყი პაციენტი, მედიკამენტური რეჟიმის სისტემატური დარღვევა და ა.შ.) და უზრუნველყოს პაციენტის მდგომარეობის სათანადო შეფასება. (IV)<sup>19</sup>

ქ. თბილისში ჩულურეთის რაიონში საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის მიერ ხანდაზმულთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ სამიზნე ჯგუფში (შესწავლილ იქნა 75 წლის ბემოთ 522 პაციენტის სამედიცინო ლოკუმენტაცია) 1999 წლის მონაცემებით არ იყო დიაგნოსტირებული მენტალური დისფუნქციის არც ერთ შემთხვევა. როგორც ჩანს, ექიმები არასათანადო ყურადღებას უთმობდნენ ამ ასპექტს. 2000 წლისათვის, სამედიცინო პერსონალის გრენინგისა და მინი-ფსიქიკური ტესტისა და დეპრესიაზე სკრინინგული კითხვარის რუგინულ პრაქტიკაში დანერგვის შემდეგ, დიაგნოსტირებულ იქნა დემენციის 73 (12%) და დეპრესიის 10 (1,6%) შემთხვევა. (IV)<sup>20</sup> გაიღვივების ავტორთა ჯგუფი მიზანშეწონილად მიიჩნევს, მენტალური ფუნქციების ფორმალური შეფასების მიზნით, რეკომენდებული ტესტების (მინი-ფსიქიკური ტესტი ან შემოკლებული მინი-ფსიქიკური ტესტი) გამოყენებას, ხანდაზმულთა პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პროცესში, შემდეგი პერიოდულობით: 65 წლამდე 3 წელიწადში ერთხელ, ხოლო 75 წლის შემდეგ ყოველწლიურად.

#### რეკომენდაცია:

**ხანდაზმულებში ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასება მიზანშეწონილია პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პროცესში, სტანდარტული სკრინინგული ინსტრუმენტების გამოყენებით. (გ)**

ხანდაზმულებში ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასების ინსტრუმენტები წარმოდგენილია გაიღვივების – „*ხანდაზმულთა მენტალური პრობლემების იდენტიფიცირება და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში*“.

#### 5. მხედველობის ფუნქციის შეფასება

მხედველობის გაუარესება ხანდაზმულებში საკმაოდ გავრცელებული პრობლემაა. გაერთიანებული სამეფოს მონაცემებით, მხედველობის სიმახვილე ნაკლები 6/12 (სნელენის ტაბულის მიხედვით) აღინიშნება 65-დან 75 წლამდე ასაკის პირთა 2%-ში, 75 წლის ბემოთ ეს მაჩვენებელი, დაახლოებით, 20%-ს აღწევს.<sup>21,22</sup> მხედველობის დაქვეითება მთელ რიგ არასასურველ მოვლენებთანაა დაკავშირებული, კერძოდ, მნიშვნელოვნად უარესდება მოხუცის ფუნქციონალური სტატუსი და ცხოვრების ხარისხი,<sup>23, 24</sup> მაღალია დეპრესიისა<sup>25,26</sup> და დაცემის<sup>27</sup> რისკი. ხანდაზმულთა დიდი ნაწილი არც კი აღნიშნავს, რომ მხედველობის გაუარესებას უჩივის, ვინაიდან ამას სიბერესთან დაკავშირებულ გარდაუვალ მოვლენად მიიჩნევს.<sup>28</sup> ზოგიერთი მათგანი ამ პრობლემას სათანადოდ ვერ აფასებს ან სხვა დაავადება იმდენად ღომინანტურია, რომ ხელს უშლის სენსორული დისფუნქციის დაფიქსირებას. ხანდაზმულებში მხედველობის გაუარესების შემთხვევების გამოვლენას აფერხებს ისიც, რომ მოხუცების უმრავლესობას ქირურგიული ჩარევის ეშინია, რაც, მათი აზრით, მკურნალობის ერთადერთი გზაა, ასევე

სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს სიბრმავის შიში. სიბრმავის მასტიგმატიზებული ეფექტი იმდენად ძლიერია, რომ ხანდაზმულები ამაზე ფიქრსაც კი გაუბრძანდებიან.<sup>29</sup> გასაოცარია, მაგრამ რანდომიზებული საკონტროლო კვლევებით არ დადასტურდა მხედველობის გაუარესებაზე სკრინინგის (მხედველობის შეფასების სუბიექტური და/ან ობიექტური მეთოდებით თემში მცხოვრებ ხანდაზმულ პოპულაციაში) განსაკუთრებული ეფექტურობა, თუმცა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მხედველობის გაუარესებაზე სკრინინგის შედეგად 11%-ით შემცირდა იმ ხანდაზმულთა რაოდენობა, ვინც მხედველობის გაუარესებას უჩივის. ეს ციფრი მაინცდამაინც შთაბეჭდავი არაა, თუმცა მისი იგნორირებაც დაუშვებელია. (1ა)<sup>30</sup>

მხედველობის ფუნქციის შეფასება სუბიექტური მეთოდებით მაინცდამაინც ეფექტური არ არის. მაგ. სკრინინგული შეკითხვის—„გიჭირთ თუ არა მოშორებული საგნების დანახვა?“ მგრძობილობა, სნელენის ტაბულის მიხედვით, მხედველობის სიმახვილე 20/40-ზე ნაკლების იდენტიფიცირებისათვის, 28%-ია (ცხადია, შეფასება იმ სათვალთ ან ლინზებით ხდება, რასაც პაციენტი საერთოდ იყენებს). შედარებით მაღალი, 48%-ია შეკითხვის—„ქუჩის მეორე მხარეს იცნობთ ახლობელს?“. მხედველობის ფუნქციის გაუარესების გამოვლენა შედარებით უკეთ ხერხდება მხედველობის სიმახვილის შეფასების შედეგად სნელენის (ან მისი ანალოგები, ჩვენს შემთხვევაში სივცოვის) ტაბულის მიხედვით.<sup>31</sup>

ხანდაზმულების გამოკითხვა მხედველობის გაუარესების თაობაზე გაცილებით ნაკლებად მგრძობიარე მეთოდია, ვიდრე უშუალოდ მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა. მართალია, ფუნქციონალური გამოსავლების გაუმჯობესების თვალსაზრისით, მხედველობის სიმახვილის პერიოდული შემოწმების მნიშვნელობა შეფასებული არ არის, მაგრამ არსებობს საკმარისად სარწმუნო მეცნიერული მონაცემები, რომ მხედველობის სიმახვილის სკრინინგული შეფასებით უკეთ ხდება ღარღვევათა იდენტიფიცირება, ხოლო თავად სკრინინგის პროცედურის პოტენციური ზიანი მინიმალურია.<sup>32</sup>(IIბ)

ამერიკის პრევენციის სამუშაო ჯგუფი იძლევა რეკომენდაციას\* ხანდაზმულებში მხედველობის სიმახვილის სკრინინგული განსაზღვრის თაობაზე. სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობა დადგენილი არ არის და განისაზღვრება კლინიკური და სიტუაციური ანალიზის საფუძველზე.

კანადის პრევენციის სამუშაო ჯგუფიც მიიჩნევს, რომ მხედველობის ფუნქციის რეგულარული, პერიოდული შეფასების ეფექტურობის დამადასტურებელი საკმარისად დამაჯერებელი მეცნიერული მტკიცებები არსებობს და ამდენად, პერიოდული სამედიცინო შემოწმების დროს მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა სავსებით მიზანშეწონილია.\*

#### რეკომენდაცია:

- ხანდაზმულებში რეკომენდებულია მხედველობის გაუარესებაზე სკრინინგი მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრის საფუძველზე. (ბ)
- გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი მიზანშეწონილად მიიჩნევს მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრას შემდეგი პარიოდულობით: სამ წელიწადში ერთხელ 65–74 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო 75 წლის შემთხვევაში, როდესაც მხედველობის გაუარესება შედარებით ხშირია და ამავე დროს იზრდება იმის რისკი, რომ პაციენტი სათანადოდ ვერ შეაფასებს თავის მდგომარეობას, ყოველწლიურად. (გ)

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრის ინსტრუქცია წარმოდგენილია დანართი №3-ში.

#### 6. სმენის შეფასება

სმენის დაქვეითებასთან დაკავშირებული პრობლემები საკმაოდ ხშირად გვხვდება ხანდაზმულებში, განსაკუთრებით, ქალაქში მცხოვრებთა შორის. ობიექტური მეთოდებით შეფასებისას სმენის დაქვეითება დგინდება 65 წლის შემთხვევაში ასაკის პირთა 33%-ში და 85 წლის და შემთხვევაში პირთა 50%-ში.<sup>33</sup> სმენის დაქვეითება, ჩვეულებრივ, სენსორულ ნერვული მექანიზმით ვითარდება. სამწუხაროდ, ხანდაზმულებში სმენის აღდგენა ვერ ხერხდება და საჭიროა დამხმარე საშუალებების გამოყენება. პრესბიკუსი (Presbycusis) ხანდაზმულებში სმენის

\* "B" ჯგუფის რეკომენდაცია: არსებობს დამაჯერებელი მეცნიერული მტკიცებები იმის თაობაზე, რომ კონკრეტული მდგომარეობის პრევენციისათვის ეფექტურია პერიოდული სამედიცინო შემოწმება;

დაქვეითების უხშირესი მიზეზია. ეს პათოლოგია ხანდაზმულებში სმენის დისფუნქციის შემთხვევათა, დაახლოებით, 60%-ში აღინიშნება. სმენის დაქვეითება ძალიან ხშირად ასოცირდება სოციალურ და ემოციურ იზოლაციასთან, კლინიკურ დეპრესიასა და ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვასთან.<sup>34,35,36</sup> სმენის დაქვეითების ეს სავალალო შედეგები ხანდაზმულ ასაკში განსაკუთრებით თვალსაჩინოა.

### **სკრინინგი:**

ხანდაზმულ პაციენტებში რეკომენდებულია სკრინინგი სმენის დაქვეითებაზე სმენით პრობლემებზე მათი პერიოდული გამოკითხვის გზით (შეფასების სუბიექტური მეთოდი) (III), მიზანშეწონილია მათი კონსულტირება არსებული სასმენი აპარატებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ,<sup>37</sup> ვინაიდან სასმენი აპარატების სწორად შერჩევისა და გამოყენების შედეგად აღვლი აქვს სმენადაქვეითებული პაციენტის ცხოვრების ხარისხის მნიშვნელოვან გაუარესებას.<sup>38</sup>(Ib) რუგინული სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობა და სისშირე დადგენილი არ არის და პრაქტიკის შესაძლებლობებითა და საჭიროებებით განისაზღვრება.

რუგინულ პრაქტიკაში სმენის დაქვეითებაზე სკრინინგის მიზნით აუდიომეტრიის გამოყენების ეფექტურობის შესახებ საკმარისად დამაჯერებელი მეცნიერული მტკიცებები არ არსებობს.<sup>39</sup>

ოგოსკოპია და აუდიომეტრია უნდა ჩაუტარდეს ყველა პაციენტს, რომელსაც შეფასების სუბიექტური მეთოდით სმენის დაქვეითება აღენიშნება.

ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში სმენის ფუნქციის შეფასებისათვის იოლად შესასრულებელი და დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით საკმაოდ ღირებული ტესტია „ჩურჩულის ტესტი“ (იხ. დანართი №3 (ა)). ტესტის მგრძობიანობა 80-100%-მდე, ხოლო სპეციფიკურობა 80-90%-ს შორის მერყეობს. შეგიძლიათ გამოიყენოთ „სათის ტესტი“ (იხ. დანართი №3 (ბ)). (III)

### **რეკომენდაცია:**

- სკრინინგი სმენის დაქვეითებაზე ხანდაზმულთა პერიოდული სამედიცინო შემოწმების ერთ-ერთ კომპონენტს უნდა წარმოადგენდეს. (ბ)

## **7. მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების შეფასება**

### **7.1. შარდის შეუკავებლობა**

შარდის უნებლიე შეუკავებლობა საკმაოდ ხშირია ხანდაზმული ასაკის ადამიანებს შორის. სტატისტიკური მონაცემებით, შარდის შეუკავებლობა აღენიშნება ამბულატორიული ხანდაზმული პაციენტების საკმაოდ დიდ ნაწილს. ხანდაზმულ ქალთა, დაახლოებით, 20-35%-ს და მამაკაცების 10-15%-ს აღენიშნება შარდის შეუკავებლობის ეპიზოდები, ხოლო ხანდაზმულთა 5%-ს შეუკავებლობა მუდმივად ან ყოველდღიურად აქვს;<sup>40</sup> შარდის შეუკავებლობა შეიძლება გამოიხატოს შარდის მცირე რაოდენობის უნებლიეთ გამოყოფის ეპიზოდებით ან მუდმივი არაკონტროლირებადი შარდით.

შარდის შეუკავებლობა ხშირად არადიაგნოსტირებული და, შესაბამისად, არანამკურნალევი რჩება, ვინაიდან საუბრისას ხანდაზმული პაციენტების, დაახლოებით, ნახევარი განზრახ არიდებს თავს შეუკავებლობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე პასუხის გაცემას ან ასეთ მოვლენას საერთოდ უარყოფს.<sup>41</sup> ხანდაზმული პაციენტების უმრავლესობა თვლის, რომ შარდის შეუკავებლობა სიბერესთან ასოცირებული ნორმალური მოვლენაა და მისი განკურნება შეუძლებელია ან, რომ მკურნალობის ერთადერთი გზა ქირურგიული ჩარევაა, რაც მათთვის მიუღებელია.

შარდის შეუკავებლობის პრობლემა მნიშვნელოვნად აუარესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. ზღუდავს სოციალურ აქტივობას და სერიოზულ უხერხულობას იწვევს. მძიმეა მასთან ასოცირებული ფსიქოლოგიური შედეგებიც—პაციენტი თანდათან კარგავს საკუთარი თავის პატივისცემას.

შარდის შეუკავებლობა, შესაძლოა, იოლად კორეგირებადი მიზეზით იყოს გამოწვეული. ამდენად, პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პროცესში ამ პრობლემაზე ყურადღების



გამახვილება და მისი ღროული გამოვლენა შემდგომი გამოკვლევებისა და მკურნალობის დაგეგმვის საშუალებას იძლევა.<sup>42</sup> (IV)

#### რეკომენდაცია:

- ხანდაზმულთა პერიოდული სამედიცინო შემოწმებისას, მიზანშეწონილია, პაციენტს დაფუსვით ორი ბაზისური შეკითხვა: „გასულ წელს ხომ არ გქონიათ უნებლიე შარდვის ეპიზოდი? და თუ ასეა, მაშინ იქნებ გაიხსენოთ რამდენჯერ მოხდა ეს?“ თუ პაციენტს უნებლიე შარდვა, სულ მცირე, ექვსჯერ მაინც ჰქონია, უდავოა შემდგომი შეფასებისა და გამოკვლევების აუცილებლობა. (გ)
- შეუკავებლობის იდენტიფიცირებისათვის პროაქტიული მიდგომაა რეკომენდებული. ნაკლებად საფარაუდოა, რომ პაციენტმა თავად წამოიწყოს საუბარი ამ თემაზე. (გ)

შარდის შეუკავებლობის იდენტიფიცირებისა და მართვისას იხელმძღვანელებთ გაიღლაინით: „*ხანდაზმულებში შარდის შეუკავებლობის შეფასება და მართვა მოგად საეჭირო პრაქტიკაში*“

#### 7.2. განავლის შეუკავებლობა

– ხანდაზმულ ასაკში განავლის შეუკავებლობა გაცილებით უფრო იშვიათი მოვლენაა, ვიდრე შარდის შეუკავებლობა. განავლის შეუკავებლობის ეპიზოდი ყოველდღიურად და ყოველკვირეულად მომრდილი მოსახლეობის 2%-ს აღენიშნება. განავლის შეუკავებლობით დაავადებიანობა თემში მცხოვრები 65 წლის ზემოთ ასაკის ხანდაზმულებში 5%-ია, ხოლო ინსტიტუციონალიზებულ მოხუცებში 39%-ს აღწევს.<sup>43</sup> მეორე მხრივ, თუ განავლის შეუკავებლობა განვითარდა, ის, როგორც წესი, შარდის შეუკავებლობას ერთვის თან, იზოლირებული სახით კი ძალიან იშვიათად გვხვდება.

განავლის შეუკავებლობის იდენტიფიცირებისა და მართვისას იხელმძღვანელებთ გაიღლაინით: „*ხანდაზმულებში განავლის შეუკავებლობის შეფასება და მართვა მოგად საეჭირო პრაქტიკაში*“

#### 8. მედიკამენტური რეჟიმის შემოწმება

ხანდაზმულ პაციენტებს ხშირად წამლებით აქვთ სავსე ჩანთა, რაც იმას ნიშნავს, რომ ისინი რამოდენიმე პრეპარატს ერთდროულად ღებულობენ. ჩვენს სინამდვილეში ისიც დასაშვებია, რომ მათ სხვადასხვა წამალს სხვადასხვა ექიმი უწერდეს, ისე, რომ მათ არაფერი იცოდნენ ერთიმეორის დანიშნულების შესახებ. ხანდაზმული პაციენტი შეგნებულად თუ შეუგნებლად არ ეუბნება ახალ ექიმს ძველი დანიშნულების შესახებ. ასე რომ, მან შეიძლება განმეორებით მიიღოს ის წამალი, რასაც უკვე დიდხანია სვამს და ორმაგი დოზით გააგრძელოს მკურნალობა, ან ექიმმა, შეიძლება, ისეთი პრეპარატი გამოწეროს, რომლის გამოყენება უკვე აღრე დანიშნულ წამალთან ერთად დაუშვებელია. ასეთი ქმედების ფონზე იმრდება მედიკამენტების არასწორ მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკი, რაც ხანდაზმული პაციენტის ფიზიკურ მდგომარეობას მნიშვნელოვნად აუარესებს.

მოხუცის ცუდი მეხსიერება კიდევ უფრო ართულებს მედიკამენტური რეჟიმის სწორად დაცვას. ჩვეულებრივ, წამლის დიდი დოზით მიღების გამო, პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი იოლად ღგინდება. პრეპარატის მიღების შეწყვეტისა ან დოზის შემცირებით სწრაფად ხდება მდგომარეობის კორეგირება.<sup>44</sup>

მედიკამენტური რეჟიმის შესწავლა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ხანდაზმულებში ანამნეზში დაცემის ეპიზოდებით. დადგენილია პირდაპირი კავშირი ფსიქოტროპული პრეპარატების (ნეიროლეპტიური საშუალებები, ბენზოდიამპინები, და ანტიდეპრესიული პრეპარატები) მოხმარებასა და დაცემის რისკის ზრდას შორის.<sup>45</sup>(Iა) მულტიფაქტორული კვლევებით გამოვლინდა, რომ წამლების რიცხვის შემცირება პაციენტებში, რომლებიც ოთხზე მეტ მედიკამენტს იღებენ, სასარგებლო ღონისძიებაა. (II)

**რეკომენდაცია:**

- ხანდაზმულთა მედიკამენტური რეჟიმის საფუძვლიანი შესწავლა უნდა მოხდეს რეგულარულად, პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პროცესში და ასევე, ხანდაზმულ პაციენტთან ნებისმიერი კონტაქტისას. (ბ)
- ფსიქოტროპული მედიკამენტების ან ოთხზე მეტი პრეპარატის ერთდროულად მოხმარების შემთხვევაში, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ხანდაზმულებში წაქცევის პრევენციის მიზნით ინდივიდუალური გეგმის შემუშავებას. (ბ)

**9. ნუტრიციული სტატუსის შეფასება**

ასაკობრივი ფიზიოლოგიური თავისებურებებით განპირობებულია ხანდაზმულებში კვებითი რეჟიმისა და ქცევის შეცვლის აუცილებლობა. მსოფლიოს იმ ქვეყნებში, სადაც სოციალური პრობლემები ნაკლებად თვალსაჩინოა, ადამიანს 65 წლის შემდეგაც ისეთივე შეუზღუდავი შესაძლებლობები აქვს ენერგიული და აქტიური ცხოვრებისათვის, როგორც ახალგაზრდებს. აქ ნაკლებია ალბათობა იმისა, რომ ხანდაზმულის კვებითი დეფიციტი სოციალური დაუცველობით იყოს განპირობებული.

**ასაკის** მაგებასთან ერთად აღინიშნება შემდეგი მოვლენები:

- შუახნის შემდეგ სხეულის საშუალო წონა ქვეითდება (ვარაუდობენ, რომ ეს, ნაწილობრივ, განპირობებულია სიმსუქნესთან ასოცირებული ლეგალობის მაღალი მაჩვენებლით);
- სხეულის წონა (ძვალ-კუნთოვანი მასით განპირობებული) მამაკაცებში საშუალოდ 60კგ-დან 50კგ-მდე, ხოლო ქალებში 40-დან 35კგ-მდე ქვეითდება;
- ადგილი აქვს სიმაღლისა და ძვლოვანი მასის შემცირებას;
- კუნთოვანი მასა, დაახლოებით, 450გრ/კგ-დან ქვეითდება 300გრ/კგ-მდე;
- სხეულის ხვედრითი მასა მამაკაცებში 1,072-დან 1,041-მდე, ხოლო ქალებში 1,040-დან 1,016-მდე ქვეითდება;
- ცხიმის წილი (ისაზღვრება, როგორც % სხეულის წონაში) მამაკაცებში 20%-დან 30%-მდე იზრდება, ხოლო ქალებში 27-დან 40%-მდე. გაცხიმოვნება ცენტრალურ და ინტერვალურ ხასიათს იღებს;
- ღვიძლის მასა სხეულის კგ წონაზე 25 გრ-დან 20 გრ-მდე მცირდება;
- ძვალ-კუნთოვანი წონის შემცირების პროპორციულად ქვეითდება ბაზალური მეტაბოლური ცვლა.

ნუტრიციული სტატუსის შეფასებისას აუცილებელია სრულყოფილი სამედიცინო ანამნეზის შეკრება, თუმცა შემეცნებითი ფუნქციების, განსაკუთრებით, მეხსიერების გაუარესების შემთხვევაში ეს საკმაოდ რთულია.

პაციენტის გასინჯვისას უნდა განისაზღვროს:

- სიმაღლე-არსებული დეფორმაციები ართულებს მუსკი გამოძვინის წარმოებას;
- წონა (უკანასკნელ პერიოდში აღმოცენებული ცვლილებები—რამდენი მოიმატა ან დაიკლო, რა ვადაში?);
- სხეულის მასის ინდექსი.

**რეკომენდაცია:**

- თუ პაციენტს აღენიშნება წონის დეფიციტი, ჭარბი წონა ან მძიმე ხარისხის სიმსუქნე, საჭიროა მისი მდგომარეობის საფუძვლიანი შეფასება. (გ)

მნიშვნელოვანია, გაითვალისწინოთ, რომ წონის დეფიციტი შეიძლება ასოცირებული იყოს კვების დეფიციტთან, რაც შემდეგი ფიზიკალური ნიშნებით ხასიათდება:<sup>46</sup>

- თვალსაჩინო სიგამხდრე;
- ენისქვეშა ჰემორაგიები;
- ენისქვეშა ვარიკოზი;

- ცხვირ-გუჩის ნაოჭების წითელი სებორეა;
- ჰიპერკერატოზი;
- კანის ღია საფარველის შეუსაბამო პიგმენტაცია.

ამ ნიშნების არსებობისას საჭიროა პაციენტის მდგომარეობის სრულყოფილი შეფასება.

ხანდაზმულთა კვებითი დეფიციტი თითქმის ყოველთვის მეორადია და განპირობებულია სოციალური პრობლემებით ან დაავადებით. რისკ-ფაქტორები კვებითი დეფიციტისათვის შემდეგია:

| სოციალური რისკ-ფაქტორები  | სამედიცინო რისკ-ფაქტორები  | ზოგიერთი მედიკამენტი, რომელმაც შესაძლოა, კვებითი დეფიციტი გამოიწვიოს  |
|---|--|---|
| <p>მარტობა<br/> იმოლაცია<br/> უმოდრაობა<br/> (მობილურობის შემ-<br/> ლუღვა ტრანსპორტი-<br/> რების გართულების<br/> გამო)<br/> სიღარიბე<br/> იგნორირება (ქვრივი<br/> მამაკაცი, რომელსაც<br/> არ შეუძლია საკვების<br/> მომზადება)<br/> ჭირისუფლობა<br/> ალკოჰოლიზმი<br/> დამოკიდებულება<br/> რეგრესია</p> | <p>სიმსივნე და სხივური თერაპია<br/> დეპრესია<br/> ქრონიკული ბრონქიტი<br/> და ემფიზემა<br/> ანორექსია<br/> გულის უკმარისობა<br/> სტენოკარდია<br/> უძილობა<br/> სიბრმავე<br/> სიყრუე<br/> დამბლა<br/> ართრიტი<br/> დემენცია<br/> გასტრექტომია<br/> შეგრენის სინდრომი<br/> დივერტიკულიტი<br/> კბილების არქონა</p> | <p>ასპირინი და არასტეროიდული ანთების-<br/> საწინააღმდეგო<br/> მედიკამენტები⇒სისხლდენა⇒რკინის დეფიცი-<br/> ტი<br/> დიგოქსინი⇒მადის დაქვეითება<br/> საფალარათო საშუალებები⇒კალიუმის დეფი-<br/> ციტი<br/> ქიმიოთერაპია⇒ანორექსია<br/> დიურეზული საშუალებების უმრავლესო-<br/> ბა⇒კალიუმის დეფიციტი<br/> ფენფორმინი }<br/> } B<sub>12</sub> ვიტამინის მალაბსორბცია<br/> მეთფორმინი }<br/> კო-ტრიმოქსამოლი⇒ფოლიუმის ანტაგონისტი</p> |

**10. სკრინინგი ჰიპერტენზიაზე (იხ. ასევე, ხანდაზმულებში ჰიპერტენზიის მართვის გაიდლაინი)**

ჰიპერტენზიის გამოვლენის საუკეთესო გზა არტერიული წნევის რუტინული გამოძიებაა. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტებთან ურთიერთობისას, ოჯახის ექიმს მეორეული პრევენციის განხორციელების საუკეთესო საშუალება ეძლევა: პათოლოგია საკმაოდ გავრცელებულია, უსიმპტომო პერიოდი ხანგრძლივია, სადიაგნოსტიკო ტესტი მარტივი, ხოლო მკურნალობის შედეგები, ყოველ შემთხვევაში, საშუალო სიმძიმისა და მძიმე ჰიპერტენზიის დროს საკმაოდ თვალსაჩინოა.

სამოცდაათიან წლებში ჩატარებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ ჰიპერტენზიის მქონე პირთა, დაახლოებით, ნახევარმა არაფერი იცოდა თავისი მდგომარეობის შესახებ, ანუ სახეზე იყო არადიაგნოსტირებული შემთხვევების საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი. ონგარიში ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტების 6%-მა არაფერი იცოდა ამის შესახებ, ხოლო სხვა 6%, მიუხედავად ჰიპერტენზიის დიაგნოზისა, არ იტარებდა არავითარ მკურნალობას. არადიაგნოსტირებული ჰიპერტენზიის განსაკუთრებით ბევრი შემთხვევა (27%) აღინიშნა 40 წლამდე ასაკის მამაკაცებში (Birkett, 1987).

შედარებით ახალი გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ეს სიტუაცია შეიცვალა და ამჟამად, დიაგნოსტირებულია ბევრად მეტი შემთხვევა, რაც იმის შედეგია, რომ ოჯახის ექიმები შემთხვევათა გამოვლენას მეტ ყურადღებას უთმობენ.

იმისათვის, რომ პრევენციის ეფექტი თვალსაჩინო იყოს, აუცილებელია მართვის ეფექტური სისტემის ფუნქციონირება. ზოგადი საექიმო პრაქტიკისათვის მისაღები სისტემის შესაქმნელად, აუცილებელია, შემდეგი არსებითი საკითხების გათვალისწინება:

- პრაქტიკის მოსახლეობის 70% წელიწადში ერთხელ მაინც საკონსულტაციოდ მოდის ოჯახის ექიმთან;
- პრაქტიკის მოსახლეობის 90%-ზე მეტი ოჯახის ექიმთან ვიზიტზე ხუთ წელიწადში ერთხელ მაინც მოდის;

ამ ვიზიტებზე, მათი მთავარი მიზნების მიუხედავად, ექიმს საშუალება ეძლევა გაუსინჯოს ავადმყოფს არტერიული წნევა და, ამდენად, გამოავლინოს მისი მომატების შემთხვევები. ეს სტრატეგია ცნობილია, როგორც შემთხვევათა ძიება (case finding) და იგი მოსახლეობის „თითქოსდა ჯანმრთელ“ ინდივიდებს მოიცავს.

**რეკომენდაციები:**

- არტერიული წნევის გაზომვა აუცილებლად უნდა შეადგენდეს ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო შემოწმების ნაწილს (ბ);

ხანდაზმულებში არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკისა და მართვისას ისარგებლეთ გაიდლაინით: „ხანდაზმულებში ჰიპერტენზიის მართვა“

**Kartz-ის ინდექსი— ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შეფასება**

Kartz-ის ინდექსი ხანდაზმული ადამიანის მიერ ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შეფასების საშუალებას იძლევა. ანუ, შეუძლია თუ არა მას დამოუკიდებლად დაბანა, ჩაცმა, გუალეგში შესვლა, გადაადგილება, ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების შესრულება, კვება.

- A. შეუძლია დამოუკიდებლად საკვების მიღება, გუალეგით სარგებლობა, გადაადგილება ბინაში, ჩაცმა და დაბანა;
- B. არ შეუძლია დამოუკიდებლად შეასრულოს ბემოთ ჩამოთვლილთაგან მხოლოდ ერთი ფუნქცია;
- C. არ შეუძლია დამოუკიდებლად დაბანა და (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან კიდევ ერთი ფუნქციის შესრულება;
- D. არ შეუძლია დამოუკიდებლად დაბანა, ჩაცმა და (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან კიდევ ერთი ფუნქციის შესრულება;
- E. არ შეუძლია დამოუკიდებლად დაბანა, ჩაცმა, გუალეგით სარგებლობა და (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან კიდევ ერთი ფუნქციის შესრულება;
- F. არ შეუძლია დამოუკიდებლად დაბანა, ჩაცმა, გუალეგით სარგებლობა, ბინაში გადაადგილება და (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან კიდევ ერთი ფუნქციის შესრულება;
- G. დამოუკიდებლად არ შეუძლია (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან არც ერთი ფუნქციის შესრულება.

## დათვლის მანუალური ტექსტის შესრულების წესები

### ფასდება:

1. მანუალური აქტივობის უნარი;
2. მხედველობის ფუნქცია;
3. შემეცნება.

საჭიროა ერთი ლარის ღირებულების მონეტები (სამი ათთეთრიანი, ორი ხუთთეთრიანი, სამი ოცთეთრიანი). სთხოვეთ პაციენტს, გახსნას საფულე, ამოიღოს ფული, დათვალოს და გითხრათ, სულ რამდენია. თუ პაციენტი დავალებას პირველ მცდელობაზე სწორად ვერ შეასრულებს, სთხოვეთ, სცადოს თავიდან. დაინიშნეთ, რა დრო დასჭირდება პაციენტს იმისათვის, რომ თავი გაართვას ამ ამოცანის შესრულებას. შეწყვიტეთ ტესტი ხუთ წუთში ან—თუ პაციენტი სამჯერვე შეცდომით გიპასუხებთ.

### სწრაფი სიარულის ტესტი

საჭიროა, გასასინჯო ოთახში ან დერეფანში 10 ნაბიჯის სიგრძის მონაკვეთის გათავისუფლება, სადაც პაციენტი გაივლის. დაინიშნეთ დრო და სთხოვეთ პაციენტს, გადადგას ათი ნაბიჯი, შემობრუნდეს და დაბრუნდეს უკან, რამდენადაც შეუძლია სწრაფად. თუ პაციენტი საერთოდ ხელჯოხს ან ყავარჯენს იყენებს, ასევე უნდა მოიქცეს იგი ტესტის შესრულების დროსაც.

თუ პაციენტი დავალებას 10 წამში ასრულებს, იგი ყოველდღიური აქტივობის ახლანდელ სტატუსს, სულ მცირე, ერთი წელი შეინარჩუნებს.

### სკამიდან წამოდგომის ტესტი

ამ ტესტის პირველ ეტაპი „ხარისხობრივია“—პაციენტი სკამზე მის, ხელები მუხლებზე აქვს დაწყობილი. თქვენ სთხოვეთ, წამოდგეს. თუკი წამოდგომისას პაციენტი არ იშველიებს სკამის სახელურებს, ითვლება, რომ იგი დავალებას წარმატებით ასრულებს. თუ პაციენტი ვერ ახერხებს თავისუფლად წამოდგომას, 40%-ია რისკი, რომ, სულ მცირე, ერთი წლის განმავლობაში მისი ყოველდღიური დამოუკიდებელი საქმიანობის უნარი გაუარესდება.

თუ პაციენტი წარმატებით გაივლის „ხარისხობრივ“ შეფასებას, გარდება „რაოდენობრივი“ შეფასება. სთხოვეთ პაციენტს, ადგეს და დაჯდეს სამჯერ ისე, რომ არ გამოიყენოს სკამის სახელურები. განსაზღვრეთ, რა დრო დასჭირდება ამას. პროგნოზირებისათვის მნიშვნელოვანი დრო 10 წამია. პაციენტი, რომელიც წარმატებით ასრულებს სწრაფი სიარულისა და სკამიდან აღდგომის ტესტებს 96%-ში, სულ მცირე, მომდევნო ერთი წლის მანძილზე შეინარჩუნებს ყოველდღიური დამოუკიდებელი აქტივობის უნარს.

**წაქცევის რისკის შეფასება**

**ტესტი "ადექი და წადი"**

დასვით პაციენტი მყარ და სწორბურჯიან მაღალ სავარძელში.

დავალებები (ინსტრუქციები) პაციენტისათვის:  
 ადექით (თუ შესაძლებელია, ეცადეთ, სავარძლის სახელურები არ გამოიყენოთ);  
 გაჩერდით ერთი წუთი;  
 გადადგით წინ 10 ნაბიჯი;  
 შემოგრიალდით და დაბრუნდით სავარძელთან;  
 შემოგრიალდით და დაჯექით.

დავალების შესრულების აღწერა:

წონასწორობა ჯდომისას;  
 გადასვლა ჯდომიდან დგომაში;  
 ნაბიჯისა და სიარულის სიმყარე და სიმტკიცე;  
 შემობრუნების, მოგრიალების უნარი ბარბაცის, გორგმანის გარეშე.

ინტერპრეტაცია: თუ პაციენტს ტესტის შესასრულებლად სჭირდება 20 წამზე მეტი, ითვლება, რომ მას წაქცევის მაღალი რისკი აქვს.

**„სტატიკური ბალანსის ტესტი“ (რომბერგის მოდიფიცირებული ტესტი)**

ფეხზე მდგომი პაციენტი ასრულებს თანდათან გართულებულ დავალებებს თავდაპირველად გახელილი, შემდეგ დახუჭული თვალებით.

1. პაციენტი ღვას, ფეხები განცალკევებული აქვს (თვალები ჯერ ღია, შემდეგ კი დახუჭული);
2. პაციენტს ფეხები შეეყუპებული აქვს (თვალები ჯერ ღიაა, შემდეგ დახუჭული);
3. ერთი ფეხის ქუსლი მეორე გერფის ბურგთანაა მიღებული (თვალები ჯერ ღიაა, შემდეგ დახუჭული);
4. ერთი ფეხის ქუსლი მიღებულია მეორე ფეხის თითებთან (თვალები ჯერ ღიაა, შემდეგ დახუჭული).

პაციენტს ეკითხებიან: „თავს მყარად გრძნობთ?“ ტესტის ჩატარება წყდება არასტაბილურობის შენიშვნისთანავე.

არასტაბილურობა წაქცევის მაღალ რისკზე მიუთითებს.

**მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა**

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისათვის მოწოდებულია სპეციალური ტაბულები (ცხრილები), რომლებიც შედგენილია პირობითი ნიშნების რამოდენიმე რიგით. ამ ნიშნებს ოპტოტიკები ეწოდება. ოპტოტიკებად შეიძლება გამოვიყენოთ ასოები, ციფრები, რგოლები, ხაზები, ნახაგები და ა.შ. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის ოპტოტიკებად ნახაგებს ხმარობენ.

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისათვის საქართველოში, ჩვეულებრივ, სივცოვის ტაბულას იყენებენ, რომელშიც ოპტოტიკებად გამოყენებულია, როგორც ასოები, ასევე რგოლები.

ტაბულა (ცხრილი), ჩვეულებრივ, ოპტოტიკების 10-12 რიგითაა წარმოდგენილი. თითოეულ რიგში ოპტოტიკების ზომა ერთნაირია, მაგრამ თანდათანობით მცირდება პირველიდან მეთორმეტე რიგამდე. თითოეული რიგის მარჯვნივ აღნიშნულია მხედველობის სიმახვილე, რომელიც პაციენტს 5 მეტრის მანძილიდან ამ რიგის სწორად წაკითხვის შემთხვევაში აქვს.

**ინსტრუქცია:**

- მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისას პაციენტი დაშორებული უნდა იყოს ტაბულიდან 5 მ-ით. თუ ამ მანძილიდან პაციენტი ოპტოტიკების მეათე რიგს სრულად კითხულობს, მაშინ მისი მხედველობის სიმახვილე 1,0-ია ( $\text{visus}=1,0$ ). თუ პაციენტი მეათე რიგს სრულად ვერ კითხულობს, მაშინ აგრძელებენ გამოკვლევას და განსაზღვრავენ, რომელი რიგის ამოცნობა შეუძლია გამოსაკვლევ პირს. ტაბულაში, მწკრივების მიხედვით ქვემოდან ზემოთ გადანაცვლებისას, მხედველობის სიმახვილე მცირდება 0,1-ით. ეს პრინციპი დარღვეულია მხოლოდ ქვედა ორ რიგში: მეთერთმეტე რიგი შეფერება მხედველობის სიმახვილე 1,5-ს, და მეთორმეტე რიგი კი—2,0-ს.
- თუ გამოკვლევა ნაკლები მანძილიდან წარმოებს, მაშინ სნელენის ფორმულის გამოყენებით აღვილია მხედველობის სიმახვილის გამოთვლა.

$$\text{visus}=\text{d}/\text{D}$$

**d**—მანძილი, რომელზედაც წარმოებს გამოკვლევა

**D**—მანძილი, რომელზედაც ნორმალური თვალი არჩევს ამ რიგის ოპტოტიკებს. მაგ. თუ, გამოკვლევა 2,5 მ-ის მანძილიდან წარმოებს და პაციენტი ხედავს მხოლოდ პირველ რიგს, მაშინ სნელენის ფორმულის მიხედვით მხედველობის სიმახვილე იქნება  $\text{v}=2,5/50=0,05$ .

- მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისას ტაბულა თანაბარზომიერად და კარგად უნდა იყოს განათებული. განათებისათვის გამოიყენება 40 ვგ-იანი ნათურა, რომელიც პაციენტის მხრიდან ფართო არის დაფარული. გამანათებელი მოწყობილობის ძირი იაგაკიდან 1,2 მ-ის, ხოლო პაციენტისაგან 5 მ-ის დაშორებით უნდა მდებარეობდეს;
- მხედველობის სიმახვილე ფასდება ცალკეულ თვალზე—რიგრიგობით;
- ჩვეულებრივ, გამოკვლევას იწყებენ მარჯვენა თვალიდან;
- შეფასების დროს ორივე თვალი ღია უნდა იყოს. თვალი, რომელსაც კონკრეტულ მომენტში არ იკვლევინ, უნდა დაიფაროს გაუმჭვირვალე, იოლად სადემინფექციო მასალით. ზოგჯერ, დასაშვებია თვალის ხელისგულით დაფარვა, მხოლოდ ისე, რომ თვალზე გეწოლა არ მოხდეს;
- ოპტოტიკების მისათითებლად საჭიროა კარგი საჩვენებელი ჯოხი. გამოკვლევისას მისი ბოლო ზუსტად გამოსაცნობი ოპტოტიკის ქვეშ უნდა მოათავსონ, თუმცა ისე, რომ მასზე გედება არ მოხდეს. თითოეული ნიშნის ექსპოზიციის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 2-3 წმ-ს;
- იმისათვის, რომ გამოკვლევა შედარებით სწრაფად შესრულდეს და, თანაც, პაციენტმა შედარებით დიდი ზომის ოპტოტიკებთან უბრალოდ არ გამოიწიოს პაგარა ზომის ოპტოტიკები, შეფასება უნდა დაიწყოს მეათე რიგის ოპტოტიკებიდან, მათი ჩვენება თანმიმდევრობით არ უნდა მოხდეს;
- მხედველობადაქვეითებულ პაციენტებში დასაშვებია გამოკვლევის დაწყება დიდი ოპტოტიკების რიგიდან ქვემოთ, ვერტიკალური მიმართულებით, თითო რიგში ერთი



ოპტოტიპის ჩვენებით, იქამდე, ვიდრე გამოსაკვლევი პირი შეცლომას დაუშვებს. ამის შემდეგ არათანმიმდევრულად ახლენენ წინა რიგების ოპტოტიპების დემონსტრირებას;

- მხედველობის სიმახვილეს აფასებენ იმ რიგის მიხედვით, რომელშიც პაციენტი ყველა ოპტოტიპს სწორად ამოიცნობს. 0,3-0,6 მხედველობის სიმახვილის შესაფერის მწკრივში დასაშვებია ერთი ოპტოტიპის არასწორად დასახელება, ხოლო 0,7-1,0 მწკრივში—ორი ოპტოტიპისა, მხოლოდ მხედველობის სიმახვილის შესახებ ჩანაწერში მითითებული უნდა იქნეს, რომ მხედველობის სიმახვილე „არასრულია“;
- მწოლიარე პაციენტებისათვის მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისას იყენებენ სპეციალურ ტაბულებს, რომლებიც თვალბინ 33 სმ-ის დაშორებითაა გათვლილი. ამ დროს ფასდება, როგორც ცალკეული ასოს სწორად გამოცნობა, ასევე წვრილი შრიფტით დაბეჭდილი ტექსტის კითხვის უნარი (აუცილებელია მანძილის მითითება);
- თუ გამოსაკვლევი პირის მხედველობის სიმახვილე 0,1-ზე ნაკლებია, მაშინ უნდა განისაზღვროს მანძილი, რომლიდანაც იგი პირველი რიგის ოპტოტიპებს ხედავს (ვცვლით მანძილს პაციენტსა და ტაბულას შორის) და სნელენის ფორმულის საშუალებით ვითვლით მხედველობის სიმახვილეს;
- მხედველობის ფუნქციის მძიმე დარღვევის შემთხვევაში, ოპტოტიპების პირველი რიგის ნაცვლად, შესაძლებელია, ხელის თითების გამოყენება (მუქ ფონზე), ვინაიდან თითების სიგანე, დაახლოებით, სნელენის პირველი რიგის ოპტოტიპების სიგანეს უახლოვდება.

**ა) ჩურჩულით სმენის შეფასების ტესტი**

**ინსტრუქცია:**

დადექით პაციენტისაგან 30-60 სმ-ის მანძილზე. სთხოვეთ მას, ხელით დაიფაროს მეორე ყური. ამოისუნთქეთ და შემდეგ დაიჩურჩულეთ ძალიან ხმადაბლა. გაზარდეთ ხმის სიძლიერე მანამ, სანამ პაციენტი სწორად არ გაიმეორებს ნათქვამი სიტყვების სულ მცირე 50%-ს. გამოიყენეთ, როგორც ერთი, ისე ორმარცვლიანი სიტყვები. გაიმეორეთ მეორე ყურზე.

| ნორმა   | გადახრა ნორმიდან   |
|---|--|
| შეუძლია ნაზი ჩურჩულის გაგონება 30-დან 60-სმ მანძილზე. თანაბრად ორივე მხარეს | აღინიშნება ცალმხრივი რეაქცია ან არათანაბარი ორმხრივი რეაქცია<br>სიტყვებს გამეორება ხმის აწევამდე შეუძლებელია |

**ბ) საათის წიკწიკის ტესტი**

ინსტრუქცია: მოათავსეთ მოწიკწიკე საათი ყურიდან 2-5 სმ-ში. დაუფარეთ პაციენტს მეორე ყური. გაიმეორეთ მეორე მხარეს.

| ნორმა                              | გადახრა ნორმიდან   |
|------------------------------------|--|
| 2-5სმ-ში შეუძლია წიკწიკის გაგონება | მაღალი ხარისხის სმენაჩლუნგობისას პაციენტს არ ესმის წიკწიკი |

**კვებითი რეკომენდაციები:**

ზოგადი კვებითი რეკომენდაციები თითქმის ისეთივეა, როგორც ახალგაზრდებისათვის, თუმცა საჭიროა გარკვეული მომენტიების დაზუსტება:<sup>47</sup>

- (1) ხანდაზმულებში მრავალფეროვანი საკვების მიღება კიდევ უფრო მეტად მნიშვნელოვანია, ვიდრე ახალგაზრდებში. მართალია, ხანდაზმულებში იკლებს ენერგეტიკული მოთხოვნილება, მაგრამ ამა თუ იმ კვებითი ინგრედიენტის მიღების აუცილებლობა იგივეა.
- (2) ჭარბი წონის თავიდან აცილება ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მსუბუქი სხეული იოლი საგარებელია ოსტეოართრიკული სახსრებისათვის, გული და ფილგვებიც უფრო წარმატებით ასრულებს თავის ფუნქციებს. ამასთან, ნორმალური წონის მოხუცებში დაბალია დაცემის რისკიც. სიმსუქნესთან ბრძოლის საუკეთესო საშუალება რეგულარული ვარჯიშია. ეს ბევრად უფრო ეფექტურია, ვიდრე საკვების შეზღუდვა;
- (3) ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ცხიმების შეზღუდვა. აუხსენით პაციენტს, რომ დიდი რაოდენობით ცხიმების შემცველი საკვები ზრდის ქოლესტერინის დონეს, იწვევს თრომბოზისა და ათეროსკლეროზის განვითარებას;
- (4) ხანდაზმულებში აუცილებელია უჯრედისით მდიდარი საკვების საკმარისი რაოდენობით მოხმარება. ეს შეკრულობის პრევენციის ერთ-ერთი საუკეთესო გზაა;
- (5) შეზღუდეთ ალკოჰოლი. ხანდაზმულების დიდი ვერ უზრუნველყოფს დიდი რაოდენობით ალკოჰოლის მეტაბოლიზმს. თანაც, გასათვალისწინებელია, რომ ალკოჰოლის მოხმარების ფონზე ხანდაზმულებში მკვეთრად იზრდება დაცემისა და უბელური შემთხვევების რისკი;
- (6) შეზღუდეთ მარილი და მარილიანი საკვები. ეს საშუალებას მოგცემთ, უკეთ აკონტროლოთ არტერიული წნევა და შედეგად—თავიდან აიცილოთ ინსულტი.
- (7) ერთდღით დიდი რაოდენობით შაქრების გამოყენებას.

**შენიშვნა:** *ჯერ კიდევ სადავოა, ხანდაზმულებში ქოლესტერინის დაბალი კონცენტრაციისა და სხეულის ნორმალური წონის შენარჩუნების მნიშვნელობა. ვინაიდან არ არის დადგენილი, თუ რამდენად დადებითად მოქმედებენ ეს ფაქტორები ხანდაზმულთა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე.*

**ზოგიერთი დამატებითი კვებითი რეკომენდაცია ხანდაზმული პაციენტებისათვის:**

- (8) ქალებში აუცილებელია კალციუმის ადეკვატური რაოდენობით მიღება (საკვებში უცხიმო რძისა და ყველის მოხმარება). ეს ხელს უშლის ოსტეოპოროზის განვითარებას;
- (9) საწოლს მიჯაჭვული ან უპირატესად ბინაზე მყოფი პაციენტებისათვის რეკომენდებულია D ვიტამინის დაბალი დოზების პროფილაქტიკური გამოყენება (5-10მკგ/დღში);
- (10) ჯერ კიდევ ჰიპოკრაგე, გალენი და ავიცენა გვირჩევენ, რომ ხანდაზმულებში არ არის სასურველი ერთდროულად დიდი რაოდენობით საკვების მიღება. საკვები უნდა განაწილდეს მცირე ულუფებად, მაგრამ პაციენტმა არ უნდა გამოტოვოს არც ერთი—სამი მთავარი კვებიდან.
- (11) საღამოს, ყავა ან ჩაი ხელს უწყობს უძილობას;
- (12) მიმდინარეობს კვლევები ხანდაზმულებში თევზის ქონის დანამატების გამოყენების მნიშვნელობაზე.

## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2d ed. Baltimore: Williams Wilkins, 1996
2. Popelka MM, Cruickshanks KJ, Wiley TL, Tweed TS, Klein BE, Klein R. Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the Epidemiology of Hearing Loss Study. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1075-8
3. Douglas KC, Rush DR, O'Dell M, Monroe A, Ausmus M. Adult immunization in a network of family practice residency programs. *J Fam Practice* 1990
4. Tryon A, Mayfield G, Bross M. Use of comprehensive geriatric assessment techniques by community physicians. *Fam. Med* 1992;24:453-6
5. გ. სიმონია, ი. ანდრონიკაშვილი., კლინიკური გერიატრია., თბილისი 2001.
6. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: Clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996; 100:438-43
7. Ruben D. Principles of geriatric assessment. In: Hazzard WR, et al. Principles of geriatric medicine and gerontology (4<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill, 1999:467-81
8. Home visits benefit elderly people., *BMJ.*, 2001
9. Nikolaus T, Bach M, Oster P, et al. The timed test of money counting: A simple method of recognizing geriatric patients at risk for increased health care. *Aging Clin Exp Res* 1995; 7:179-83.
10. Gill TM, Richardson ED, Tinetti ME. Evaluating the risk of dependence in activities of daily living among community-living older adults with mild to moderate cognitive impairment. *J Geront A Biol Sci Med Sci* 1995; 50(5):M235-41
11. Guideline For the Prevention of Falls in Older Persons., *American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention*
12. Breteler MMB, Claus JJ, van Duijn CM, et al. Epidemiology of Alzheimer's disease. *Epidemiol Rev* 1992;14:59-82.
13. Aronson MK, Ooi WL, Geva DL, et al. Dementia. Age-dependent incidence, prevalence, and mortality in the old old. *Arch Intern Med* 1991;151:989-992.
14. Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian Study of Health and Aging: study methods and prevalence of dementia. *Can Med Assoc J* 1994;150:899-913.
15. Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. *JAMA* 1989;262:2551-2556.
16. Bickel H, Cooper B. Incidence and relative risk of dementia in an urban elderly population: findings of a prospective field study. *Psychol Med* 1994;24:179-192.
17. Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller JA, et al: The Clock Test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer Disease. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 579-584
18. Warren EJ, Grek A, Conn D, et al: A correlation between cognitive performance and daily functioning in elderly people. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1989; 2: 96-100
19. Clarfield AM, Bass MJ, Cohen C, et al: Assessing dementia: The Canadian Consensus. *Can Med Assoc J* 1991; 144:851-853
20. I. Karosanidze, V. Doborjginidze, T. Gabunia., Home care for the elderly provided at primary care level by Tbilisi National Family Medicine Training Center (NFMTC)., *J of Health Sciences Management and Public Health.*, NHMC of Georgia The University of Scranton, Pennsylvania, USA.
21. Wormald RP, Wrigth LA, Courtney P, Beaumont B, Haines AP. Visual problems in the elderly population and implications for services. *BMJ* 1992;304:1226-9.
22. Lavery JR, Gibson JM, Shaw DE, Rosenthal AR. Vision and visual acuity in an elderly population. *Ophthalmic Physiol Opt* 1998;8:390-3
23. Landes R, Popay J. "My sight is poor but I'm getting on now": The health and Social care needs of older people with visual problems. *Health Soc Care* 1993; 1:325-35
24. Scott IU, Schein OD, West S, Bandeen-Roche K, Enger C, Folstein MF. Functional status and quality of life among ophthalmic patients, *Arc Ophthalmol* 1994: 112:329-35
25. Carabellese C, Appollonio I, Rozzini R, Bianchetti A, Frisoni GB, Frattola L, et al. Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:401-7
26. Rovner BW, Zisselman PM, Shumuely-Dulitzki Y. Depression and disability in older people with impaired vision: a follow-up study. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:181-4
27. Jones DA, Vetter NJ, Victor CV. Visual disability and associated factors in the elderly. *Health visitor* 1987; 60:256-7
28. Cullinan TR. Visual disability in the elderly. The epidemiology of visual disability. Studies of visually disabled people in the community. Canterbury: University of Kent, 1977 (Health Services Research Unit Report No 28)

- 
29. Reinstein DZ, Dorward NL, Wormald RP, Graham A, O'Connor I, Charlton RM, et al. "Correctable undetected visual acuity deficit" in patients aged 65 and over attending an accident and emergency department. *Br J Ophthalmol* 1993; 77:193-6
  30. Liam Smeeth, Steve Illiffe, Effectiveness of screening older people for impaired vision in community setting: systematic review of evidence from randomised controlled trials, 1998, *BMJ* 316:660:663.
  31. Long CA, Holden R, Mulkerrin E, et al: Opportunistic screening of visual acuity of elderly patients attending outpatient clinics. *Age Ageing* 1991; 20: 392-395
  32. Strahlman E, Ford D, Whelton P, et al: Vision screening in a primary care setting. A missed opportunity? *Arch Intern Med* 1990; 150: 2159-2164
  33. Mulrow CD, Lichtenstein MJ. Screening for hearing impairment in the elderly: rationale and strategy. *J Gen Intern Med* 1991;6:249-258.
  34. Prager DA, Stone DA, Rose DN. Hearing loss screening in the neonatal intensive care unit: auditory brain stem response versus crib-o-gram; a cost-effectiveness analysis. *Ear Hearing* 1987;8:213-216.
  35. Ruben RJ, Levine R, Fishman G, et al. Moderate to severe sensorineural hearing impaired child: analysis of etiology, intervention, and outcome. *Laryngoscope* 1982;92:38-46.
  36. Stewart IF. After early identification—what follows? A study of some aspects of deaf education from an otolaryngological viewpoint. *Laryngoscope* 1984;94:784-799.
  37. U.S. Preventive Services Task Force. "Hearing impairment" In United States Preventive service Task Force Report, 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams&Willkins 1996 (Class "B" recommendation);
  38. MacKenzie K, Browning GG: Randomized, crossover study to assess patient preference for an acoustically modified hearing aid system. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 405-408;
  39. U.S. Preventive Services Task Force. "Hearing impairment" In United States Preventive service Task Force Report, 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams&Willkins 1996 (Class "C" recommendation);
  40. Burgio K, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146: 1255-9.
  41. Jonathan M. Vapnek., Urinary incontinence: Screening and treatment of urinary dysfunction. *Geriatrics*. Oct, 2001
  42. Fredrick T Sherman., Easy-to-use screening tools speed initial office work-up., *Geriatrics*., August, 2001
  - 43 . Johanson JJ, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996;91:33-
  44. ი. ქაროსანიძე, თ. გაბუნია, ვ. ლობორჯინიძე, სახელმძღვანელო "საოჯახო მედიცინა" 2001., თბილისი
  45. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people; A systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:30-39;
  - 46 . G.K. Wilcock, J.A.M. Gray and J.M. Longmore; *Geriatric Problems in General practice*, Second Edition., 1995
  47. *BMJ series; ABC of Nutrition.*, 1998