

ხანდაზმულთა მენტალური პრობლემების იდენტიფიცირება და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

შინაარსი:

1. ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების ასაკობრივი თავისებურებები
2. ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასება
3. ფსიქიკის დარღვევის დიფერენციული დიაგნოზი გერიატრიულ პრაქტიკაში
4. ხანდაზმულებში განსაკუთრებით ხშირი ფსიქიკური დარღვევების დიაგნოსტიკისა და მართვის თავისებურებები:
 - 4.1. დემენციის დიაგნოსტიკა და მართვა
 - 4.2. დელირიუმის დიაგნოსტიკა და მართვა
 - 4.3. დეპრესიის დიაგნოსტიკა და მართვა

5. დანართები:

- დანართი №1 – მინი-ფსიქიკური მდგომარეობის გამოსაკვლევი ტესტი
დანართი №2 – სკრინინგული ტესტები, რომელთა საფუძველზე ხერხდება იმ პაციენტების იდენტიფიცირება, ვისაც შეიძლება შემდგომი გამოკვლევები დასჭირდეს
დანართი №3 – დეპრესიის გერიატრიული სკალა
დანართი №4 – ხანდაზმულებში დეპრესიის სამკურნალო ძირითადი პრეპარატები

სახელმძღვანელოს მიზანია:

მოგად საექიმო პრაქტიკაში ხანდაზმულთა მენტალური პრობლემების ადრეული იდენტიფიცირებისა და სათანადო მართვის უზრუნველყოფა

გაიდლაინში გამოყენებული პირობითი აღნიშვნები და მათი მნიშვნელობა:

- Iა რანდომიზებული საკონტროლო კვლევების მეტა-ანალიზის საფუძველზე მიღებული მეცნიერული მტკიცებები.
- Iბ სულ მცირე, ერთი რანდომიზებული კვლევის შედეგად მიღებული მეცნიერული მტკიცებები.
- IIა სულ მცირე, ერთი კარგად ორგანიზებული არარანდომიზებული საკონტროლო კვლევის საფუძველზე მიღებული მეცნიერული მტკიცებები.
- IIბ მეცნიერული მტკიცებები, მიღებული, სულ მცირე, ერთი სხვა ტიპის კარგად ორგანიზებული ექსპერიმენტული კვლევის საფუძველზე.
- III მეცნიერული მტკიცებები, მიღებული კარგად ორგანიზებული, არაექსპერიმენტული აღწერილობითი კვლევების, როგორცაა მაგ. შედარებითი კვლევები, კორელაციური კვლევები და კლინიკური შემთხვევების შესწავლა, საფუძველზე.
- IV ექსპერტის ან ექსპერტთა ჯგუფების მოსაზრება და/ან კლინიკური გამოცდილება.

I. ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების ასაკობრივი თავისებურებები

1.1. ხანდაზმულთა ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების ზოგადი მახასიათებლები

ფსიქიკური ჯანმრთელობა განსაზღვრავს ადამიანის უნარს, მართოს და გადალახოს ცხოვრებისეული სირთულეები და შეინარჩუნოს ემოციური სტაბილურობა. მოხუცი პიროვნება იმ გამოცდილების წყალობით, რომელიც მან განვილი ცხოვრების მანძილზე შეიძინა, ამ მდგომარეობას უფრო იოლად აღწევს. ხანდაზმულ ასაკში ადამიანს ნაკლებად უჩნდება ილუზია იმის თაობაზე, თუ ვინ არის ახლა ან ვინ იქნება მომავალში. ეს უპირატესობა არ ნიშნავს, რომ მოხუცებს არ აღენიშნებათ ფსიქიკური სფეროს პათოლოგია. ახლობლის ან სამსახურის დაკარგვა და ამ ასაკში წარმოქმნილ სხვა ცხოვრებისეულ სირთულეებთან დაკავშირებული უარყოფითი ემოციები აღემატება პიროვნების ფიზიკურ, სულიერ და სოციალურ ენერჯიას, რაც ხელს უწყობს ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიის ჩამოყალიბებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დამკვიდრება, პრობლემის გამოვლენა ადრეულ ეტაპზე და უკვე არსებული ფსიქიკური პრობლემის უარყოფითი ზეგავლენის მინიმუმამდე შემცირება—ეს, სწორედ ის ამოცანებია, რომელიც წარმატებით შეიძლება განხორციელდეს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში.

ხანდაზმულ პაციენტთან ურთიერთობისას და მისი გასინჯვისას, საჭიროა, ყურადღება მიექცეს პაციენტის აზრებს, გრძნობებსა და გარკვეულ სიმპტომებს, რაც, შესაძლოა, ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიის მაჩვენებელი იყოს (იხ. ცხრილი 1).

სამწუხაროდ, ხშირად არასწორად ფასდება მოხუცი პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა. ბევრი არაპროფესიონალი და, ზოგჯერ, სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები ხანდაზმულ ასაკში ადამიანის ხასიათისა და მისი ქცევის შეცვლას, უბრალოდ, „ასაკობრივ ნორმად“ მიიჩნევენ. ძალიან მნიშვნელოვანია რეალური და არარეალური პრობლემების კარგად გაგება და ერთმანეთისაგან გამიჯვნა.¹

1.2. ინტელექტი

ხანდაზმული ადამიანის შემეცნებითი ფუნქციები მკვეთრად ინდივიდუალურია და მისი თანდაყოლილი, გენეტიკურად განპირობებული თვისებებით, ჯანმრთელობის მდგომარეობითა და კონკრეტული პიროვნების უნიკალური ცხოვრებისეული გამოცდილებით განისაზღვრება. ასაკის მაგვრასთან ერთად, თავის გვინში გარკვეული სტრუქტურული ცვლილებები ხდება, მაგრამ ის, თუ რა კავშირშია ორგანული ცვლილებები ფუნქციურთან და/ან ასეთი ურთიერთკავშირი საერთოდ თუ არსებობს, მაინცდამაინც გასაგები და კარგად შესწავლილი არ არის. მაგ. ინტელექტის დაქვეითება არ არის ასაკთან დაკავშირებული ნორმალური მოვლენა და ეს ზოგჯერ ფიზიკური ან ფსიქიკური დაავადებითაა განპირობებული.²

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ რამდენად კარგადაა შესწავლილი მოხუცი პაციენტის ინტელექტუალური შესაძლებლობები. ეს ნებისმიერი გაუარესების დროულად გამოცნობის საშუალებას იძლევა.

ცხრილი № 1

ნიშნები ან სიმპტომები, რაც ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიის მანიშნებელი შეიძლება იყოს

ნიშანი ან სიმპტომი	მიზეზი ან ხელშემწყობი ფაქტორები
ფიზიკური დაგვირთვის აუტანლობა	დეპრესია, დაბალი მოტივაცია, ემოციური გადაძაბვა, დაღლილობა, გარკვეული მედიკამენტები
შფოთვა	პიროვნული ღირსების დაკარგვის საფრთხე
ღიარვა	შფოთვა, გარკვეული მედიკამენტები, სტრესი
პაციენტი უჩივის დისკომფორტს, რაც გამოწვეულია, მაგ. ტკივილით	ჰიპერაქტივობა, ემოციური გადაძაბვა, სუიციდის (თვითმკვლელობის) მცდელობა
სიწყვიერი კომუნიკაციის გაუარესება	შფოთვა, ეჭვიანობა, შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება
პაციენტს უჭირს პირადი პრობლემების გადაჭრა	სტრესი, ორგანიზმის ფუნქციონირების ცვლილება (უარყოფითი), საკუთარი თავის მიმართ პატივისცემის დაკარგვა (თვით კრიტიკის დაქვეითება), სხვაზე დამოკიდებულება, ემოციური გადაძაბვა, ახლობლის დაკარგვა
პაციენტს აქვს სირთულეები ოჯახთან ერთიერთობაში	პაციენტი დამოკიდებულია ოჯახზე, ოჯახის წევრებს შორის კონფლიქტური ურთიერთობაა
პაციენტს შეზღუდული აქვს სხვადასხვაგვარი საქმიანობის შესრულების უნარი	შესაძლოა განპირობებული იყოს ფიზიკური, ფსიქიკური ან სოციალური უუნარობით
შიში	ახალი გარემო ან ჩვეული გარემოს გაუკუღმართებული აღქმა, დანაკარგები
მწუხარება	სხეულის რომელიმე ორგანოს ან ნაწილის, ფუნქციის, სოციალური როლის ან ახლობლის დაკარგვა
პაციენტს აღარ აქვს საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სურვილი	შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, დაბალი მოტივაცია, გაუკუღმართებული აღქმა, დეპრესია
პაციენტი აღარ ცდილობს ოჯახური პრობლემების (ყოველდღიური საოჯახო საქმიანობა, სახლის დალაგება, საყიდლებზე სიარული და ა.შ) მოგვარებას	შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, დაბალი მოტივაცია, გაუკუღმართებული აღქმა
ტრავმატიზაციის მაღალი ალბათობა (ან ტრავმის ნიშნები)	შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, დაღლილობა, მედიკამენტები, სუიციდის განწყობა
მობილურობის შეზღუდვა	მედიკამენტები, დაღლილობა
პაციენტი არ ასრულებს დანიშნულებას	შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, პაციენტს არ სურს ან არ შეუძლია დანიშნულების შესრულება, სუიციდის მცდელობა.
ცვლილებები კვების რეჟიმში: პაციენტი იღებს იმაზე ნაკლებ საკვებს, ვიდრე სჭირდება	დეპრესია, სტრესი, პარანოია, შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, უმოდრაობა, სუიციდური განწყობა
ცვლილებები კვების რეჟიმში: პაციენტი იღებს იმაზე მეტ საკვებს, ვიდრე სჭირდება	დეპრესია, შფოთვა, შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, უმოდრაობა
უძალობა	პარანოია, დეპრესია, უუნარობა, სტრესი
ძილის მოშლა	შფოთვა, პარანოია, დეპრესია, კონფუზია, მედიკამენტები
სოციალური ურთიერთობების გაუარესება	სხეულის ფუნქციონირების შეცვლა, შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, აგზნება, დეპრესია, გაუკუღმართებული აღქმა, პარანოია
სოციალური იზოლაცია	აგზნება, დეპრესია, პარანოია, შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება.

1.3.მეხსიერება

ასაკის მაგებასთან ერთად უარესდება ხანმოკლე მეხსიერება. გრძელვადიანი მეხსიერება შენახულია, ანუ ხანდაზმული ადამიანისათვის რთულია ახალი მოვლენების დამახსოვრება და ახალი პრობლემის მართვა, ხოლო მეხსიერება კარგად ინახავს წარსულის მოგონებებს და უკვე ერთხელ განცდილი პრობლემის გადაჭრის უნარს. მეხსიერების შემოწმება სამი კომპონენტის შეფასების საფუძველზე ხორციელდება: მყისიერი გახსენება (*მაგალითად, ექიმის მიერ ჩამოთვლილი რიცხვების გამეორება*), ხანმოკლე მეხსიერება (*ნაჩვენები სამი საგნის ან სურათის*

გახსენება რამოდენიმე წუთის შემდეგ), ხანგრძლივი მეხსიერება (წარსულის ეპიზოდების გახსენება).

1.4. პიროვნული თვისებები

პიროვნული თვისებები ასაკთან ერთად არ იცვლება. ადამიანი არ შეიძლება გახდეს მორცხვი, მორიდებული, აგრესიული ან ჭირვეული უბრალოდ იმის გამო, რომ ბერდება. ასეთი ცვლილებები, თუ ისინი აღინიშნება, პათოლოგიის მაჩვენებელია.

II. ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასება

ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასების მნიშვნელობა ასაკის მაგებასთან ერთად იზრდება. ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით, ფსიქიკის სხვადასხვა ხარისხით მოშლა 65 წლის ასაკს გადაცილებულ პირთა 5-10%-ს აღენიშნება, 75 წლის ზემოთ კი-დაახლოებით, 20%-ს; ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, დემენციის ნიშნები უვლინდება 85 წლის ასაკს გადაცილებულ პირთა, დაახლოებით, 47%-ს.³

ხანდაზმულებში დაავადებათა აგვიური 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.

ფსიქიკური სფეროს მდგომარეობის შეფასება პაციენტთან პირველი კონტაქტისთანავე იწყება. ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგს:

ჩაცმულობა

- აცვია თუ არა პაციენტს სეზონის შესაფერისად? სუფთა და მოწესრიგებულია განსაცმელი?
- აქვს თუ არა თმა სუფთა და დაფარცხნილი?
- ხომ არ შენიშნეთ უცნაური ან ზედმეტად გამომწვევი სამკაული ან თმის სამაგრი?

მოძრაობა

- ხომ არ არის მოძრაობა ჰიპერ ან ჰიპოაქტიური? გრემორი?

სახის გამომეტყველება

- ნიღბისებური ან ზედმეტად ღრამაგული, ხომ არ გამოხატავს სახე გკივილს, შიშს ან სიბრაზეს?

შეშეცნება

- კონტაქტში შესვლა გაძნელებულია და პაციენტს თითქოს «ზემეულად» ძინავს (ლეთარგია);
- პაციენტი იძლევა არასრულ ან დაგვიანებულ პასუხს და სჭირდება განმეორებით შეკითხვა (სტუპორი)
- პაციენტი რეაგირებს მხოლოდ გკივილის გამღიზიანებელზე;
- პაციენტს არავითარი რეაქცია არ აღენიშნება გკივილზეც კი.

პირველი შთაბეჭდილების შემდეგ დამატებით ინფორმაციას მოგცემთ ხმის ტონი, მეტყველების სისწრაფე, ექსტიკულაციის მანერა, უცნაური სიგყვები ან სიგყვების კომბინაცია, რამდენად შეეფერება პაციენტის საუბრის თემა შექმნილ სიგუაციას. ამ დროს შეგიძლიათ შეაფასოთ ხასიათიც.

დემენციაზე საეჭვო შემთხვევაში პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებისათვის ფართოდ იყენებენ ფოლშტეინის მიერ მოწოდებულ მინი-ფსიქიკური მდგომარეობის გამოსაკვლევ გესტს (დანართი 1). აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ამ გესტის ჩატარება ღიდ დროს მოითხოვს და ხშირად საკმაოდ რთულდება დაბალი ინტელექტისა და განათლების პაციენტებში. ალტერნატივის სახით მოწოდებულია შედარებით იოლად შესასრულებელი, მაგრამ საკმაოდ ეფექტური სკრინინგული გესტები, რომელთა საფუძველზე ხერხდება იმ პაციენტების იდენტიფიცირება, ვისაც შემდგომი გამოკვლევები შეიძლება დასჭირდეს.⁴ ამ გესტების შესრულების გქქნია და მნიშვნელობა წარმოდგენილია დანართი 2-ში.

III. ფსიქიკის დარღვევის დიფერენციული დიაგნოზი გერიატრიულ პრაქტიკაში

ხანდაზმული პაციენტის ფსიქიკის დარღვევის მიზეზი უამრავია. დიფერენციული დიაგნოზი მოიცავს:

- თავის გვინის პათოლოგიას (მაგ. ინსულტი, დემენცია);
- დაავადებებს, რომლებიც ხანდაზმულ ასაკში შეიძლება აციპიურად (ფსიქიკის მოშლით) გამოვლინდეს (მაგ. ინფექცია, მეტაბოლიზმის დარღვევები, მთკარდიუმის ინფარქტი, გულის უკმარისობა);
- სენსორული ფუნქციის დარღვევას (მაგ. სმენის ან მხედველობის დაქვეითება);
- მედიკამენტების და ალკოჰოლის მოქმედების შედეგების გათვალისწინებას.

უხშირესად ფსიქიკის დარღვევა მულტიფაქტორული ბუნებისაა. გერიატრიულ პრაქტიკაში ფსიქიკის დარღვევის შემთხვევები შეიძლება პირობითად სამ ჯგუფად დაიყოს:

1. ფსიქიკის მწვავე მოშლა, დაკავშირებული მძიმე დაავადებასთან, მედიკამენტის მიღებასთან, გარემოს ფაქტორებთან;
2. ფსიქიკის შედარებით ნელა პროგრესირებადი დარღვევა (დემენცია, ამნეზიური სინდრომი);
3. ფსიქიკის დარღვევა ასოცირებული ფსიქომოთან და აფექტურ მდგომარეობასთან.

ფსიქიკის დარღვევის დიაგნოსტიკისათვის მიზანშეწონილია სამი პრობლემის გარკვევა:

- დაიწყო თუ არა ფსიქიკის დარღვევა მწვავედ (მაგალითად, რამდენიმე საათის ან დღის წინ);
- არსებობს თუ არა ფიზიკური ფაქტორები (მაგალითად, მძიმე სომატური დაავადება, სენსორული დარღვევები, მედიკამენტები), რომლებსაც შეეძლოთ გამოეწვიათ ფსიქიკის მოშლა;
- არსებობს თუ არა ფსიქიკის მოშლის გამომწვევი ფსიქოლოგიური ფაქტორები (მაგ. სტრესი, სტერეოტიპების დარღვევა და სენსორული დეპრივაცია).

ფსიქოლოგიური სტატუსის გარკვევის შემდეგ უნდა მოხდეს პოტენციურად განკურნებადი მდგომარეობების იდენტიფიკაცია და მათი გამიჯვნა ფსიქიკის შეუქცევადი მოშლისაგან.⁵

IV. ხანდაზმულებში განსაკუთრებით ხშირი ფსიქიკური დარღვევების დიაგნოსტიკისა და მართვის თავისებურებები

4.1. დემენციის დიაგნოსტიკა და მართვა

დემენცია – კლინიკური სინდრომია, რომლისთვისაც დამახასიათებელია გონებრივი ფუნქციის (ინტელექტის) და მეხსიერების მნიშვნელოვანი დაქვეითება. მეხსიერებისა და აზროვნების უნარის გაუარესება ექვსი თვის ან უფრო ხანგრძლივი დროის მანძილზე გრძელდება და იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე. ამას ხშირად თან ახლავს ემოციური კონტროლის დაქვეითება, სოციალური ქცევის, მოტივაციის, უმაღლესი კორტიკალური ფუნქციებისა და პერსონალური თვისებების თანდათანობითი შეცვლა. შემეცნებითი ფუნქციები დემენციის შემთხვევაში ფორმალურად შენარჩუნებულია (ნათელი შემეცნება გულისხმობს სწორ ორიენტაციას ადგილში, დროში, გარემოსა და საკუთარ თავში, რაც დემენციის დროს შენახულია).

გარკვეული ხარისხით გამოხატული დემენცია აღენიშნება 65 წლის შემთხვევაში ასაკის პირთა 5%-ს, 75 წლის შემთხვევაში 10%-ს, ხოლო 85 წლის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 20%-მდე იზრდება.^{6,7}

დიაგნოსტიკისა და კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებისას მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ ხანდაზმულებთან მიმართებაში დემენცია შეიძლება ორ კატეგორიად დაიყოს:⁵

1. შექცევადი ან ნაწილობრივ შექცევადი დემენცია;

2. შეუქცევადი დემენცია.

დემენციის გამომწვევი შესაძლო მიზეზები შექცევადობის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილი №2-ში.

დემენციაზე საეჭვო ნებისმიერ შემთხვევაში, პირველ რიგში, უნდა გამოირიცხოს მისი გამომწვევი მიზეზი, რომელიც შექცევადია (ანუ ექვემდებარება მკურნალობას), და ამის შესაფერისად ჩამოყალიბდეს მდგომარეობის მართვის გეგმა.⁸

შექცევადი დემენციის მიზეზები	შეუქცევადი დემენციის მიზეზები
<p>ავთვისებიანი სიმსივნეები მეტაბოლური დარღვევები ენდოკრინული დარღვევები: ჰიპოთირეოზი ჰიპერთირეოზი ჰიპერგლიკემია ჰიპოგლიკემია ტრავმა ინტოქსიკაცია: ალკოჰოლიზმი, მძიმე ლითონებით მოწამვლა, ორგანული შხამებით მოწამვლა ინფექციური დაავადებები: აუტოიმუნური დარღვევები: ცენტრალური ნერვული სისტემის ვასკულიტი ტემპორალური არტერიტი სისტემური წითელი მგლურა გაფანტული სკლეროზი მედიკამენტები კვებითი დარღვევები ანემია</p>	<p>ცნს-ის დეგენერაციული დაავადებები: ალცჰეიმერის დაავადება ლევის სხეულაკებთან ასოცირებული დემენცია პიკის დაავადება ჰანტინგტონის დაავადება პროგრესირებადი სუპრანუკლეარული დამბლა პარკინსონის დაავადება ვასკულარული დემენცია: ვიდ თავის ტვინის სისხლძარღვთა ემბოლია არტერიტი ტრავმა კრანოცერებრული ტრავმა Dementia pugilistica ინფექცია: შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი ოპორტუნისტული ინფექცია გრეიცფელდ-ჯეკობის დაავადება პროგრესირებადი მულტიფოკალური ლეიკოენცეფალოპათია პოსტენცეფალიტური დემენცია</p>

- ალცჰეიმერის დაავადება დემენციის ყველა შემთხვევათა 60%-ს შეადგენს,⁹ დანარჩენი წარმოდგენილია ვასკულარული დემენციის, შერეული ტიპის დემენციის (ვასკულარული და ალცჰეიმერის დაავადების ერთდროული მანიფესტირება) და ლევის სხეულებთან ასოცირებული დემენციის შემთხვევათა სახით.
- დემენციის დიაგნოსტიკას აიოლებს შემეცნებითი ფუნქციების შეფასების სტანდარტული ტესტი (იხ. დანართი 1).¹⁰
- დემენციის გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიცირების მიზნით რეკომენდებულია შემდეგი სახის გამოკვლევები:

1. **სისხლის ბიოქიმია**–შარდოვანა და ელექტროლიტები, ღვიძლის ფუნქციები, გლუკოზა პლაზმაში (შესაძლოა შესრულდეს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე);
2. **სისხლის საერთო ანალიზი და ერითროციტების დალექვის სინჯარე** (შესაძლოა შესრულდეს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე);
3. **სისხლში B₁₂ და ფოლის მჟავას დონე**–საეჭვო შემთხვევაში, რეკომენდებულია მიმართვა სპეციალიზებულ კლინიკაში;
4. **ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციები (T4/TSH)** (შესაძლოა შესრულდეს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე);

5. **სისხლი ვასერმანსა და შიდსზე** (ანალიზი შესაძლოა შესრულდეს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე). დადებითი პასუხის შემთხვევაში რეკომენდებულია მიმართვა სპეციალიზებულ კლინიკაში;
 6. **გულმკერდისა და თავის ქალას რენტგენოგრაფია**– გადაწყვეტილება ამ გამოკვლევების ჩატარების შესახებ მიიღება კლინიკური სიტუაციის ანალიზის საფუძველზე;
 7. სხვა გამოკვლევები იგეგმება ანამნეზური და კლინიკური მონაცემების მიხედვით.
- ამდენად, დემენციის შემთხვევაში ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში ბაზისური გამოკვლევები მოიცავს სისხლის საერთო ანალიზსა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების შესწავლას. შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში, შარდის ანალიზიც უნდა ჩატარდეს (მაღალია საშარდე გრაქტის ინფექციების აღმოცენების რისკი). ფიზიკალური მონაცემებით, მნიშვნელოვანია ინტერკურენტული დაავადების არსებობის და ნევროლოგიური პათოლოგიის დადგენა. ამის შესაფერისად იგეგმება სხვა ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები ან პაციენტი, პირდაპირ, სპეციალიზებულ კლინიკაში იგზავნება.
 - ხშირად, ალცჰეიმერის დაავადებასა და დეპრესიას შორის დიფერენცირება რთულია. შეფასებულია, რომ პაციენტების 15%, რომლებსაც დაესვათ ალცჰეიმერის დაავადების დიაგნოზი დაავადებულნი იყვნენ დეპრესიით. პაციენტებში, ალცჰეიმერის დაავადებით, ხშირად დეპრესია ვლინდება, როგორც მისი კლინიკური სიმპტომი. დემენციასა და დეპრესიული ფსევდოდემენციას შორის დიფერენცირების მიზნით, რეკომენდებულია საექიმო შემთხვევებში ანგიდეპრესიული მედიკამენტების დანიშვნა. დეპრესიული ფსევდოდემენცია, განსხვავებით დემენციისაგან, საკმაოდ წარმატებით ექვემდებარება ანგიდეპრესიულ მედიკამენტურ მკურნალობასა და უსიქოთერაპიას.¹¹
 - შემეცნებითი ფუნქციების უცარი დარღვევისას საჭიროა პაციენტის გაგზავნა სპეციალისტთან (იხ დელირიუმის დიაგნოსტიკისა და მართვის გაილაინი).
 - თითოეული პაციენტისათვის უნდა შემუშავდეს მოქმედების ინდივიდუალური გეგმა. ნათლად განისაზღვროს ის, თუ ვინ აიღებს პასუხისმგებლობას ავადმყოფის მოვლასა და ხანგრძლივ მეთვალყურეობაზე.
 - განსაკუთრებული ყურადღება და მხარდაჭერა ესაჭიროებათ პაციენტის მომვლელებს. დაეხმარეთ მათ საქველმოქმედო და მოხალისე ორგანიზაციებთან დაკავშირებაში. თბილისში არსებობს: 1. ხანდამშულთა სოციალურ-კულტურული ცენტრი–„შეხვედრების სახლი“ (ნუსუბიდის 187 ა); 2. „თერაპიის სახლი“, რომელთა ბაზაზე ფუნქციონირებდა მომვლელთა სკოლა, (გურამიშვილის გამზ. 72);

რეკომენდაციები დემენციის ყველაზე ხშირი მიზეზების დიაგნოსტიკისათვის

- **ალცჰეიმერის დაავადება**
 - **ახასიათებს თანდათანობითი დასაწყისი, ვითარდება 45 წლის შემდეგ, ხოლო, უმეტესად, 65 წლის შემოთ ასაკის პირებში; მიმდინარეობს პროგრესულად და შეუქცევადია. ოღნავ უფრო ხშირად აღინიშნება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.**
 - **ალცჰეიმერის დაავადებისათვის რისკ-ფაქტორებია:**
 1. დემენციის ოჯახური ანამნეზი (კერძოდ, ალცჰეიმერის გიპის დემენცია და-ძმებში)¹²;
 2. დაუნის სინდრომი;
 3. ანამნეზში გრავმა თავის არეში;
 4. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების ანამნეზი;
 5. სადღესოლ არაიდენტიფიცირებული დაავადების განმაპირობებელი გენები.

– **ალცჰეიმერის დაავადების დამახასიათებელი ხუთი ძირითადი ნიშანი:**

1. **მეხსიერების გაუარესება**—თავდაპირველად პაციენტს არ ახსოვს უახლოესი მოვლენები, რაც ახალი ინფორმაციის მიღების უუნარობას უკავშირდება (ხანმოკლე მეხსიერების გაუარესება). წარსული მოვლენების დავიწყება დაავადების უფრო გვიან სტადიაზე აღინიშნება;
2. **ენობრივი შესაძლებლობების გაუარესება**—ანომია ანუ „სიგყვის პოვნის პრობლემა“. მძიმე მოშლილობა ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია;
3. **სივრცითი მხედველობის გაუარესება**—ამის მაგალითია ის, რომ დაავადებული პირი ხშირად ვერ იგნებს გზას კარგად ნაცნობ გარემოში;
4. **მოქმედების ინტერესის დაკარგვა**—ეს, შეიძლება იყოს ალცჰეიმერის დაავადება მეორადი დეპრესიით ან პირველადი დეპრესია მანიფესტირებული ალცჰეიმერის დაავადების სახით;
5. **ილუზიები და ჰალუსინაციები**— ცუდი პროგნოზული ნიშანია.

– **ალცჰეიმერის დაავადების ბუსტი დიაგნოსტიკა წარსულში შესაძლო იყო მხოლოდ პათანატომიური მასალის შესწავლით, ამჟამად მავნიტურ-ბირთვული რეზონანსული გამოკვლევა ამის საშუალებას კლინიკურ პრაქტიკაშიც იძლევა. მეთოდის ფართოდ გამოყენება სიძვირის გამო საკმაოდ შეზღუდულია. დიაგნოზის დასაბუთებლად რეკომენდებულია ფსიქიატრის ან გერიატრის კონსულტაცია.**

• **მულტი-ინფარქტული დემენცია**

– **ვითარდება 45 წლის შემდეგ, უმეტესად 65 წლის შემდეგ ასაკის პირებში. ხშირად იწყება უეცრად და თან ახლავს ლოკალური ნევროლოგიური დაზიანების ნიშნები. ოდნავ უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. პაციენტს აღენიშნება კარდიო-ვასკულარული დაავადებების ანამნეზი. გაუარესება ეტაპობრივია. გამოხატულია ჩვეულებისა და პიროვნული თვისებების დეგრადაცია, რასაც არათანაბარზომიერი ხასიათი აქვს.**

• **ლევის სხეულაკებთან ასოცირებული დემენცია (Lewy body dementia)**

– **გამოხატულია ჰალუსინაციები და ბოდვა. შესაძლოა გამოვლინდეს უკურეაქცია ფენოთიაზინებზე.**

მკურნალობა

ალცჰეიმერის დაავადება

- ალცჰეიმერის დაავადების სამკურნალო პრეპარატები, რომლებიც პირველად იქნენ ლიცენზირებულნი ამ მიზნით გახლავთ: **დონეპეზილის ჰიდროქლორიდი** (Donepezil hydrochloride) და **რივასტიგმინი** (Rivastigmine). მათ იყენებენ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ალცჰეიმერის დაავადების სამკურნალოდ. ასეთი სახის მედიკამენტური მკურნალობა ბოგეერთ პაციენტში სიმპტომების დროებითი კონტროლის საშუალებას იძლევა.
- **დონეპეზილი** ინიშნება ერთხელ დღეში ძილის წინ და არ არის დაკავშირებული საკვების მიღებასთან. არსებობს მისი 5 და 10 მგ-იანი აბები.
- **რივასტიგმინი** ინიშნება ორჯერ დღეში (დილით და საღამოს). საწყისი დოზა 3მგ. დოზა შეიძლება გაიზარდოს 6-12 მგ-მდე.
- პრეპარატის დანიშვნა და მკურნალობის რეჟიმის შერჩევა და ნებისმიერი სახის ცვლილება, რომლის საჭიროება პაციენტის მდგომარეობის დინამიკური შეფასებით განისაზღვრება, უნდა მოხდეს ფსიქიატრის და/ან გერიატრის მიერ. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტზე მომდევნო მეთვალყურეობა განხორციელდეს სპეციალიზებული და პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებს შორის მჭიდრო თანამშრომლობით.

- ❑ **სამწუნაროდ, დღესდღეობით არ არსებობს ალცჰეიმერის დაავადების ან სიმპტომების პროგრესირების შეჩერების ან შეწყვეტის მეთოდი.**

მულტი-ინფარქტული დემენცია

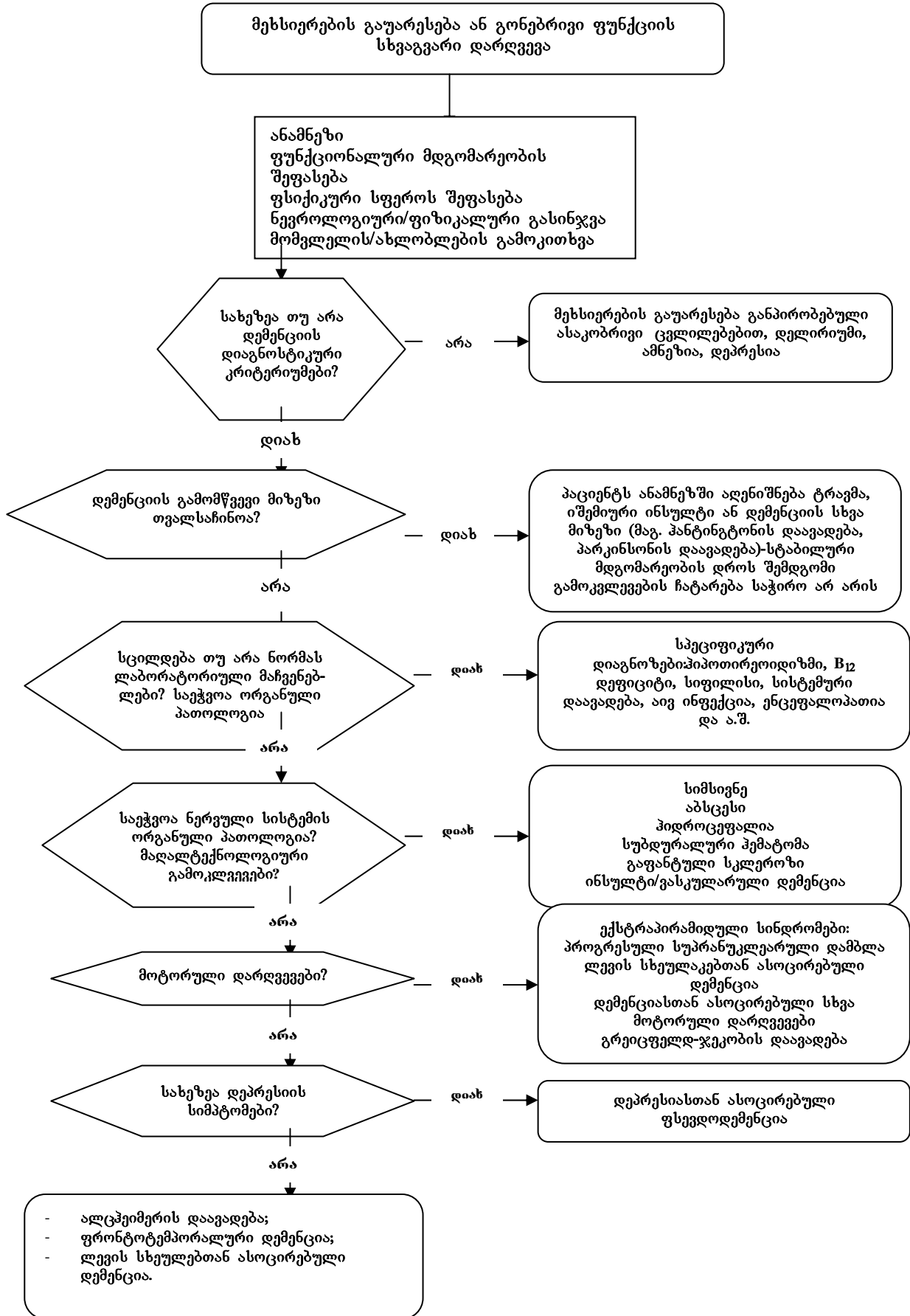
- ❑ რისკ-ფაქტორების კონკრული აუმჯობესებს შემეცნებით ფუნქციებს და ამცირებს განმეორებითი ინფარქტის რისკს;
- ❑ რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება:
 - ჰიპერტენზია (რეკომენდებულია დიასტოლური წნევის შემცირება ვწყ.სვ.-ს 90 მმ-მდე);
 - თამბაქოს მოწევა;
 - სიმსუქნე;
 - დიაბეტი.
- ❑ რისკ-ფაქტორების კონკრული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, იმ პირებში, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ ინსულტი ან თავის ტვინის გარდამავალი იშემიის ეპიზოდები;
- ❑ კლინიკურად მანიფესტირებული მულტი-ინფარქტული დემენციის მართვის ძირითადი ასპექტები:
 - *სპეციფიკური პრობლემის იდენტიფიკაცია და მისი მართვის სტრატეგიის განსაზღვრა (მაგ. შარდის ან განავლის შეუკავებლობა, პროგრესირება-გახსოვდეთ, რომ შესაძლოა მდგომარეობას ამძიმებდეს რაიმე თანმხლები პათოლოგია)*
 - *არსებული ფუნქციონალური მდგომარეობის შენარჩუნება;*
 - *პაციენტის მოვლის უზრუნველყოფა და არაფორმალურ მომვლელებთან მჭიდრო კონტაქტის დამყარება.*
- ❑ მედიკამენტური მკურნალობის მიზანია, ძირითადად, ქცევის კონკრული და მწვავე გაუარესების მიზეზის აღმოფხვრა;

ჩვენებები პაციენტის საკონსულტაციოდ სპეციალისტთან ან სააგადმყოფოში გაგზავნისათვის:

ხანდაზმული პაციენტი უნდა გაიგზავნოს საკონსულტაციოდ სპეციალისტთან (გერიატრი/ფსიქიატრი) ან სპეციალიზებულ კლინიკაში, თუ საჭიროა:

- ❑ დემენციაზე საეჭვო შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტება;
- ❑ დემენციის შექცევადი ან განკურნებადი მიზეზების იდენტიფიკაცია და შესაფერისი მკურნალობის უზრუნველყოფა;
- ❑ შეუქცევადი დემენციის შემთხვევაში პაციენტის მდგომარეობის შეფასება და მედიკამენტური მკურნალობის საჭიროებისა და სათანადო რეჟიმის განსაზღვრა;
- ❑ პაციენტზე ხანგრძლივი მეთვალყურეობის პროცესში აღმოცენებული ნებისმიერი გაუარესების (მაგ. სერიოზული ქცევითი დარღვევები) ან ახალი პრობლემის შეფასება და მართვა.

დემენციის იდენტიფიკაციისა და შეფასების ალგორითმი



4.2. დელირიუმი (მწვავე კონფუზია)

- დელირიუმი ფსიქიკური მდგომარეობის მწვავე ან ქვემწვავე მომლაა, რომელიც საკმაოდ ხშირია გერიატრიულ პრაქტიკაში. იგი ხანდაზმულ პოპულაციაში, დაახლოებით, 15%-ში აღინიშნება და 30%-ს აღწევს ხანდაზმულებში სამედიცინო პრობლემებით. პაციენტებში დელირიუმით მაღალია სიკვდილობის, ინსტიტუციონალიზაციისა და გართულებების მაჩვენებელი.¹³
- დელირიუმის ძირითადი მახასიათებლებია:
 - შემეცნებითი ფუნქციების დარღვევა;
 - აზროვნების მოშლა;
 - ფსიქიკის დარღვევა სწრაფად ხდება (რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე);
 - სიმპტომატიკის ცვალებადობა;
 - ანამნეზური, სუბიექტური და/ან ობიექტური მონაცემების საფუძველზე, ჩვეულებრივ, დგინდება დელირიუმის სიმპტომების უშუალო კავშირი კონკრეტულ სამედიცინო პრობლემასთან, მედიკამენტის მოხსნასა ან ინტოქსიკაციასთან.

დელირიუმის დიაგნოზი ემყარება აშშ-ის ფსიქიატრიის ასოციაციის მიერ შემუშავებულ სადიაგნოზო კრიტერიუმებს (1994):¹⁴

1. შემეცნებითი ფუნქციის დარღვევა (დემორიენგაცია, ყურადღების კონცენტრირების უნარის დაქვეითება);
2. აზროვნების პროცესის მოშლა, მეხსიერების დაქვეითება, დემორიენგაცია, მეტყველების გაძნელება ენობრივი სირთულის გამო, ალქმის დარღვევა, რაც არ იხსნება მანამდე არსებული დემენციით;
3. დისფუნქცია ვითარდება სწრაფად (რამდენიმე საათსა ან დღეში). აღინიშნება დღის განმავლობაში დაავადების სიმპტომების მერყეობა;
4. ანამნეზური, ფიზიკური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია დამტკიცდეს, რომ მენტალური დისფუნქცია მოგადი სამედიცინო პათოლოგიის, რომელიმე მედიკამენტის მოხსნის ან ინტოქსიკაციის შედეგია.

დიაგნოსტიკა:

- დელირიუმის დიაგნოსტიკას აიოლებს გამარტივებული მენტალური ტესტის სკალა და მინი მენტალური ტესტი.^{15,16} აღნიშნული ტესტების სერიული გამოყენება შესაძლებელს ხდის ახალგანვითარებული დელირიუმის გამოცნობას, თუმცა ეს არ იძლევა დელირიუმისა და შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესების გამომწვევი სხვა მიზეზების დიფერენციული დიაგნოსტიკის საშუალებას; (III)
- ანამნეზური მონაცემები, რომელიც შეგიძლიათ პაციენტის მომვლელის ან ნათესავისაგან მიიღოთ, დახმარებას გაგიწევთ დელირიუმსა და დემენციას შორის დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში; (IV)
- შემოკლებული მენტალური ტესტის სკალა (ტესტის შედეგი ნორმას სცილდება, თუკი 10 პასუხიდან არასწორია სამი და მეტი).

დელირიუმის დიფერენციული დიაგნოსტიკისას გასათვალისწინებელია:

- დემენცია;
- დეპრესია;
- ისტერია;
- მანია;
- შიზოფრენია.

მარტივი სკრინინგული ინსტრუმენტით (შემოკლებული მენტალური ტესტი) არ ხერხდება დელირიუმის დიფერენცირება მსგავსი სიმპტომკომპლექსის გამომწვევი სხვა დაავადებებისაგან, მაგ. დემენციისაგან. დელირიუმის დემენციისაგან დიფერენცირების საუკეთესო გზა—პაციენტის ახლობლების გამოკითხვა—მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა სიმპტომების პროგრესირების დინამიკის შესახებ. შემეცნებითი ფუნქციის სერიული შეფასება დელირიუმის დემენციისაგან დიფერენცირების საშუალებას იძლევა.¹⁷

მაღალი რისკის პაციენტები

დელირიუმი შედარებით ხშირად ვითარდება პაციენტებში გვინის ორგანული სინდრომით ¹⁸ ან დემენციით და, ხშირად, თან ერთვის ფსიქიკური სფეროს ისეთ პათოლოგიას, როგორც დეპრესიაა.

დელირიუმის განვითარების რისკი მაღალია¹⁹:

- ხანდაზმულებში (ასაკი>80 წელზე);
- მძიმე ავადმყოფებში;
- პაციენტებში დემენციით;
- ფიზიკურად დაუძლურებულ პირებში;
- ინფექციური დაავადებებისა და დეჰიდრატაციის შემთხვევაში;
- მხედველობის გაუარესებისას;
- პოლიფარმაციის შემთხვევაში;
- ალკოჰოლის ჭარბად გამოყენების შემთხვევაში.²⁰

დელირიუმის გამომწვევ მიზეზებზე ყურადღების დროულად გამახვილებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს. ეს, დელირიუმის პრევენციის, ხოლო მისი განვითარების შემთხვევაში, ადრეული დიაგნოსტიკებისა და ადეკვატური ჩარევის ფონზე, გართულებებისა და ლეტალობის თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა.^{21,22,23} (Iბ)

დელირიუმის გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიცირება:

ხანდაზმულებში დელირიუმის გამომწვევი უხშირესი მიზეზები შემდეგია:

- ინფექციური დაავადებები (მაგ. პნევმონია, საშარდე გრაქტის ინფექციები);
- ნევროლოგიური პათოლოგიები (მაგ. ინსულტი, სუბდურალური ჰემატომა, ეპილეფსია);
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები (მაგ. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, გულის უკმარისობა);
- სასუნთქი სისტემის დაავადებები (მაგ. ფილტვის ემბოლია, ჰიპოქსია);
- ელექტროლიტური დისბალანსი (მაგ. დეჰიდრატაცია, თირკმლის უკმარისობა);
- ენდოკრინული და მეტაბოლური დარღვევები (მაგ. კახექსია, თიაბინის დეფიციტი, ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქცია);
- მედიკამენტები (განსაკუთრებით საყურადღებოა პრეპარატები, რომლებიც ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტებით ხასიათდება, მაგ. ანტიდეპრესანტები, პარკინსონიზმის საწინააღმდეგო წამლები, სედატივები);
- სხვა მიზეზები (ინტოქსიკაცია, სტერეოტოპის მკვეთრი დარღვევა და ა.შ).

ანამნეზი

სტანდარტული ანამნეზური ინფორმაციის გარდა, მნიშვნელოვანია ყურადღების გამახვილება სპეციფიკურ მომენტებზე, კერძოდ:

- სრული მედიკამენტური ანამნეზი (იმ პრეპარატების ჩათვლით, რასაც პაციენტი თვითნებურად, ექიმის დანიშნულების გარეშე იღებდა);
- ალკოჰოლის მოხმარება;

- ინტელექტუალური ფუნქციონირების ანამნეზი (მაგ. ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო საქმიანობის შესრულების უნარი ადრე);
- ფუნქციონალური სტატუსი (ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო აქტივობის უნარი);
- კონფუზიის დასაწყისი და მიმდინარეობის ხასიათი;
- მწვავე ან ქრონიკული კონფუზიის ეპიზოდები წარსულში;
- სიმპტომები, რომელიც დელირიუმის გამომწვევი ძირითადი მიზეზის იდენტიფიცირების საშუალებას მოგცემთ;
- სენსორული დეფიციტი;
- რას იყენებს პაციენტი სენსორული დეფიციტის კორექტირებისათვის (სასმენი აპარატი, სათვალე და ა.შ.);
- ინფორმაცია სოციალური გარემოსა და პაციენტის მზრუნველობის შესახებ;
- უკვე დიაგნოსტირებული თანმხლები დაავადება

კონფუზიური პაციენტების უმრავლესობას არ შესწევს სრულყოფილი ანამნეზური მონაცემების გადმოცემის უნარი, ასეთ დროს მომვლელის (ან ახლობლის) დახმარებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს. (IV)

გასინჯვა:

პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს სრული ფიზიკალური გასინჯვა, კერძოდ, უნდა შეფასდეს:

- ნევროლოგიური სტატუსი;
- შემეცნებითი ფუნქციები;
- ნუტრიციული სტატუსი;
- გამოხატულია თუ არა ცხელება (პირექსია);
- ხომ არ არის გამოხატული ალკოჰოლიზმის ან ალკოჰოლზე აბსტინენციის ნიშნები (მაგ. ტრემორი);
- შემეცნებითი ფუნქცია სტანდარტული სკრინინგული ინსტრუმენტების გამოყენებით, როგორცაა შემოკლებული მინი მენტალური ტესტი ან მინი მენტალური ტესტი;
- ყურადღება (მაგ. 7-ის სერიები ან უკუმიდევრობით წელიწადის თვეების დასახელება).

გამოკვლევები:

დელირიუმის შემთხვევაში გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიცირების მიზნით რეკომენდებულია შემდეგი სახის გამოკვლევები:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- კალციუმის დონე სისხლში;
- შარდოვანა და ელექტროლიტები;
- ღვიძლის ფუნქციები;
- გლუკოზა;
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციები;
- გულმკერდის რენტგენოსკოპია;
- ელექტროკარდიოგრამა;
- სისხლის ბაქტერიოლოგია;
- შარდის ანალიზი.

ანამნეზური და ფიზიკალური მონაცემების საფუძველზე შესაძლოა საჭირო გახდეს სხვა გამოკვლევებიც, კერძოდ:

- ელექტროენცეფალოგრამა;

- თავის კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- B12-ისა და ფოლიუმჰეავას დონე;
- არტერიულ სისხლში გაზების შემცველობა;
- შარდისა და ნახველის სპეციფიკური ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- ლუმბარული პუნქცია.

კომპიუტერული ტომოგრაფია (IIბ)

მართალია, ხშირად დელირიუმი უკვე არსებული დემენციის ან ტვინის სტრუქტურული დაზიანების ფონზე ვითარდება, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, კომპიუტერული ტომოგრაფიის რუტინული გამოყენება დელირიუმის მიზეზის დასადგენად გამართლებული არ არის და ეს მეთოდი მხოლოდ მაშინ უნდა იქნას გამოყენებული, როდესაც მაღალია ინგრაკრანიული დაზიანების არსებობის ალბათობა. კომპიუტერული ტომოგრაფია დელირიუმის მიზეზის ზუსტად დასადგენად რეკომენდებულია შემდეგ პაციენტებში :

- სახეზეა ფოკალური ნევროლოგიური დაზიანების ნიშნები;
- კონფუზიას წინ უძღოდა თავის გრაფმა;
- კონფუზია განვითარდა ღაცემის შემდეგ;
- სახეზეა ქალასშიდა წნევის მომაგების სიმპტომკოპლექსი.

ელექტროენცეფალოგრაფია (ეეგ)

მართალია, ეეგ დელირიუმის დროს უხშირესად პათოლოგიურია, მაგრამ მისი დიაგნოსტიკური ღირებულება ღდესდღეობით ბოლომდე შესწავლილი არ არის. ეეგ მონაცემები, შესაძლოა, სასარგებლო იყოს შემდეგ შემთხვევებში (IV):

- დელირიუმის დემენციისაგან სადიფერენციაციოდ;
- დელირიუმის სადიფერენციაციოდ არაკონველსიური ეპილეფსიური სტატუსისა და ტემპორალური წილის ეპილეფსიისაგან;
- დელირიუმის მიზეზი ფოკალური ინგრაკრანიალური დაზიანებაა და არა რაიმე ზოგადი მიზეზი.

ლუმბალური პუნქცია

ლუმბალურ პუნქციას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს პაციენტებში, სადაც მაღალია მენინგიტის არსებობის ალბათობა (IV):

- მენინგიტის;
- თავის ტკივილისა და ცხელების შემთხვევაში.

დელირიუმის მართვა

დელირიუმის მართვის ამოსავალი წერტილი მისი გამომწვევი მიზეზის კორეგირება ანუ ძირითადი დაავადების მკურნალობაა.

- აუცილებელია ამ მდგომარეობის გამომწვევი მედიკამენტის მიღების დაუყოვნებელი შეწყვეტა (თუკი ეს შესაძლებელია);
- სასწრაფოდ უნდა მოხდეს ბიოქიმიური ძვრების კორექცია;²⁴
- ინფექცია ყველაზე ხშირადაა დელირიუმის განვითარების მიზეზი. ინფექციაზე ეჭვის შემთხვევაში (მაგ. პათოლოგიური ცვლილებები შარდში, ფილგვის აუსკულტაციით დადგენილი ცვლილებები), მნიშვნელოვანია შესაფერისი ბიოლოგიური მასალის აღება ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისათვის და ანტიბიოტიკოთერაპიის დანიშვნა ყოველგვარი დაყოვნების გარეშე.

დელირიუმის (მწვავე კონფუზიის) მართვა

ძირითადი დაავადების მკურნალობასთან ერთად მნიშვნელოვანია კონფუზიის/დელირიუმის სიმპტომების შემსუბუქებაც.

პაციენტი უნდა მოთავსდეს კომფორტულ გარემოში. იდეალურ შემთხვევაში მასზე მზრუნველობას მრავალდისციპლინარული გუნდი უნდა ახორციელებდეს. (Iბ)

შესაფერისი გარემო გულისხმობს:

- კარგ განათებას;
- ორიენტაციის სტიმულირების მიზნით რეგულარული და განმეორებითი მხედველობითი და ვერბალური სიგნალების შემოქმედებას;
- პაციენტისა და მისი მომვლელისათვის ნებისმიერი პროცედურის თაობაზე მოკლე და გასაგები განმარტების მიცემას;
- ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სენსორული დამხმარე აპარატები;
- ერიდეთ პაციენტის გადანაცვლებას ოთახში ან ოთახიდან ოთახში; (IV)
- ნუ შეცვლით მომვლელებს;
- ერიდეთ პაციენტის მოძრაობის ხელოვნურ შემლუღვას (მაგ. დაბმას ან სხვა ბარიერების გამოყენებას); (III)
- აუცილებელია ძილის ნორმალური რეჟიმის აღდგენა ან შენარჩუნება;
- აუცილებელია ფრთხილი და გულისხმიერი დამოკიდებულება;
- არ დაუშვათ მოულოდნელი ან გამაღიზიანებელი ხმაური;
- მიაქციეთ ყურადღება განავლისა და შარდის გამოყოფის ფუნქციებს (ყაბზობა და შარდის შეკავება მეტად უარყოფით გავლენას ახდენს ხანდაზმული ავადმყოფის ფსიქიკაზე და, შეიძლება, ამ უკანასკნელის მწვავე მოშლაც კი გამოიწვიოს);
- მოგჯერ, აქტიურებულ პაციენტს ამშვიდებს მეგობრებისა და ნათესავების ნახვა, ასე, რომ მათი ვიზიტი სასურველია, თუმცა სტუმრების მოწვევამდე აუცილებელია კონფუზიის ბუნების დადგენა და პაციენტის კომუნიკაციის უნარის შეფასება.

სედაცია

დელირიუმის გამოწვევა შეუძლია ნებისმიერ სედაციურ საშუალებას, მაგრამ ეს განსაკუთრებით ხშირია ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტების მქონე პრეპარატების გამოყენებისას (მაგ. თიორიდაზინი, ქლორპრომამინი და ა.შ), ამდენად, დელირიუმის მართვისას სედაციური საშუალებებისა და დიდი გრანკვილიმატორების მოხმარება მაქსიმალურად ფრთხილად უნდა მოხდეს (III). ხანდაზმულების უმრავლესობას დელირიუმის ჰოპოაქტიური ფორმა უყალიბდება და მათი სედაციის აუცილებლობა არ არსებობს.²⁵

დელირიუმის აღრეული დიაგნოსტიკა და გამომწვევი მიზეზის კორექტირების/ელიმინაციისაკენ მიმართული დროული მკურნალობის ფონზე დელირიუმის სიმპტომები და ხანგრძლივობა მცირდება. მედიკამენტური სედაცია შესაძლოა საჭირო გახდეს შემდეგ შემთხვევებში:

- თუ აუცილებელია გარკვეული გამოკვლევების ან სამკურნალო პროცედურის ჩატარება;
- პაციენტი იმდენად აქტიურებულია, რომ საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავსა და გარშემომყოფთ;
- პაციენტებში ჰალუცინაციებით.

სედაციის მიზნით რეკომენდებულია მხოლოდ ერთი პრეპარატის გამოყენება. მედიკამენტის შეყვანა ხდება უმცირესი შესაძლო დოზით, აუცილებლობისას დასაშვებია დოზის თანდათანობითი მაგება 30 წუთის ინტერვალით.

დელირიუმის მართვისას სედაციის მიზნით უპირატესობა ენიჭება შემდეგ მედიკამენტებს:

- **ჰალოპერიდოლი**—0,5-3 მგ აბების სახით peros ან 2,5-5 მგ ინგრამუსკულარული ინექციის სახით 4-ჯერ დღეში (შენიშვნა: ჰალოპერდოლის ორალური დოზა არ არის პარენტერალური დოზის ეკვივალენტური);
- **დროპერიდოლი**—5-10 მგ ორალურად ან 5 მგ კუთშიდა ინექციის სახით 4-ჯერ დღეში. თუმცა, 70 წლის ზემოთ ასაკის პაციენტებში დოზის შერჩევა განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა მოხდეს.

სედაციური საშუალებების გამოყენება მკაცრი, რეგულარული მონიტორინგით უნდა მოხდეს. ალკოჰოლური აბსტინენციით გამოწვეული დელირიუმის მართვისათვის რეკომენდებულია **ბენზოდიაზეპინები** (მაგ. დიაზეპამი ან ქლორდიაზეპოქსიდი) ან პრომეთაზინი ან ქლორპრომაზინი **ქლორმეთიაზოლი**.

გართულებების პრევენცია:

დელირიუმის ძირითადი გართულებებია:

- დაცემა;
- ნაწოლები;
- ნოსოკომიალური ინფექციები;
- ფუნქციონალური სტაგუსის გაუარესება;
- განავლისა და შარდის შეუკავებლობა ან პირიქით;
- ჰიპერსედაცია.

პაციენტის საწოლიდან გადმოვარდნის თავიდან აცილება კიდებთან ბარიერების შექმნით ან პაციენტის დაბმით ნაკლებად ხერხდება²⁶. უმჯობესია, პაციენტის დაბალ საწოლში მოთავსება ან ლეიბის პირდაპირ იაგაკმე დაგება.

ნაწოლები

დელირიუმის აღმოცენებისთანავე უნდა შეფასდეს ნაწოლების განვითარების რისკი (ნორტონის ან ვაგერლოოს სკალების მიხედვით). ნაწოლების განვითარების რისკ-ფაქტორებია:

- ანემია;
- მალაბსორბციის სინდრომი;
- მოგეხილობები;
- შარდისა და განავლის შეუკავებლობა.

ნაწოლების პრევენციის მიზნით აუცილებელია სხეულის ქვემდებარე ქსოვილებზე წნევის, ხახუნისა და სინოცივის მოქმედების შემცირება; კანის რეგულარული მოვლა; პაციენტის მობილურობის მაქსიმალურად ადრეული აღდგენა. (IV)

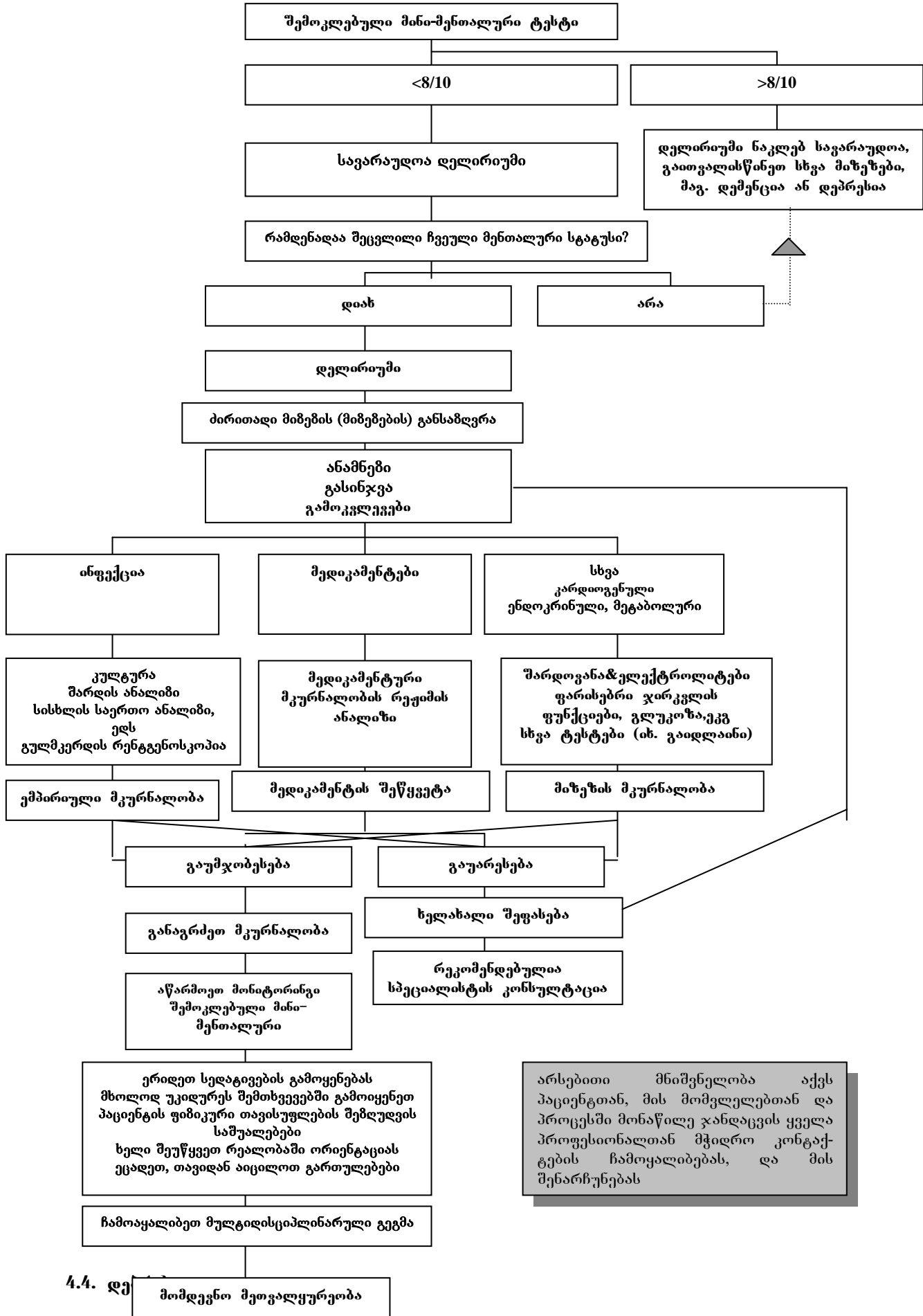
შარდისა და განავლის შეუკავებლობა

დელირიუმის დიაგნოსტიკისთანავე აუცილებელია შარდისა და განავლის გამოყოფის ფუნქციების შეფასება. უმრუნველყოფილი უნდა იქნას შარდის ბუშგისა და სწორი ნაწლავის რეგულარული დაცლა. საშარდე გრაქტის ინფექციების დროული მკურნალობა თავიდან აგვაცილებს შარდის შეუკავებლობის ჩამოყალიბებას. კონფუზიურ პაციენტებში კათეტერის გამოყენება ასოცირებულია გრავმირებისა და ინფექციების მაღალ რისკთან, ამდენად, კათეტერიზაციას მაქსიმალურად იშვიათად უნდა მიმართოთ. (IV)

ხანდაზმულებში დელირიუმის გამომწვევი მედიკამენტები

მედიკამენტის ჯგუფი	მედიკამენტების დასახელება	რისკი	შენიშვნა
ბენზოდიამპინები	დიაზეპამი, გემპეპამი, ქლორდიაზეპოქსიდი	მაღალი	ბენზოდიამპინების მოხსნაც ხშირად ხდება დელირიუმის განვითარების მიზეზი
ანტიდეპრესანტები	ამიგრიპოლინი, ღოქსეპინი, გრაზადონი	მაღალი	რისკი მაქსიმალურია ანტიქოლინერგული და სედაციური მოქმედების პრეპარატების გამოყენებისას
პარკინსონის დაავადების სამკურნალო პრეპარატები	ლევოდოპა ბრომოკრიპინი, სელეგილინი, ბენშქესოლი, ორფენადონი, პერგოლიდი	მაღალი	ამ ჯგუფის პრეპარატებს ანტიქო-ლინერგული ან ღოპამინერგული მოქმედება ახასიათებთ, რამაც შეიძლება კონფუზია გამოიწვიოს
ანალგეზიური საშუალებები	არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტები ოპიატები ასპირინი	მაღალი	კონფუზია შესაძლოა გამოიწვიოს ნებისმიერმა ანალგეზიურმა საშუალებამ (პარაცეტამოლის გარდა). ასპირინის შემთხვევაში ელინდება ღოზაზე დამოკიდებულების მომენტი. ოპიატების ფონზე ძალიან მაღალია კონფუზიის განვითარების რისკი.
ლითიუმი	-	მაღალი	-
სტეროიდები	-	მაღალი	გასათვალისწინებელია რისკის ღოზაზე დამოკიდებულების მომენტი
ჰიპოტენზიური საშუალებები	მეთილდოპა ალფა-ბლოკერები ბეტა-ბლოკერები აგფ ინჰიბიტორები კალციუმის არხების ბლოკერები დიურეზული საშუალებები	მაღალი საშუალო დაბალი	დიურეზული საშუალებების ფონზე დელირიუმის აღმოცენება განპირობებულია ელექტროლიტური დისბალანსით
ანტიარითმიული საშუალებები	დიგოქსინი ამიოდარონი დიზოპირამიდი ლიგნოკაინი	საშუალო	დელირიუმის რისკი ყველაზე მაღალია ლიგნოკაინის გამოყენებისას დიგოქსინის შემთხვევაში რისკი ღოზაზე დამოკიდებული
დიდი ტრანკვილიზატორები	ქლორპროპოზინი თიორიდაზინი გრიფლუპერამინი ჰალოპერიდოლი დროპერიდოლი	საშუალო დაბალი	ანტიქოლინერგული მოქმედების სედაციური მედიკამენტების გამოყენებისას რისკი განსაკუთრებით მაღალია, იმ პრეპარატებთან შედარებით, რომელსაც სედაციური მოქმედება არ ახასიათებთ (მაგ. ჰალოპერიდოლი)
ანტიეპილეფსიური საშუალებები	პრიმიდონი ფენიტონი კარბამაზეპინი ვალპროატი	დაბალი	პრიმიდონის გამოყენებისას რისკი მაქსიმალურია. დელირიუმის აღმოცენების ალბათობა შედარებით დაბალია ვალპროატის ან კარბამაზეპინის ფონზე. ფენიტონის შემთხვევაში რისკი ღოზაზე დამოკიდებული
ანტიქოლინერგული/ ანტიჰისტამინური/ ანტისპაზმური საშუალებები	ქლორფენირამინი აგროპინი	საშუალო	
2 რეცეპტორების ბლოკერები	ციმეტიდინი, რანიტიდინი, ფამოტიდინი	დაბალი	ციმეტიდინის გამოყენებისას კონფუზიის განვითარების ალბათობა ამ ჯგუფის სხვა პრეპარატებთან შედარებით მაღალია
ანტიბიოტიკები	ბენზილპენიცილინი კო-ტრიმოქსაზოლი ამფოტერიცინი ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტები (რიფამპინი, იმონიამიდი) ანტიპარაზიტული მედიკამენტები (მეპაკრინი, ქლოროქინი, ქინიდინი) ანტივირუსული მედიკამენტები (ამანტადინი, აციკლოვირი, მიდოფუდინი)	დაბალი საშუალო	შართალია, პოტენციურად ანტიბიოტიკების უმრავლესობა დელირიუმის მიზეზი შეიძლება იყოს, მაგრამ ინფექციების ფონზე კონფუზიის აღმოცენების ძირითადი მიზეზი თავად პათოლოგიური პროცესია და არა ანტიბიოტიკოთერაპია
-	ამინოფილინი	დაბალი	კონფუზიის აღმოცენების რისკი ღოზაზე დამოკიდებული
ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტები	გოლბუგამიდი გლიბენკლამიდი	დადგენილი არ არის	ამ მედიკამენტების ფონზე პოტენციურად შესაძლებელია ჰიპოგლიკემიისა და ჰიპონატრიემიის განვითარება, რაც, თავის მხრივ, დელირიუმის მიზეზი ხდება.
ანტინეოპლასტიური მედიკამენტები	მეტოტრექსატი, ფლუოროურაცილი, ალტრეტამინი, ასპარგინაზა, პროკარბამინი, კარმუსტინი, ლაკაზამინი, ინტერფერონი-α	დადგენილი არ არის	ავთვისებიანი დაავადება, თავისთავად, ხშირად არის დელირიუმთან ასოცირებული და, ამდენად, ძნელია მის გენეზში ანტინეოპლასტიკური მედიკამენტების როლის დადგენა, თუმცა ჩამოთვლილი პრეპარატების ფონზე კონფუზია უფრო ხშირად აღინიშნება, ვიდრე ამ ჯგუფის სხვა მედიკამენტების გამოყენებისას

დელირიუმის დიაგნოსტიკისა და მართვის ალგორითმი



- **დეპრესია-გერიატრიულ პოპულაციაში ერთ-ერთი უხშირესი პრობლემაა.** დეპრესიის პრევალენციის მაჩვენებელი ხანდაზმულებში 10-15%-ია, ²⁷ ამასთან, იგი ქალებში, მამაკაცებთან შედარებით, გაცილებით ხშირია.
- **რისკ-ფაქტორები დეპრესიისათვის ხანდაზმულ ასაკში შემდეგია²⁸:**
 - ჭირისუფლობა და ახლობლის დაკარგვა უახლოეს 6 თვეში;
 - მარგობა (ეს არ ნიშნავს მარგო ცხოვრებას);
 - ცხოვრებით უკმაყოფილება;
 - მღვდრობითი სქესი (აღსანიშნავია, რომ სუიციდი უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში);
 - თამბაქოს მოწევა.
- დეპრესია შესაძლოა განვითარდეს რიგი ორგანული დაავადების ან ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების ფონზე (იხ. ცხრილი №3). ამდენად, დიაგნოსტიკური ძიების წარმოებისას არსებითი მნიშვნელობა აქვს სრულყოფილი მედიკამენტური ანამნეზის შეკრებასა და დეპრესიის გამომწვევი ორგანული დაავადების გამორიცხვას.

ცხრილი №3

დაავადებები და მედიკამენტები, რომელთა მიღების ფონზეც მაღალია დეპრესიის განვითარების ალბათობა

დაავადება	მედიკამენტი
<ul style="list-style-type: none"> • ჰიპერთირეოიდიზმი • ჰიპოთირეოიდიზმი • ადისონის დაავადება • ელექტროლიტური დისბალანსი • ალკოჰოლიზმი • კარცინომა • კვებითი დეფიციტი (B₁₂, B₁ და ფოლიუმჟავა) 	<ul style="list-style-type: none"> • სტეროიდები • რანიტიდინი და ციმეტიდინი • კალციუმის არსების ბლოკერები მაგ-ნიფედისინი • ბეტა-ბლოკერები, მაგ. პროპრანოლოლი • მეთილდოპა, L-დოპა • რეზერპინი • ტეტრაბენაზინი

- დეპრესია სერიოზული პათოლოგიაა. იგი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, ამასთანავე, მას თან სდევს სუიციდის რისკი. ახალგაზრდებთან შედარებით, სუიციდის ინსიდენსი 80 წლის ზემოთ ასაკის პირებში 2-ჯერ მაღალია.

ყველა დეპრესიულ პაციენტში უნდა შეფასდეს სუიციდის რისკი. სუიციდალური აზრები, შესაძლოა, ძალიან მსუბუქი დეპრესიის დროსაც კი იყოს გამოხატული.

ხშირად ექიმი მნიშვნელოვან ინფორმაციას იღებს შეკითხვით: „გიგრძენია თუ არა თავი ისე ცუდად, რომ გიფიქრია საკუთარი თავის ვენებაზე?“

უნდა შეფასდეს:

- სუიციდური აზრების პერსისტიულობა;
- დეგალიბაციაზე ფიქრი;
- სამოქმედო გეგმის არსებობა.

მნიშვნელოვანია გაირკვეს:

- სუიციდის მიზეზი;
- რას ფიქრობდა პაციენტი მცდელობის დროს?
- იყო თუ არა მისი მოქმედება იმპულსური?
- დაანება თუ არა თავი სუიციდზე ფიქრს?
- სად ჰქონდა სუიციდის მცდელობას ადგილი—სახლში, თუ უცხო გარემოში?
- ახლა რას ფიქრობს სუიციდის შესახებ, ხომ არ გაიმეორებს?
- იყო თუ არა პაციენტი მცდელობის დროს ალკოჰოლის ან წამლის ზემოქმედების ქვეშ?

აუცილებელია სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორების გათვალისწინებაც, კერძოდ:

- კრიზისი ან გამამწვავებელი ფაქტორი არის თუ არა გადაჭრილი;
 - აგრძელებს თუ არა პაციენტი სუიციდზე ფიქრს;
 - ხომ არ არის გამოხატული მძიმე ფსიქიკური დაავადების სიმპტომები;
 - რამდენად მყარია პაციენტისადმი სოციალური მხარდაჭერის სისტემა;
 - თვითმხიანის შემთხვევა აღრე ჰქონდა თუ არა;
 - ხომ არ თვლის, რომ ახლობლის სიკვდილთან ერთად დამთავრდა მისი სიცოცხლე;
 - პაციენტს აქვს თუ არა ორგანული დაავადება.
- მოხუცებში დაავადების აგიპური მიმდინარეობის გამო ძნელია დეპრესიის გამოცნობა და ამდენად პაციენტს იშვიათად ენიშნება სათანადო მკურნალობა. ხშირად ხასიათის გაუარესებას დომინანტური ხასიათი არა აქვს და ყურადღებას მხოლოდ შფოთვა ან მეხსიერების გაუარესება იპყრობს.²⁹
- ხანდაზმულებში **დეპრესიის** დიფერენციული დიაგნოსტიკისას აუცილებელია **დემენციის** გათვალისწინება. დეპრესიით გამოწვეული დემენცია (ანუ ფსევდოდემენცია) კარგად ექვემდებარება ანტიდეპრესიულ მკურნალობას.
- ხანდაზმულებში ანტიდეპრესიული ფარმაკო და ფსიქოთერაპია ისევე ეფექტურია, როგორც ახალგაზრდებში. თუმცა, ამ ასაკობრივ ჯგუფში ანტიდეპრესიული მედიკამენტების შერჩევას განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო. ასაკობრივი ორგანული და მეტაბოლური ცვლილებების გამო ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მაღალია ანტიდეპრესიული მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების რისკი. ამავე დროს, გათვალისწინებული უნდა იქნას თანმხლები დაავადების არსებობა და ზოგიერთი ანტიდეპრესიული პრეპარატის კარდიოტოქსიკური, გლაუკომის დამამძიმებელი მოქმედების შანსი.
- ანტიდეპრესიული მედიკამენტური მკურნალობა საჭიროა ხანგრძლივად, არანაკლებ 8 კვირისა. პაციენტს მოუწევს მოთმინებით ელოდოს შედეგს, ხოლო სამედიცინო პერსონალმა ხელი უნდა შეუწყოს მის მოთმინებას.

დეპრესიის დიაგნოსტიკა:

- მნიშვნელოვანია დეპრესიის დროული დიაგნოსტიკა და აღრეულ ეტაპზე შესაფერისი მკურნალობის დაიშენა. 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებში დეპრესიისა და დემენციის პრევალირების მაჩვენებელი (შესაბამისად—10% და 5%) იმდენად მაღალია, რომ ნათელი ხდება ზოგად პრაქტიკაში ამ მდგომარეობებთან დაკავშირებული სკრინინგის პროგრამის შემუშავება. ვინაიდან დეპრესიის კლინიკური მანიფესტაცია ხანდაზმულ პირებში განსხვავებულია, მისი დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა სპეციფიკური მეთოდის გამოყენება. დანართი 3-ში წარმოდგენილია 15-პუნქტიანი კითხვარი (**დეპრესიის ევანს ლივერპულის რეიტინგის სკალა**), რომელიც მოხუცებში დეპრესიის გამოვლენის საშუალებას იძლევა. ამ ტესტის მგრძობელობა 78-85%-ის, ხოლო სპეციფიკურობა 74-82%-ის ფარგლებში მერყეობს.³⁰
- დეპრესიაზე სკრინინგის შედარებით მარტივი ინსტრუმენტია დეპრესიის გერიატრიული სკალის შემოკლებული ხუთპუნქტიანი ვარიანტი (დანართი 3). თუ ტესტის შედეგი უგოლდება ან აღემატება 2-ს, სავარაუდოა დეპრესიის არსებობა. ტესტის მგრძობელობა 97%, სპეციფიკურობა 85%, დადებითი სავარაუდო ღირებულება 85%, ხოლო უარყოფითი სავარაუდო ღირებულება 97%-ია.³¹
- გასათვალისწინებელია ის ვარემოებაც, რომ ხანდაზმული ასაკის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან თავისებურებას წარმოადგენს შედარებით მაღალი შფოთვის დონე, რომელიც კრიტიკულ სიტუაციებში კიდევ უფრო იზრდება. ასეთ სიტუაციებს მიეკუთვნება ტესტირება. გამომდინარე აღნიშნულიდან, სასურველია მოკლე ტესტების გამოყენება, ამასთან, თუ ეს შესაძლებელია ბუნებრივი საუბრის სახით, და არა რიგულური ტესტირების პროცედურის სახით ჩატარება; (IV)

- დეპრესიის დიაგნოზი მისთვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსის სათანადო შეფასებას ეფუძნება. პაციენტების დიდი ნაწილი, ძირითადად, აღწერს, რომ გრძნობს მუდმივ, ძლიერ დაღლილობასა და ენერჯის ნაკლებობას. დეპრესიულ ადამიანებს უარყოფითი შეხედულება აქვთ საკუთარ თავზე, სამყაროზე, მომავალზე. ისინი თვლიან, რომ არაფრის გაკეთებას აზრი არა აქვს. ეს ადამიანები ახდენენ საკუთარი ღირსების მინიმალზმას. მათი რეაქციები დაქვეითებულია და შესაძლოა, თავადაც თვლიდნენ, რომ ნელა აზროვნებენ. ადამიანი, რომელიც მათ აკვირდება, მართლაც იფიქრებს, რომ დეპრესიული პაციენტების მოქმედება შენელებულია. მაგ. ისინი საათობით უმოძრაოდ სხედან სკამებზე ან წვანან საწოლში. ამ დროს იცვლება ძილის, კვების, სქესობრივი აქტივობისა და ნაწლავების მოქმედების ხასიათი.

დეპრესიის ე.წ. ბიოლოგიურ ნიშნებს მიეკუთვნება:

- დღის განმავლობაში ხასიათის ცვალებადობა (დილით განსაკუთრებით ცუდი ხასიათი);
- ცუდი ძილი, საწყისი ინსომნიით (პაციენტს უჭირს ჩაძინება), მას ხშირად და დილით ძალიან ადრე ეღვიძება და ვეღარ იძინებს;
- ცუდი მადა (ჭამს იშვიათად, მცირე რაოდენობით საკვებს)—დეპრესიული პაციენტები აღნიშნავენ, რომ საკვები უგემურია და რომ სრულებით არ შიათ. მათ შესაძლოა შეწყვიტონ სითხის მიღებაც;
- წონაში დაკლება—შესაძლებელია შიმშილით სიკვდილიც კი;
- ლიბიდოს დაქვეითება;
- შეკრულობა.

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეპრესია ამ ნიშნების სხვადასხვაგვარი კომბინაციით ხასიათდება. რაც შეეხება მძიმე ფორმას, დამატებით ზოგჯერ ვლინდება ფსიქომორი ნიშნები, როგორცაა სმენითი ჰალუცინაციები და ბოლევები.

ფსიქომორი ნიშნები შესაბამისობაშია დეპრესიულ ხასიათთან. მაგ. თუ პაციენტი საკუთარ თავს უმაქნისად თვლის, სმენითი ჰალუცინაციები კიდევ უფრო აძლიერებენ ამ განწყობას. ხმა, რომელიც პაციენტს ესმის, უდასტურებს მას, რომ უმაქნისია და ბოროტების განსახიერებაა. ბოლვის შინაარსიც ასევე დეპრესიული ხასიათის შესაფერისია. მაგ. პაციენტი თვლის, რომ ჩაიდინა საშინელი დანაშაული და ამისათვის უნდა დაისაჯოს. ხშირია ავადმყოფობის (ჰიპოქონდრიალური), დეენისა და სიღარიბის ბოლევები. ბოლვის განსაკუთრებით მძიმე ფორმაა ნიჰილისტური ბოლვა, მაგ. პაციენტი ფიქრობს, რომ მუცელში არა აქვს ნაწლავები, თავში— გვინი და ა.შ. ასეთი ფსიქომორი სიმპტომები დეპრესიის დროს იშვიათია. დეპრესიის მსუბუქი ფორმა აღენიშნება მოსახლეობის 10-18%-ს (Ben Green., UK).

- დეპრესია ყოველთვის კლასიკური მანიფესტაციით არ ხასიათდება, რაც ართულებს დიაგნოსტიკის პროცესს. ყველაზე ხშირად, დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება შეკითხვა—”ხომ არ გრძნობთ დეპრესიას ან გუნება-განწყობის დაქვეითებას?”. უძაბესია მოიძებნოს სხვა, ნაკლებად მგრძობიარე და სპეციფიკური შეკითხვები მაღის დაქვეითების, შეკრულობის, წონაში დაკლებისა და ა.შ. შესახებ, რადგან პაციენტები ხშირად თავიანთ გრძნობას ვერ აღიქვამენ, როგორც დეპრესიულს.
- ექიმს არ უნდა გამოეპაროს ის სიგნალები, რომლებიც, შეიძლება, დეპრესიის მანიშნებელი იყოს, კერძოდ:
 1. სხვადასხვა ჩივილი, რაც რომელიმე კონკრეტული ორგანული დაავადების ჩარჩოებში არ ეგევა და ობიექტური ნიშნებით განმტკიცებული არ არის. პაციენტი უჩივის დისპეფსიას, თავბრუსხვევას, ნაწლავების დისფუნქციას, ჰიპერვენტილაციას, გულის ფრიალს;
 2. პერსისტული აუხსნელი გკივილები თავის, ბურგისა და მუცლის არეში;
 3. ექიმთან გახშირებული მიმართვა თავად პაციენტის ან, თუ დედაა, ბავშვის მცირე პრობლემების გამო;
 4. ძილთან დაკავშირებული სირთულეები;
 5. შფოთვა პაციენტებში, რომლებსაც არა აქვთ ფსიქიკური დარღვევის ანამნეზი. ეს ვლინდება გულის ფრიალით, ოფლიანობით, კანკალით, არაბუნებრივი და გაუმართლებელი შიშით საკუთარი ან საყვარელი ადამიანის დაავადების გამო. თუ ასეთი რამ შუახნის ასაკის ადამიანს აღენიშნება, პირველ რიგში, უნდა გამოირიცხოს დეპრესია და შემდეგ სხვა შესაძლო მიზეზები;
- 6. შეუთავსებლობა პაციენტის ფიზიკურ მდგომარეობასა და ჩივილების ბუნებას შორის. მაგ. იგი ჯანსაღად გამოიყურება და თავს საშინლად გრძნობს;

7. გამოჯანმრთელების გახანგრძლივება რაიმე დაავადების, ოპერაციისა თუ გრავმის შემდგომ პერიოდში.
დიაგნოზის დასმას აიოლებს შემდეგ საკითხებზე განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება:
1. *სახემა ძილის დარღვევები*—დაძინების გაძნელება, ხშირი და ადრე გაღვიძება;
 2. *ცხოვრების ინტერესის დაკარგვა*—პაციენტი აღწერს: ცხოვრებამ დაკარგა ხალისი, დაავადება ან ჰობი კარგავს აზრს და ა.შ.
 3. *კონცენტრაციის უნარის დაკარგვა*—პაციენტი ღროულად ვერ ასრულებს სამუშაოს, ცდილობს საქმის გადაღებას.
 4. პაციენტს ბოლოხანს „დასჩემდა“ მცირე, უმნიშვნელო საქმეზე *არაბუნებრივი წუხილი* და *შფოთვა*;
 5. *პაციენტს აქვს უღირსობისა და უსუსურობის შეგრძნება*—თვითდანაშაული წარსული წარუმაგებლობის გამო, ხასიათის ღეფეჭების დაშვება;
 6. *პაციენტს ხშირად აქვს გირილის სურვილი*—თუ პაციენტი გირის გასაუბრების დროს, განსაკუთრებით, მამაკაცები.
 7. *პაციენტი მედმეტად გაღიზიანებულია*—მამაკაცები აცნობიერებენ, რომ ადვილად ღიზიანდებიან და თავს დამნაშავედ გრძნობენ მეუღლეებისა და შვილების წინაშე;
 8. *პაციენტი უჩივის მადის დაკარგვასა და შეერულობას*—ამას, შედარებით ნაკლები დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს.
- 1994 წელს ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციამ წარმოადგინა დეპრესიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, რომლის თანახმადაც დეპრესიის დიაგნოზი მართებულია, თუ ორი კვირის მანძილზე ავადმყოფს თითქმის ყოველდღე (დასაშვებია ერთი დღის გამოკლება) ქვემოთ მოყვანილი სიმპტომებიდან აღენიშნება, სულ მცირე, 5 სიმპტომი; ამ ხუთი სიმპტომიდან ერთი მაინც უნდა იყოს დეპრესიული განწყობა, ინტერესის ან სიამოვნების განცდის დაკარგვა.¹⁴

დეპრესიის სიმპტომები:

1. დეპრესიული, დათრგუნული განწყობა (ავადმყოფის ან ახლობლების გადმოცემით);
2. სიამოვნების მიღების განცდის ან რაიმე საქმიანობის შესრულების მიმართ ინტერესის მკვეთრი დაქვეითება;
3. წონაში მნიშვნელოვანი დაკლება (თვეში სხეულის მასის 5%-ზე მეტი, რაც ორგანული დაავადებით არ არის გამოწვეული, ან პირიქით—წონის მომატება; შესაბამისად, მადის დაქვეითება ან გაძლიერება;
4. უძილობა ან ძილიანობა;
5. ფსიქომოტორული აგზნება ან პირიქით, დათრგუნვა;
6. სისუსტე, შრომისუნარიანობის დაქვეითება;
7. უსარგებლობის შეგრძნება ან საკუთარი თავის დადანაშაულება ჩაუღენელ დანაშაულში;
8. აზროვნების ან კონცენტრირების უუნარობა; გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობა;
9. ხშირი ფიქრი სიკვდილზე (არ იგულისხმება მხოლოდ სიკვდილის შიში); ფიქრი თვითმკვლელობაზე ან მისი განხორციელების მცდელობა წინასწარ მოფიქრებული გეგმის მიხედვით.

დეპრესიის მართვა

დეპრესიის მართვის გეგმის შემუშავებისას გახსოვდეთ:³²

- *დეპრესია გავრცელებული პათოლოგიაა;*
- *დეპრესია განკურნებადი—გამოსავალი კარგია;*
- *დეპრესიას საფუძვლად უდევს ბიოქიმიური ცვლილებები;*
- *ანტიდეპრესიულ მედიკამენტებზე დამოკიდებულება არ ვითარდება;*

მოგადი პრაქტიკის ექიმისათვის დეპრესიის მართვისას მნიშვნელოვანია შემდეგი მომენტების გათვალისწინება:

1. *მას შემდეგ, რაც დეპრესიის დიაგნოზი ეჭვს აღარ იწვევს, აუცილებელია მდგომარეობის სიმძიმის შეფასება;*
2. *მდგომარეობის სიმძიმის საფუძველზე ფასდება სპეციალიზებულ კლინიკაში პაციენტის მიმართვის აუცილებლობა;*
3. *მსუბუქი სიმძიმის დეპრესიის შემთხვევაში მდგომარეობის მართვა სავსებით შესაძლებელია მოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში.*

□ მსუბუქი დეპრესიის შემთხვევაში, ხშირად საკმარისია დეპრესიის გამომწვევი ფაქტორების გამოვლენა და მათზე ზემოქმედება, პაციენტის მიმართ სიმპათიისა და თანაგრძნობის გამოხატვა. მნიშვნელოვანია, დაეხმაროთ პაციენტს, რათა მან თავის თავში იპოვოს ის ძალა, რომელიც კრიზისის დაძლევაში შეუწყობს ხელს. 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.*

□ *საშუალო სიმძიმისა და მძიმე დეპრესიის შემთხვევაში საჭიროა მედიკამენტური მკურნალობა. მკურნალობის დანიშვნამდე მნიშვნელოვანია გამოვარკვითო პაციენტის განწყობა პრეპარატის მიღების საჭიროებისადმი. სასურველია, ანტიდეპრესიული მედიკამენტის შერჩევა სპეციალისტთან კონსულტირების საფუძველზე მოხდეს.*

ანტიდეპრესიული მედიკამენტური მკურნალობა

ხანდაზმულებში ანტიდეპრესიული მედიკამენტების დანიშვნისას უნდა გავითვალისწინოთ მათი გვერდითი მოვლენების განვითარების მაღალი ალბათობა.³³ ხანდაზმულებში დეპრესიის სამკურნალო ძირითადი მედიკამენტები წარმოდგენილია დანართი №4-ში.

- გრიციკლური ანტიდეპრესანტების გვერდითი ეფექტების გამო (შარდის შეკავება, კონფუზია, პოსტურალური ჰიპოტენზია, გულის რიტმის მოშლა (არითმია, გამგარებლობის შეფერხება, თვალის შიდა წნევის მომაგება), ხანდაზმულებში მათი გამოყენება მაქსიმალურად შემღუღულია.
- შედარებით ნაკლები გვერდითი მოვლენებით ხასიათდებიან სეროტონინის უკუშეპოტვის სელექციური ინჰიბიტორები (*ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი, ციტალოპრამის ჰიდრობრომიდი*). ამდენად, მათი გამოყენება მოხუცებში უფრო გამართლებულია.

- დეპრესიის სამკურნალოდ გამოიყენება სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუშთანქმის ბლოკერებიც (*ვენლაფაქსინი, ბუპროპიონი, მიტრაზეპინი და ნეფაზადონი*).
- იშვიათად, გერიატრიულ პრაქტიკაში, უპირატესად აგიპიურად მიმდინარე დეპრესიის მართვისას შესაძლოა მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორების (*იზოკარბოქსაზიდი, ფენელზინი და ტრანილციპრომინი*) გამოყენება, მაგრამ ამ პრეპარატების მიღებისას ავადმყოფი დიეტას უნდა იცავდეს (საკვები რაციონიდან უნდა გამოირიცხოს თირამინის შემცველი პროდუქტები). თუმცა, დიეტის დაცვა იმდენად რთულია და ამ ჯგუფის მედიკამენტებს ისეთი ანგაგონიზმი აქვს სხვა პრეპარატებთან, რომ მათი გამოყენება ახალგაზრდებშიც განსაკუთრებული სიფრთხილით ხდება.

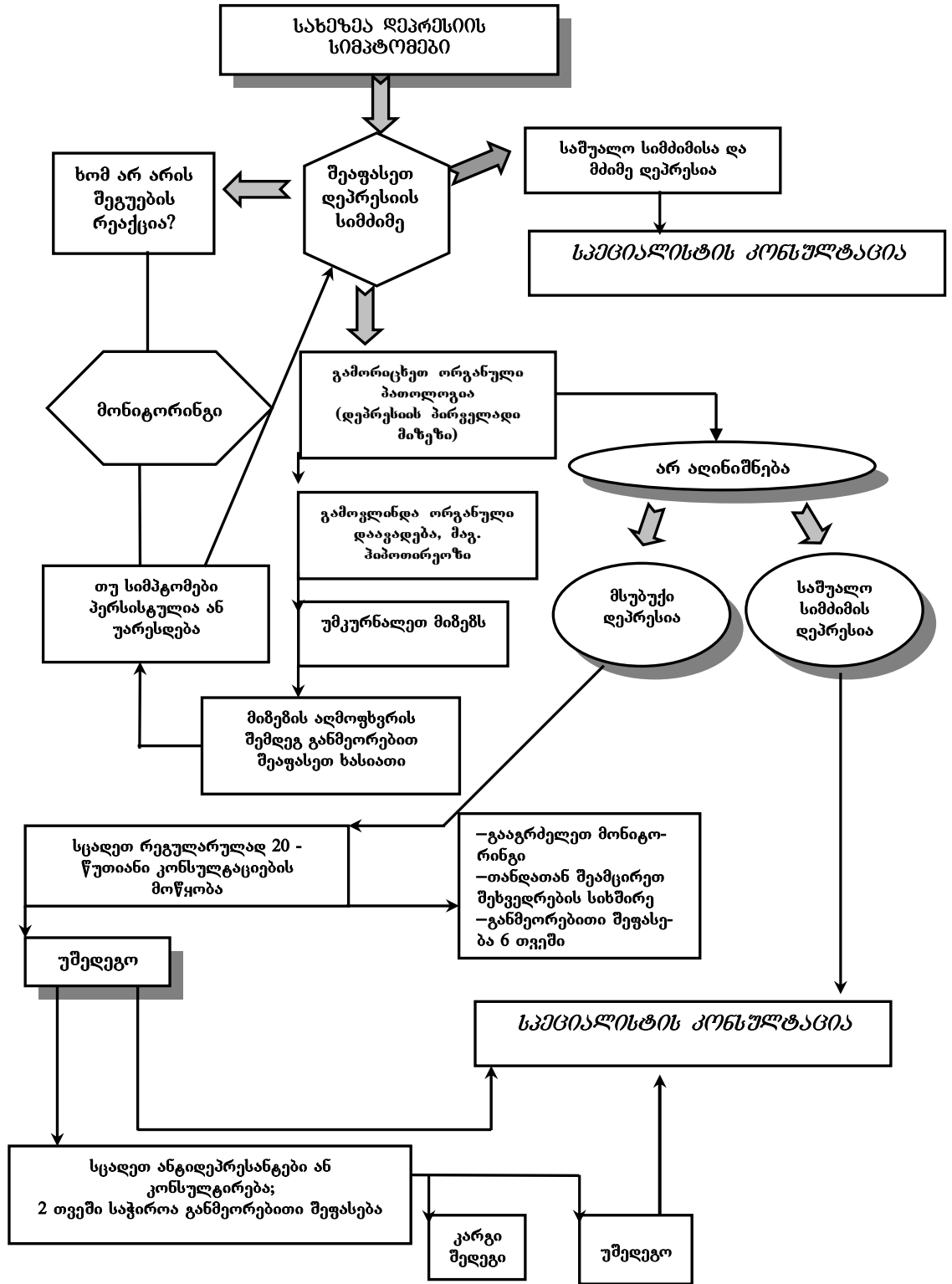
ანტიდეპრესიული მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების საკითხი უნდა დადგეს, თუ პაციენტს აღენიშნება დეპრესიის კარგად გამონატული სიმპტომები, სულ მცირე, ორი კვირის მანძილზე და ეს სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს მისი ფუნქციონირების უნარზე.³²

ანტიდეპრესიული მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაინიშნოს და ჩატარდეს ფსიქიატრიულ სამსახურთან მჭიდრო თანამშრომლობით. პირველადი ჯანდაცვის გუნდმა არსებითი როლი უნდა შეასრულოს, რათა ანტიდეპრესიული მკურნალობისას პაციენტმა დაინიშნულება ზუსტად შეასრულოს, რაც კარგი გამოსავლის მისაღწევად აუცილებელი პირობაა.

რამოდენიმე რეკომენდაცია ექთნებისათვის

როგორ დავეხმაროთ დეპრესიულ ხანდაზმულ პაციენტს?

1. დაეხმარეთ პაციენტს დაინახოს თავისთავში დადებითი. 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 ახალი ამოცანების დასახვაში.
2. მიეცით პაციენტს საშუალება, გამოხატოს თავისი გრძნობები: ბრაზი, დანაშაული, სირცხვილი და ა.შ. მოუსმინეთ და ეცადეთ, მართოთ მისი გრძნობები. ამ შემთხვევაში არ გამოგადგებათ ისეთი ფრაზები, როგორცაა–„ნუ დარდობთ, ყველაფერი კარგად იქნება“ და „ასე ნუ ლაპარაკობთ. თქვენ ყველაფერი გაქვთ იმისათვის, რომ მაღლიერი იყოთ.“
3. დეპრესიის მართვისას მნიშვნელოვანია დარწმუნებული ვიყოთ, რომ პაციენტის ფიზიკური საჭიროებები დაკმაყოფილებულია. კარგი კვება, ვარჯიში, ძილის რეჟიმისა და კუჭის მოქმედების მოწესრიგება ხელს უწყობს პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, რაც, თავის მხრივ, დეპრესიის მკურნალობას აიოლებს.
4. მიეცით პაციენტს იმედი. მასთან ერთად რეალურად შეაფასეთ სიგუაცია და ეცადეთ– მას მომავლის რწმენა და სიცოცხლის სურვილი დაუბრუნოთ;



დელირიუმს, დემენციასა და დებრესიას შორის სადიფერენციაციო ძირითადი კრიტერიუმები

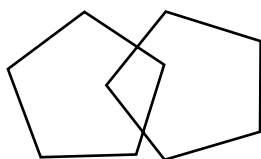
demencia	Mmwave konfuzia (deliriumi)	depresia
დასაწყისი		
ფარული, თანდათანობითი	მწვავე	თანდათანობითი
ხანგრძლივობა		
თვეები/წლები	საათები/დღეები/ზოგჯერ კვირებიც	კვირები/თვეები
მიმდინარეობა		
სტაბილური და პროგრესული მიმდინარეობა (ჩვეულებრივ, ეტაპობრივი)	მერყევი (გაღვსიერი)– მდგომარეობა უარესდება ღამით, შესაძლოა, აღინიშნოს „ნათელი“ პერიოდები	მდგომარეობა განსაკუთრებით უარესდება ღამით
ორიენტაცია		
შესაძლოა იყოს ნორმალური: ჩვეულებრივ, გაუარესებულია ორიენტაცია დროსა და ადგილში	ყოველთვის გაუარესებულია: დრო/ადგილი/პიროვნება	ჩვეულებრივ, ნორმალური
მეხსიერება		
დარღვეულია მცისიერი, შედარებით იშვიათად კი ხანგრძლივი მეხსიერება	ხანმოკლე მეხსიერების დარღვევა	შესაძლოა, აღინიშნოს ხანმოკლე მეხსიერების მოშლა, ხოლო ხანგრძლივი მეხსიერება არ ზიანდება
აზროვნება		
შენელებულია, ინტერესები შენარჩუნებულია	ხშირად პარანოიდული	ჩვეულებრივ, შენელებულია, რაც განპირობებულია სევდიანი და უიმედო განწყობით
აღქმა		
ნორმალური, 30-40%-ში ჰალუცინაციები (ხშირად–მხედველობითი)	ხშირია მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციები	ხასიათის შეცვლასთან დაკავშირებული სმენითი ჰალუცინაციები 20%-ში
ემოციები		
აპათიური, ლაბილური, გაღიზიანებული, უმწეობის შეგრძნება	შიში, გაღიზიანება, აგრესია	ემოციური „სიჩლუნგე“, სევდა, ან შიში და გაღიზიანება
ძილი		
ხშირად მოშლილი, ხშირია ღამით სიარული და კონფუზია	ღამის კონფუზია	ღამით აღრე გაღვიძება
სხვა ნიშნები		
	რაიმე დაავადების მანიფესტაცია	ანამნეზში ხასიათის პათოლოგია

მინი-ფსიქიკური მდგომარეობის გამოკვლევა

ქულები: 1 ქულა თითოეულ სწორ პასუხზე. 24-ზე ნაკლები ჯამი მიუთითებს დემენციას.

ორიენტაცია	საკითხები
1-5 რა დღეა დღეს?	1. თარიღი 2. წელი 3. თვე 4. კვირის დღე 5. სეზონი
6-10 შეგიძლიათ მითხრათ, რა პქვია იმ ადგილს სადაც ჩვენ დღეს ვიმყოფებით?-ქვეყანა, მხარე, ქალაქი, შენობა, სართული	6. ქვეყანა 7. მხარე 8. ქალაქი 9. შენობა 10. სართული
რეგისტრაცია	
11-13 მენსიერების შეფასება. გამოიყენეთ სამი საგანი: ბურთი, დროშა და ხე. ჩამოთვალეთ ისინი ნელა და გარკვევით. პირველი გაძეორება იძლევა შეფასებას (0-3), მაგრამ გააგრძელეთ, სანამ პაციენტი არ გაძეორებს სწორად (მაქს. ექვსი ცდა)	11. ბურთი 12. დროშა 13. ხე
ყურადღება და კალკულაცია	
14-18 დაიწყეთ 100-დან და გამოაკელით 7. შეწყვიტეთ გამოკლება 5 მოქმედების შემდეგ. შეაჯამეთ სწორი პასუხების შესაბამისი ქულები. თუ პირს არ შეუძლია ამ დავალების შესრულება, სთხოვეთ მას წარმოთქვას სიტყვა შებრუნებით. დათვალეთ სწორად შებრუნებული ბგერების რაოდენობა	14. 93 15. 86 16. 79 17. 72 18. 65 სიტყვა შებრუნებული
მენსიერება	
19-21 ახლა გაძეორეთ სამი სიტყვა, რომლის დამახსოვრებაც ვთხოვეთ	19. ბურთი 20. დროშა 21. ხე
მეტყველება	
22-23 დასახელება: უჩვენეთ საგნები და ჰკითხეთ მათი სახელები: მაჯის საათი, კალამი	22. საათი 23. კალამი
24 გაძეორება: გააძეორებინეთ პაციენტს ფრაზა: „და თუ, თუ არა, მაგრამ თუ“	24. გაძეორება
25-27 სამი კომპონენტის შემცველი ბრძანება: მიეცით პაციენტს ქალაქის ფურცელი და უთხარით: აიღეთ ფურცელი მარჯვენა ხელში, გაკეცეთ და დადევით იატაკზე.	25. აიღეთ 26. გაკეცეთ 27. დადევით
28 კითხვა: დაბეჭდეთ დიდი ასოებით, დახუჭეთ თვლები და პაციენტს სთხოვეთ წაიკითხოს. შეფასება დადებითია, თუ პაციენტი თვლებს დახუჭავს	28. კითხვა
29 სპონტანური წერა: სთხოვეთ პაციენტს დაწეროს წინადადება ქალაქის ფურცელზე.	29. გონივრული წინადადება ქვემდებარითა და შემასმენლით
30. კობირება: გადახატეთ ეს ფიგურა, წარმოდგენილი უნდა იყოს ათივე კუთხე და 2 გადაკვეთა	30. ხაზაგს მრავალკუთხედებს

ფიგურა:



I. შემოკლებული მენტალური ტესტი:

1. ასაკი;
2. დრო (არ არის აუცილებელი წუთების სიმუსტით, სწორად ითვლება უახლოესი საათის დასახელებაც);
3. მისამართი, რომლის გამეორებასაც პაციენტის ტესტის ბოლოს სთხოვთ;
4. წელი;
5. კლინიკის დასახელება, სადაც პაციენტი ამჟამად იმყოფება;
6. ცნობს თუ არა 2 პიროვნებას (მაგ. ექიმი, ექთანი);
7. დაბადების თარიღი;
8. პირველი მსოფლიო ომის დასაწყისი;
9. ვინ არის ქვეყნის ამჟამინდელი მმართველი;
10. დაითვალოს უკუსვლით 20-დან 1-მდე (ამ გზით ხდება ყურადღების გესტირებაც).

II.

1. **ტესტი:** „სამი პუნქტის გამეორება“.
2. **მიზანი:** მოწმდება ხანმოკლე მეხსიერება.
3. **შესრულების ტექნიკა:** სთხოვთ პაციენტს, ყურადღებით მოგისმინოთ, როდესაც თქვენ სამ საგანს დაასახელებთ, რადგან მოგვიანებით (დაახლოებით 1 წუთში) მან უნდა გაიმეოროს ეს სახელები. ამ განმარტების შემდეგ დაასახელეთ სამი ობიექტი (მაგ. ბურთი, დროშა, ხე).
4. **ტესტის შედეგების ინტერპრეტაცია:** თუკი პაციენტი სამივე საგნის დასახელებას უშეცდომოდ გაიმეორებს, დემენცია ნაკლებად სავარაუდოა. ერთი ან ორი შეცდომის შემთხვევაში დემენციის არსებობის ალბათობა იზრდება და შემდგომი შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია მინი-ფსიქიკური ტესტის ჩატარება.³⁴

III.

1. **ტესტი:** "ცხოველების დასახელება".
2. **მიზანი:** მოწმდება მეტყველების მანერა და სემანტიკური მეხსიერება.
3. **შესრულების ტექნიკა:** სთხოვთ პაციენტს, ერთი წუთის მანძილზე დაასახელოს იმდენი ცხოველი, რამდენსაც ამ დროში მოახერხებს.
4. **ტესტის შედეგების ინტერპრეტაცია:** პაციენტებში, ალცჰეიმერის დაავადებით, ტესტის შედეგი, ჩვეულებრივ, ასე გამოიყურება "ძალი, კაგა, ძროხა (ხანგრძლივი პაუზა), ძალი. . ." ამის შემდეგ პაციენტს ყურადღება სხვა საგანზე გადააქვს და კარგავს ფოკუსს. დემენციის არარსებობისას ხანდაზმულ ადამიანს, საშუალოდ, წუთში 18 სხვადასხვა ცხოველის დასახელება შეუძლია. 12-ზე ნაკლები შედეგი პათოლოგიის მაჩვენებელია და მინი-ფსიქიკური ტესტის 23-ზე ნაკლებ მაჩვენებელს შეესაბამება. ამ ტესტის შედეგზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ასაკი და განათლების დონე, მაგრამ 18-დან 12-მდე მღვარი აბსოლუტურად მისაღებია პათოლოგიური და ნორმალური მდგომარეობის გასამიჯნად.³⁵

IV.

1. **ტესტი:** "საათის ტესტი"
2. **მიზანი:** საფეთქლის წილის არადომინანტური ფუნქციების შეფასება, რაც ალცჰეიმერის დაავადების ადრეულ სტადიებზე მნიშვნელოვნად შემცირებულია.
3. **შესრულების ტექნიკა:** თეთრი ქაღალდზე შემოხაზვით, დაახლოებით, 2 სმ დიამეტრის წრე. შემდეგ სთხოვთ პაციენტს, საათის ციფერბლაგის მსგავსად, წრეში განათავსოს ციფრები 1-დან 12-მდე.
4. **ტესტის შედეგების ინტერპრეტაცია:** დემენციური პაციენტები ვერ ახერხებენ ციფრების თანმიმდევრულ და სიმეტრიულად განლაგებას. ისინი ციფრებს უპირატესად მარჯვენა ნახევარში ათავსებენ. ტესტის შედეგების შეფასებისათვის საჭიროა წრე ოთხ სექტორად გაიყოს. საუკეთესო შემთხვევაში, თითოეული სექტორი სამ ციფრს უნდა მოიცავდეს (12-დან 2-მდე, 3-დან 5-მდე და ა.შ). პირველ სამ სექტორში ციფრების განთავსების მიხედვით პაციენტმა შეიძლება მიიღოს 0 ქულა (რაც ნორმას ასახავს) ან 1 ქულა (ნორმიდან

გადახრის მაჩვენებელია). მეოთხე სექტორი (9-11), რომელიც დემენციის ყველაზე მგრძობიარე ინდიკატორია, ფასდება ან 0–ნორმის, ან 4 ქულით–პათოლოგიის შემთხვევაში. ქულათა მაქსიმალური რიცხვი 7-ია. თუკი ტესტის შედეგი უტოლდება ან აღემატება ოთხს, მაღალია დემენციის არსებობის ალბათობა. ხშირად დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს მხოლოდ მეოთხე სექტორის მონაცემებს.

5. ტესტის დიაგნოსტიკური ღირებულება დემენციის დიაგნოსტიკისას: ³⁶

მგრძობელობა: 87% ;

სპეციფიკურობა: 82% , თუმცა ტესტი არ იძლევა დემენციის სიმძიმის დადგენის საშუალებას.

დეპრესიის გერიატრიული სკალა
(დეპრესიის ევანს ლივერპულის 15-პუნქტიანი რეიტინგის სკალა)

შეკითხვები პაციენტებისათვის:

1. ბოლო დროს ხომ არ გრძნობთ განსაკუთრებულ სევდას ან ხშირად გირით?
2. რას ფიქრობთ, როდესაც თქვენ თავს სხვა ხალხს აღარებთ? უფრო უკეთ გამოიყურებით, ვიდრე თქვენი ასაკის სხვა ადამიანები, უარესად, თუ ისევე, როგორც ისინი? (შეკითხვა დადებითად ფასდება, თუ პაციენტი თავის თავზე ცუდი წარმოდგენისაა)
3. ხომ არ არის რაიმე, რაშიც თქვენ თავს აღანაშაულებთ ან ბრალს სდებთ? (შეკითხვა დადებითად ფასდება, თუ პაციენტს გაუმართლებლად უჩნდება დანაშაულის გრძნობა)
4. განსაკუთრებით ბევრს ხომ არ ნერვიულობთ?
5. გაქვთ თუ არა საკმარისი ენერჯია იმისათვის, რომ გააკეთოთ ის, რისი გაკეთებაც გსურთ?
6. კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?
7. როგორ ფიქრობთ, რას გიმზადებთ მომავალი? (შეკითხვა დადებითად ფასდება, თუ პაციენტი პესიმისტურადაა განწყობილი)
8. ხანდახან ხომ არ ფიქრობთ, რომ არ ღირს ცხოვრება?
9. როდესმე ხომ არ გიგრძენიათ, თითქოს ცოცხალი აღარა ხართ?
10. ხომ არ გიფიქრიათ როდესმე, ვნება მიაყენოთ (ფიზიკური ზიანი) საკუთარ თავს?

შეკითხვები ახლობლების ან იმ პირებისათვის, რომლებიც პაციენტს უვლიან და მასთან ახლოს იმყოფებიან:

1. ცდილობს თუ არა პაციენტი სოციალურად იზოლირებული იყოს სხვა პირებისაგან?
2. ხომ არ უჩივის პაციენტი მარტოობას (არ იგულისხმება ფიზიკური სიმარტოვე)?
3. როგორ იკვებება პაციენტი- ხომ არ უკლო საკვების მიღებას ან ხომ არ დაიკლო წონაში (ცნობილი ორგანული პათოლოგია არ აღინიშნება)?
4. აქვს თუ არა პაციენტს ძილთან დაკავშირებული პრობლემები: უჭირს ჩაძინება, იღვიძებს ადრე დილით, იღებს საძილე საშუალებებს?
5. გაღიზიანებული ხომ არ არის და მოუსვენრობს?

ტესტის შედეგი 5-ზე ან 6-ზე მეტი განსაკუთრებული სპეციფიკურობითა და მგრძობიანობით ხასიათდება.

დეპრესიის გერიატრიული სკალის შემოკლებული ხუთ-პუნქტიანი ვარიანტი

1. მოგადად, 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 არ 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 საჭარაუდოს 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	ანჰიბირებს ღვიძლის ციტოქრომულ P-450
პაროქსეტინი (პაკსილი)	10 მგ	10-40მგ	ძალიან დაბალი	20-30 სთ	ანჰიბირებს 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* (ეფექსორი)	25 მგ	75-100 მგ	ძალიან დაბალი	8-20 სთ	თირკმლის ან ღვიძლის დააგადებებისას მცირდება პრეპარატის კლირენსი, შეიძლება განვითარდეს დოზაზე დამოკიდებული ჰიპერტენზია
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები					
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 (ველბუტრინი)	50-100 მგ	150-400 მგ	ზომიერი	8-20 სთ	—
ნეფაზოდონი (სერზონი)	100 მგ	200-400 მგ	ზომიერი	<8 სთ	წინააღმდეგნაჩვენებია ტერფენაბინთან, ასტემიზოლთან და ციპროჰიდთან ერთად დანიშვნა

* ამჟამად, პრაქტიკულად არ შემოდის საქართველოს ფარმაცოლოგიურ ბაზარზე

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. C.Eliopoulos., Gerontological Nursing., Second Edition., 1987.
2. G.K. Wilcock, J.A.M. Gray and J.M. Longmore., Geriatric problems in general practice., Second Edition., 1995
3. Evans L.K, 1987; Bachman D.L., Wolf PA., Linn R. et al., 1992
4. Fredrick T. Sherman, Easy-to-use screening tools speed initial office work-up., Geriatrics, August, 2001
5. **გაიანე სიმონია, ირინა ანდრონიკაშვილი, კლინიკური გერიატრია., 2001**
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994:124-55,339-50.
7. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987;76:465-79.
8. Ham RJ. Confusion, dementia and delirium. In: Ham RJ, Sloane PD, eds. Primary care geriatrics: a case-based approach. 3d ed. St. Louis: Mosby, 1997:106-7.
9. Panisset M, Stem Y. Gauthier S., eds. Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease. 1st ed. London:Dunitz, 1996; chapter 8:129-139
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
11. Wells CE. Pseudodementia. Am J Psychiatry 1979; 136:895-900.
12. Roses AD. Alzheimer's disease: the genetics of risk. Hosp Pract [Off Ed] 1997;32(7):51-5,58-63,67-9.
13. Levkoff S, Cleary P. Epidemiology of delirium: an overview of research issues and findings. Int Psychogeriatrics 1991; 3(2):149-167
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.
15. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. Age and Aging; 1991:20:332-336
16. Anthony JC, LeResche L, Niaz V, Von Korff MR, Folstein MF. Limits of the "MMSE" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. Psychol Med 1982; 12:397-408
17. O'keeffe ST, Lavan JN. Use of serial MMSE scores to monitor development and resolution of delirium in elderly hospital patients. Abstract to Autumn Meeting of the British Geriatrics Society, October 1995.
18. Koponen H, Hurri L, Stenback U, Reikkinen PJ. Acute confusional states in the elderly: A radiological evaluation. Acta Psych Scand 1987;76:726-731
19. Levkoff SE, Safran C, Cleary PD, Gallop J, Phillips RS. Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in elderly hospitalised patients. JAGS 1988; 36:1099-1104
20. Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons:outcomes and predictors. JAGS 1994;42:809-815.
21. Gustafson Y, Brannstron B, Berggren D, Ragnarsson JI, Sigaard J, Bucht G, Reiz S, Norberg A, Winblad B. A geriatric-anesthesiologic program to reduce acute confusional states in elderly patients treated with femoral neck fractures. JAGS 1991;39:655-662.
22. Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horowitz RI, Cooney LM, Tinetti ME. A controlled trial of a nursing-centred intervention in hospitalized elderly medical patients: the Yale Geriatric care Program. JAGS 1993;41:1353-1360
23. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acompora D, Holford TR and Cooney LM. A multi-component intervention to prevent delirium in hospitalised older patients. NEJM 1999; 340:669-676
24. Koizumi K, Shiraishi H, Ofuku K, Suzuki T. Duration of delirium shortened by the correction electrolyte imbalance. Japanese J of Psychiatry and Neurology 1988;42(1):81-88
25. Liptzin B, Levkoff SE. An empirical study of delirium subtypes. B J Psych 1992;161:843-845.
26. Lofgren RP, MacPherson DS, Granieri R, Myllenbeck S, Sprafka J. Mechanical restraints on the medical wards: are protective devices safe? Am J Public Health 1989;79(6):735-738.
27. Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 1999; 174:307-11
28. Ben Green, Psychiatry in General Practce., UK., 1994
29. Reynolds CF, Zubenko GS, Pollock BG, et al. Depression in late life. Curr Opin Psychiatry 1994; 17:1821.
30. L. Smeeth, Astrid E Fletcher, S. Stirling, M. Nunes, E. Breeze; Randomised comparison of tree methods of administering a screening questionnaire to elderly people: findings from the MRC trial of assessment and management of older people in the community, BMJ 2001; 323:1403
31. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc 1999; 47(7):873-8

32. Bruce Pollock, MD, by Marc E. Weksler, MD., Clinical update: How to recognize and treat depression in older patients. *Geriatrics.*, January 2000.
33. Pollock BG. Adverse reactions of antidepressants in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl. 20):4-8.
34. Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med* 1991; 115(2):122-32
35. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimers Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 1989; 39 (9):1159-65
36. Watson YI, Arfken CL, Birge SJ. Clock completion: An objective screening test for dementia. *J Am Geriatric Soc* 1993; 41(11):1235-40