

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობა

გაიდლაინი

მარტი 2009

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

შინაარსი

i. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი	4
1. პრობლემის განმარტება.....	5
1.1. ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიები.....	5
1.2. დაცემა და მოტეხილობები	7
1.3. მხედველობის და სმენის დაქვეითება	7
1.4. შარდის შეუკავებლობა	8
1.5. პოლიფარმაცია	9
1.6. კვებითი დეფიციტი.....	9
1.7. ანემია.....	9
1.8. არტერიული ჰიპერტენზია	9
2. ეპიდემიოლოგია	10
2.1. ხანდაზმულებში დემენციისა და დეპრესიის ეპიდემიოლოგია.....	10
2.2. დაცემისა და მოტეხილობების ეპიდემიოლოგია	12
2.3. მხედველობისა და სმენის გაუარესების ეპიდემიოლოგია	12
2.4. შარდის შეუკავებლობის ეპიდემიოლოგია	12
2.5. პოლიფარმაციის ეპიდემიოლოგია.....	13
2.6. კვებითი დეფიციტის ეპიდემიოლოგია.....	13
2.7. ანემიის ეპიდემიოლოგია	13
2.8. ხანდაზმულებში არტერიული ჰიპერტენზიის ეპიდემიოლოგია	14
3. ეტიოპათოგენეზი	15
3.1. ხანდაზმულებში დემენციისა და დეპრესიის მიზეზები	15
3.2. დაცემისა და მოტეხილობების რისკ-ფაქტორები	17
3.3. სენსორული დისფუნქციის ეტიოპათოგენეზი	18
3.4. შარდის შეუკავებლობის მიზეზები.....	19
3.5. პოლიფარმაციის მიზეზები.....	19
3.6. ხანდაზმულებში კვებითი დეფიციტის მიზეზები	20
3.7. ანემიის ეტიოპათოგენეზი.....	21
3.8. არტერიული ჰიპერტენზიის ეტიოპათოგენეზი	22
4. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები	22
4.1. ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიები	22
4.2. მოტეხილობები	25
4.3. სენსორული ფუნქციების გაუარესება.....	25
4.4. შარდის შეუკავებლობის სიმპტომები და ნიშნები	26
4.5. პოლიფარმაცია	26
4.6. ნუტრიციული სტატუსის დარღვევა	27
4.7. ანემია.....	27
4.8. ჰიპერტენზია.....	27
5. ხანდაზმული პაციენტის ფუნქციონალური მდგომარეობის შეფასება და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები	28
5.1. ხანდაზმულთა ზოგადი ფუნქციონალური შეფასება	28
5.2. მობილურობის შეფასება	29
5.2.1. ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შეფასება ..	30
5.2.2. დაცემის რისკის შეფასება	30
5.2.3. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება	31
5.2.4. მხედველობის ფუნქციის შეფასება	34
5.2.5. სმენის შეფასება.....	35
5.2.6. შეფასება შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში	36
5.2.7. მედიკამენტური რეჟიმის შემოწმება.....	36

5.2.8. სკრინინგი რკინადეფიციტურ ანემიაზე	37
5.2.9. ნუტრიციული სტატუსის შეფასება	37
5.2.10. სკრინინგი ჰიპერტენზიაზე	38
7. გამოკვლევების სქემა	40
7.1. ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიები	40
7.2. დაცემა და მოტეხილობები	42
7.3. მხედველობის და სმენის დაქვეითება	43
7.4. შარდის შეუკავებლობა	45
7.5. პოლიფარმაცია	46
7.6. კვებითი დეფიციტი	48
7.7. ანემია	49
6.8. არტერიული ჰიპერტენზია	49
8. პრევენციის სქემა	49
9. მეთვალყურეობა	49
10. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები	50
11. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები	51
10.1. ხანდაზმულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის პრაქტიკის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები	51
11. გაიდლაინის მიღების ხერხი	52
12. ალტერნატიული გაიდლაინი	53
13. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა	53
14. ავტორთა ჯგუფი (რედაქტორი, ექსპერტები, რევენზენტები)	53
დანართი № 1. ყოველდღიური საქმიანობის უნარის შეფასება	54
კარტზის ინდექსი	54
მანუალური დათვლის ტესტის შესრულების წესები	55
სწრაფი სიარულის ტესტი	55
სკამიდან წამოდგომის ტესტი	55
დანართი № 2. დაცემის რისკის შეფასება	57
ტესტი "ადექი და წადი"	57
"სტატიკური ბალანსის ტესტი"	57
დანართი № 3. ფსიქიკური სტატუსის შეფასება	58
მინი-მენტალური ტესტი	58
შემოკლებული მენტალური ტესტი:	59
ტესტი: "სამი პუნქტის გამეორება"	59
ტესტი: "ცხოველების დასახელება"	59
ტესტი: "საათის ტესტი"	60
დეპრესიის გერიატრიული შკალის შემოკლებული ხუთ-პუნქტიანი ვარიანტი	61
დანართი № 4. მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა	62
დანართი № 5. სმენის შეფასება	65
ჩურჩულით სმენის შეფასების ტესტი	65
საათის წიკწიკის ტესტი	65
დანართი № 6. კვებითი რეკომენდაციები	66
15. გამოყენებული ლიტერატურა	68

i. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

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

1. პრობლემის განმარტება

ხანდაზმული პაციენტების ჯანმრთელობის დაცვა პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი უმთავრესი ფუნქციაა. დღესდღეობით მთელს მსოფლიოში აღინიშნება მოსახლეობის “დაბერების” ტენდენცია. ამდენად, სამედიცინო საზოგადოება სულ უფრო მეტ ყურადღებას უთმობს 65 წლის ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფში პრევენციის ეფექტიანი მეთოდების განხორციელებას.

ტრავმატიზმის თავიდან აცილება, დაავადებიაზობისა და ინვალიდობის შემცირება, კვების რეჟიმის დაცვა, შეუკავებლობის მართვა, შემეცნებითი ფუნქციების შეფასება, დეპრესიის ადრეული იდენტიფიცირება და მკურნალობა, ადეკვატური მედიკამენტური რეჟიმის უზრუნველყოფა, დამოუკიდებელი აქტივობის უნარის შენარჩუნება-ყველა ეს, ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი ასპექტებია. დღევანდელ პირობებში შესაძლებელია ხანდაზმულებში გავრცელებული ბევრი პრობლემის კორექცია და ამდენად, მათი დროული დიაგნოსტიკა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

წინამდებარე გაიდლაინის მიზანია ხანდაზმულებში გავრცელებული პრობლემების მიმოხილვა და მათი დროული იდენტიფიცირებისთვის რეკომენდაციების წარმოდგენა.

1.1. ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიები

ფსიქიკური ჯანმრთელობა განსაზღვრავს ადამიანის უნარს მართოს და გადალახოს ცხოვრებისეული სირთულეები, ოპტიმალურად გამოიყენოს საკუთარი უნარები და შეინარჩუნოს ემოციური სტაბილურობა. ასაკოვანი პიროვნება იმ გამოცდილების წყალობით, რომელიც მან განვილი ცხოვრების მანძილზე შეიძინა, ამ მდგომარეობას უფრო იოლად აღწევს. ხანდაზმულთა ადაპტაციის ტიპი დამოკიდებულია მათ შემდეგ რესურსებზე: ჯანმრთელობა, ფინანსური მდგომარეობა, განათლება და ცხოვრებისეული გამოცდილება, პერსონოლოგიური (ხასიათის

კონსტიტუციური) თავისებურებები, სხვა ასაკობრივი ჯგუფების მოთხოვნები და მათი დამოკიდებულება ხანდაზმულთან.¹

ხანდაზმულ ასაკში ადამიანს ნაკლებად უჩნდება ილუზია იმის თაობაზე, თუ ვინ არის ახლა ან ვინ იქნება მომავალში. მათი ფსიქიკური პრობლემების აღმოცენება უპირატესად უკავშირდება სტერეოტიპების მკვეთრ ცვლილებებს, ახლობელი ადამიანების დაკარგვას, ჯანმრთელობის გაუარესებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დამკვიდრება, ფსიქიკური პრობლემები ადრეული გამოვლენა - დიაგნოსტიკა და უკვე არსებული ფსიქიკური პრობლემის უარყოფითი ზეგავლენის მინიმუმამდე შემცირება_ეს, სწორედ ის ამოცანებია, რომელიც წარმატებით შეიძლება განხორციელდეს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში.

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.²(IV,V) პიროვნებისათვის ქცევის ჩვეული ტიპისაგან მნიშვნელოვანი გადახრა, მითუფრო თვისობრივად ახალი ფენომენების აღმოცენება (ემოციური ლაბილობა, აგრესიულობა, მზის ჩასვლის სინდრომი, დღე-ღამის ციკლის აღრევა, დანაკლისისა და ცუდი დამოკიდებულების შინაარსის უსაფუძვლო იდეები,, ორმაგი ორიენტაცია, ჰალუცინაციური ჩართვები) სამედიცინო ჩარევას მოითხოვს. ამდენად, ხანდაზმულთა რეგულარული მეთვალყურეობის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანა ფსიქიკური სფეროს სწორად შეფასება, დემენციისა და დეპრესიის დროული იდენტიფიცირება და საჭიროების შემთხვევაში, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების დროული ჩართვაა.

დემენცია-კლინიკური სინდრომია, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ფსიქიკური ფუნქციების: ინტელექტუალურ-მნესტიური (აზროვნებისა და მეხსიერების) უნარების გაუარესება, ნებითი სფეროს კონტროლის მნიშვნელოვანი დაქვეითება, რაც ექვსი თვის ან უფრო ხანგრძლივი დროის მანძილზე გრძელდება და იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე. ამას შესაძლოა თან ახლდეს ემოციური კონტროლის დაქვეითება, სოციალური ქცევის, მოტივაციის, უმაღლესი კორტიკალური ფუნქციებისა და პერსონალური თვისებების

თანდათანობითი შეცვლა. ცნობიერება დემენციის შემთხვევაში დამოკიდებულია თავის ტვინის ქერქის დეგენერაციული პროცესის ხარისხზე და შესაძლოა იყოს ნათელი, დელირიული და მოციმციმე.³

დეპრესია ემოციური (აფექტური სფეროს) პათოლოგიაა, რასაც თან ახლავს ინტერესის და სიამოვნების განცდის დაკარგვა, ბრალეულობის შეგრძნება და დაბალი თვითშეფასება, მაღალი შფოთვა ან პირიქით-აპათია, ძილის ნორმალური ციკლის დარღვევა, ენერჯისა და კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება. ამ პრობლემებს შესაძლოა ქრონიკული ან მორეციდივე ხასიათი ჰქონდეს და სერიოზულად გააუარესოს პაციენტის ყოველდღიური საქმიანობის უნარი და ცხოვრების ხარისხი⁴, განაპირობოს სუიციდური მცდელობა.

1.2. დაცემა და მოტეხილობები

ხანდაზმულებში მაღალია დაცემისა და მოტეხილობების რისკი. პაციენტისა და მისი მომვლელების კონსულტირება ტრავმის თავიდან აცილების შესახებ მნიშვნელოვნად ამცირებს სიკვდილობასა და ავადობას. მობილურობისა და ფიზიკური აქტივობის უნარის შეფასებისათვის რეკომენდებული მარტივი ტესტების საშუალებით ხერხდება იმ პირთა იდენტიფიცირება, ვისაც ფუნქციონირების მკვეთრი შეზღუდვა აღენიშნება და ამის გამო მაღალი აქვს დაცემის რისკი. დროული ჩარევა და შესაფერისი სარეაბილიტაციო ღონისძიებები საკმაოდ მძიმე შემთხვევებშიც კი, პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით, შედეგიანია.⁵ (I; II)

1.3. მხედველობის და სმენის დაქვეითება

მხედველობის დაქვეითება მთელ რიგ არასასურველ მოვლენებთანაა დაკავშირებული, კერძოდ მნიშვნელოვნად უარესდება მოხუცის ფუნქციონალური სტატუსი და ცხოვრების ხარისხი,^{6,7} მაღალია დეპრესიისა^{8,9,10} და დაცემის¹¹ რისკი. (III;IV) ხანდაზმულთა დიდი ნაწილი არც კი აღნიშნავს, რომ მხედველობის გაუარესებას უჩივის, ვინაიდან ამას სიბერესთან დაკავშირებულ გარდაუვალ მოვლენად მიიჩნევს.¹² (III;IV) ზოგიერთი მათგანი ამ პრობლემას სათანადოდ ვერ აფასებს ან სხვა დაავადება იმდენად დომინანტურია, რომ ხელს უშლის სენსორული დისფუნქციის დაფიქსირებას. ხანდაზმულებში მხედველობის გაუარესების შემთხვევების გამოვლენას

აფერხებს ისიც, რომ მოხუცების უმრავლესობას ქირურგიული ჩარევის ემინია, რაც მათი აზრით მკურნალობის ერთადერთი გზაა, ასევე სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს სიბრმავის შიში. სიბრმავის მასტიგმატიზებული ეფექტი იმდენად ძლიერია, რომ ხანდაზმულები ამაზე ფიქრსაც კი გაუბრძანდებიან.¹³ (III; IV)

არანაკლებ საყურადღებო პრობლემაა სმენის დაქვეითება, სამწუხაროდ, ხანდაზმულებში სმენის აღდგენა ვერ ხერხდება და დამხმარე საშუალებების გამოყენება ხდება საჭირო. თუმცა ადრეული დიაგნოსტიკა და შესაფერისი დახმარების დროულად აღმოჩენა ამცირებს სმენის გაუარესებასთან დაკავშირებულ არასასურველ გამოსავლებს, როგორცაა სოციალური და ემოციური იზოლაცია, კლინიკური დეპრესია და ყოველდღიური საქმიანობის უნარის შეზღუდვა.¹⁴(III) სმენის დაქვეითების ეს სავალალო შედეგები ხანდაზმულ ასაკში განსაკუთრებით თვალსაჩინოა.

1.4. შარდის შეუკავებლობა

შარდის უნებლიე შეუკავებლობა საკმაოდ ხშირია ხანდაზმული ასაკის ადამიანებს შორის. შარდის შეუკავებლობა შეიძლება გამოიხატოს მცირე რაოდენობის შარდის უნებლიეთ გამოყოფის ეპიზოდებით ან მუდმივი არაკონტროლირებადი შარდით.¹⁵

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.¹⁶(III) 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.¹⁷(III)

1.5. პოლიფარმაცია

პოლიფარმაციის უნიფიცირებული განმარტება არ არსებობს. ავტორთა უმრავლესობა პოლიფარმაციად მიიჩნევს 5-დან 10-მდე მედიკამენტის მოხმარებას ან, რაოდენობის მიუხედავად, ერთი და იგივე ჯგუფის სხვადასხვა პრეპარატის ერთდროულად გამოყენებას ან თუნდაც ერთი წამლის არასწორი დანიშნულებით მიღებას.¹⁸ (IV;V)

1.6. კვებითი დეფიციტი

ხანდაზმულებში კვებითი დეფიციტი საკვების არასწორ ან არაადეკვატურ მიღებას გულისხმობს და თან ახლავს უმადობა, კუნთების განლევა და წონაში დაკლება. ამ მდგომარეობას ამწვავებს დანაკარგი, მარტობა, დამოკიდებულება და ქრონიკული დაავადებები. კვებითი დეფიციტის ფონზე მოსალოდნელია ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სიცოცხლის ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუარესება. კვებით დეფიციტს ფიზიკური და ფსიქოსოციალური ფაქტორების ერთობლიობა უდევს საფუძვლად, და ამდენად მისი მართვისთვის ყველა მათგანის გათვალისწინებაა საჭირო.¹⁹ (Vb)

1.7. ანემია

რკინადეფიციტური ანემია ხანდაზმულებში საკმაოდ ხშირი პრობლემაა. მართალია, ანემიით დაავადებიანობა ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება,²⁰(III) მაგრამ ეს პათოლოგია არ უნდა განიხილებოდეს, როგორც ასაკის მატებასთან დაკავშირებული ნორმალური მოვლენა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტების თანახმად ანემიად ითვლება ჰემოგლობინი <120გრ/ლიტრზე ქალებში და <130 გრ/ლიტრზე მამაკაცებში.

1.8. არტერიული ჰიპერტენზია

ასაკი კარდიოვასკულური ავადობის ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორია. ამდენად, ხანდაზმულებში არტერიული ჰიპერტენზიის ადრეულ გამოვლენას უდავოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს. არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებშია თუ სისტოლური ვწყ. სვ-ის 119 მმ-ს, ხოლო დიასტოლური ვწყ.სვ-ის 79 მმ-ს არ აღემატება; სისტოლური წნევა ვწყ.

სვ-ის 120-139 მმ, ხოლო დიასტოლური ვწყ. სვ.80-89 მმ პრეჰიპერტენზიაზე მიუთითებს. ჰიპერტენზიის I სტადია სისტოლური წნევის ვწყ. სვ 140-159 მმ-ს, ხოლო დიასტოლური წნევის ვწყ. სვ-ის 90-99 მმ-ს შეესაბამება. ხოლო სისტოლური წნევა ვწყ.სვ-ის 160 მმ და მეტი და დიასტოლური ვწყ. სვ-ის 100 მმ და მეტი ჰიპერტენზიის II სტადიაზე მიუთითებს.²¹

მდგომარეობა, როცა სისტოლური წნევა ვწყ. სვ-ის 140 მმ და მეტია, ხოლო დიასტოლური წნევა ნაკლებია ვწყ.სვ-ის 90-ზე, ითვლება იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიად. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს სტადიის მიკუთვნება ხდება სისტოლური წნევის დონის მიხედვით. მაგ, არტერიული წნევის ციფრების 170/82 მმ.ვწყ.სვ. შემთხვევაში, პირი მიეკუთვნება ჰიპერტენზიის II სტადიას. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია განსაკუთრებით ხშირია ხანდაზმულ ასაკში.^{19, 22}

2. ეპიდემიოლოგია

არაინსტიტუციონალიზებული ხანდაზმული პაციენტების უმრავლესობას სერიოზული პათოლოგიები არ აღენიშნება და მათი ჩივილები ძირითადად ასაკობრივი ცვლილებებით და თანდართული ქრონიკული პრობლემებითაა განპირობებული. ამ პაციენტებში ხშირია სენსორული ფუნქციების გაუარესება, მობილურობის შეზღუდვა, მენჯის ღრუს ორგანოთა ნორმალური ფუნქციონირების მოშლა, დეპრესია, პოლიფარმაცია და მისი გვერდითი მოვლენები, დაცემისა და მოტეხილობის შემთხვევები.

2.1. ხანდაზმულებში დემენციისა და დეპრესიის ეპიდემიოლოგია

ფსიქიკური პრობლემებით ავადობა და დაავადებიაანობა ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. უკანასკნელი წლების განმავლობაში საქართველოშიც მკვეთრად მოიმატა ფსიქოგენურმა, ე.წ. რეაქტიულმა აშლილობებმა, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ასაკში.²³

ა) დემენცია

მსოფლიოში დემენციით დაავადებულია 24.3 მილიონი ადამიანი, ხოლო ყოველწლიურად 4.6 მილიონი ახალი შემთხვევა ფიქსირდება. დემენციის გლობალური ტვირთის გაზრდა ყოველ მომდევნო 20 წელიწადში ორჯერაა მოსალოდნელი, რაც იმას

ნიშნავს, რომ 2040 წლისთვის დემენციით 81.1 მილიონი ადამიანი იქნება დაავადებული.²⁴

2005 წელს დემენციის პრევალირების გლობალური კვლევით გამოვლინდა, რომ მსოფლიოში დემენციით დაავადებულობის მაჩვენებელი 65-69 ასაკობრივ ჯგუფში 0.6-1.9%-ია, 70-74 წლის პირებში 1.3-3.9%, 80-84 წლამდე 4.3-14.8%, ხოლო 85 წლის შემდეგ 9.7-33.2%-ის ფარგლებში მერყეობს.^{2(III)} გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები განვითარებად ქვეყნებში აღინიშნება.² 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 ზემოთ 18-32%-ს.^{25,26,27} (III) დემენციით დაავადებულობის გაცილებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა აღმოსავლეთ ბოსტონის კვლევაში, კერძოდ, 19% 75-84 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და 47% 85 წლის ზემოთ, ვარაუდობენ, რომ ეს ჰიპერდიაგნოსტიკით იყო გამოწვეული.²⁸ არაინსტიტუციონალიზებულ ხანდაზმულებში დემენციით ყოველწლიური ავადობა 65-74 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 0,6-1%, 75-84 წლის ასაკში 2-3%, ხოლო 85 წლის ზემოთ 4-8%-ს შეადგენს.²⁹ (III)

ქ. თბილისში ჩუღურეთის რაიონში საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის მიერ ხანდაზმულთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ სამიზნე ჯგუფში (შესწავლილ იქნა 75 წლის ზემოთ 522 პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაცია) 1999 წლის მონაცემებით არ იყო დიაგნოსტირებული მენტალური დისფუნქციის არც ერთ შემთხვევა. როგორც ჩანს, ექიმები არასათანადო ყურადღებას უთმობდნენ ამ ასპექტს. 2000 წლისათვის, სამედიცინო პერსონალის ტრენინგისა და მინი-ფსიქიკური ტესტისა და დეპრესიაზე სკრინინგული კითხვარის რუტინულ პრაქტიკაში დანერგვის შემდეგ, დიაგნოსტირებულ იქნა დემენციის 73 (12%) და დეპრესიის 10 (1,6%) შემთხვევა.³⁰ (IV)

ბ) დეპრესია

არაერთი კვლევით დასტურდება ხანდაზმულებში დეპრესიის დაავადებულობის მაღალი მაჩვენებელი. ერთ-ერთი სისტემური მიმოხილვის მონაცემებით თემში მცხოვრებ ხანდაზმულებში (65 წლის ზემოთ) დეპრესიით დაავადებულობა 0.9%-დან 9.4%-მდე მერყეობს, ხოლო ინსტიტუციონალიზებულ პაციენტებში 14-42%-ს შეადგენს.³¹(III) ამასთანავე ხანდაზმულებში ახალგაზრდებთან შედარებით ორჯერ

მაღალია სუიციდის რისკი.³²(III) ქალებში მამაკაცებთან შედარებით დეპრესია ორჯერ უფრო ხშირია.³³ მსუბუქი დეპრესიით დაავადებიანობა 4-13%-ია, ხოლო დისტიმია* ხანდაზმულების 2%-ს აღენიშნება.³⁴

2.2. დაცემისა და მოტეხილობების ეპიდემიოლოგია

ხანდაზმულებში ხშირია დაცემის ეპიზოდები, რაც სერიოზული გამოსავლებით მთავრდება.³⁵(I) ამ ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია დაცემასთან ასოცირებული სიკვდილობის, ავადობის, ფუნქციონალური უნარის დაქვეითებისა და ნაადრევი ინსტიტუციონალიზაციის მაჩვენებლები.³⁶ ავსტრალიის ხანდაზმულებში დაცემის პრევენციის ინიციატივის კვლევის მონაცემებით 65 წლის ზემოთ პაციენტების 30% 12 თვის მანძილზე დაცემის ერთ ან რამოდენიმე ეპიზოდს აღწერს.³⁷ (III)

ძვლების ოსტეოპოროზული დაზიანების გამო დაცემის შედეგად მაღალია მოტეხილობების რისკი. დარჩენილი სიცოცხლის მანძილზე ოსტეოპოროზული მოტეხილობა 50 წლის ზემოთ ყოველ მეორე ქალსა და რვიდან ერთ მამაკაცშია მოსალოდნელი.³⁸ ოსტეოპოროზითაა განპირობებული ხანდაზმულებში ბარძაყისა და ხერხემლის მოტეხილობების 90%.³⁹

2.3. მხედველობისა და სმენის გაუარესების ეპიდემიოლოგია

მხედველობის გაუარესება ხანდაზმულებში საკმაოდ გავრცელებული პრობლემაა. 40 წლის შემდეგ თვალის დაავადებებისა და მხედველობის დაქვეითების რისკი ყოველ მომდევნო დეკადაში სამჯერ იზრდება.^{40,41} (III)

ხანდაზმულებში საკმაოდ ხშირია სმენის გაუარესება. ობიექტური მეთოდებით შეფასებისას სმენის დაქვეითება დგინდება 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა 33%-ში და 85 წლის და ზემოთ პირთა 50%-ში.⁴² (III)

2.4. შარდის შეუკავებლობის ეპიდემიოლოგია

აშშ ჯანმრთელობისა და კვების კვლევის მონაცემებით შარდის შეუკავებლობა აღენიშნება 85 წლის ზემოთ ქალების 20.9%.⁴³ სხვა კვლევებში შარდის შეუკავებლობის

* დისტიმია ხასიათდება შედარებით სუსტად გამოხატული დეპრესიული სიმპტომებითა და ხანგრძლივი მიმდინარეობით (2 წელი).

პრევალირების მაჩვენებელი 11-დან 55%-მდე მერყეობს.^{44,45,46,47} ხანდაზმულ ქალებში შარდის შეუკავებლობა მამაკაცებთან შედარებით ორჯერ უფრო ხშირია.⁴⁸

2.5. პოლიფარმაციის ეპიდემიოლოგია

პოლიფარმაციის გავრცელება ხანდაზმული მოსახლეობის რიცხოვნობის მატებასთან ერთად იზრდება. პოლიფარმაციის უნიფიცირებული განმარტების არარსებობის გამო სტატისტიკური მონაცემები პოლიფარმაციის ინსიდენტობისა და პრევალენტობის თაობაზე ფართო საზღვრებში 5%-დან 78%-მდე მერყეობს.⁴⁹ აშშ ჩატარებული კვლევების მონაცემებით 65 წლის ზემოთ პაციენტების 61%, რეცეპტით გასაცემ, სულ მცირე, ერთ, ხოლო დიდი ნაწილი ორ-სამ წამალს ერთდროულად ღებულობს.⁵⁰ ქალებში მამაკაცებთან შედარებით პოლიფარმაციის შემთხვევები მეტია. Jörgensen et al. შედეგების მიხედვით ქალებში რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების მოხმარება ერთდროულად 4.8, ხოლო მამაკაცებში 3.8 წამალს შეადგენს.⁵¹(III)

2.6. კვებითი დეფიციტის ეპიდემიოლოგია

კვებითი დეფიციტი ხანდაზმულებში ძალიან სერიოზული და გავრცელებული პრობლემაა. სხვადასხვა კვლევის შედეგებით კვებითი დეფიციტის პრევალირების მაჩვენებელი 10-დან 85%-მდე მერყეობს.¹⁵ (III) ასეთი ცვალებადობა განპირობებულია ამ კვლევებში კვებითი დეფიციტის სამუშაო განმარტების, მოსახლეობის მახასიათებლებისა და გარემოს ფაქტორების ვარიაბელობით. თემში მცხოვრებ ხანდაზმულებში, რომელთაც დამოუკიდებელი ფუნქციონირების უნარი შენარჩუნებული აქვთ კვებითი დეფიციტის გავრცელება 5-10%-ს არ აღემატება. მაშინ როდესაც, სახლს მიჯაჭვულ და ინსტიტუციონალიზებულ პაციენტებში ეს მაჩვენებელი 30-60%-ს აღწევს.^{52,53}

2.7. ანემიის ეპიდემიოლოგია

ჯანმოს კრიტერიუმით შეფასებისას ანემიით დაავადებულობის მაჩვენებელი 8-დან 44%-მდე მერყეობს და პიკს 85 წლის ზემოთ ასაკის მამაკაცებში აღწევს.^{54,55}

ზოგადსაქეიმო პრაქტიკაში ხანდაზმულებში ანემიის შემთხვევების 17% ქრონიკული დაავადებებითაა განპირობებული, 8% რკინადეფიციტურია, 8% თირკმლის ან ღვიძლის უკმარისობის ან რომელიმე ენდოკრინული პათოლოგიის ფონზე ვითარდება, 8% სხვადასხვა ჰემატოლოგიური დარღვევის შედეგია, 23% ინფექციებთანაა დაკავშირებული, ხოლო 36%-ში ანემიის მიზეზის ახსნა ვერ ხერხდება.⁵⁶

2.8. ხანდაზმულებში არტერიული ჰიპერტენზიის ეპიდემიოლოგია

საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზია ყველაზე ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით 2002 წელს საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზიით გამოწვეული ლეტალობის ხვედრითი წილი 48.8%-ია,⁵⁷ ამასთან აღინიშნება ჰიპერტენზიით ავადობისა და დაავადებულობის მატების ტენდენცია.²¹

არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების შესწავლის მიზნით, ვისკონსინის სამედიცინო კოლეჯის (აშშ), მილუოკის ჯანმრთელობის ტრენინგის საერთაშორისო ცენტრისა (აშშ) და ექსპერიმენტული და კლინიკური თერაპიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის (ხელმძღვანელი აკად. ნ. ყიფშიძე) მიერ 1996 წელს ჩატარებული ერთობლივი კვლევით ქალაქის პოპულაციაში (ქ. თბილისის დიდუბის რაიონი), არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება 40-70წ. ასაკის ინდივიდებში 59,9% (ქალები 59,1% და მამაკაცები 62,0%) და სოფლის პოპულაციაში (დუშეთის რაიონი) 40,5% (ქალები 42,0% და მამაკაცები 37,5%) იყო.²⁰

ამერიკის ჯანმრთელობისა და კვების ეროვნული კვლევის მონაცემების მიხედვით 2003-2004 წლებში ჰიპერტენზიის გავრცელება 18-39 წლამდე 7.3±0.9%, 40-დან 59 წლამდე 32.6±2.0%, ხოლო 60 წლის ზემოთ 66.3±1.8% შეადგენდა.⁵⁸

ხანდაზმულებში განსაკუთრებით გავრცელებულია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია. 60-70 წლის პირებში იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულობა 8%-ს, ხოლო 80 წლის ზემოთ 25%-ს აღემატება.

3. ეტიოპათოგენები

3.1. ხანდაზმულებში დემენციისა და დეპრესიის მიზეზები

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

1. შექცევადი ან ნაწილობრივ შექცევადი დემენცია
2. შეუქცევადი დემენცია

დემენციის გამომწვევი შესაძლო მიზეზები შექცევადობის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილი #1-ში.

დემენციაზე საექვო ნებისმიერ შემთხვევაში, პირველ რიგში უნდა გამოირიცხოს მისი გამომწვევი მიზეზი, რომელიც შექცევადია (ანუ ექვემდებარება მკურნალობას) და ამის შესაფერისად ჩამოყალიბდეს მდგომარეობის მართვის გეგმა.⁵⁹

ცხრილი № 1. დემენციის შესაძლო მიზეზები

შექცევადი დემენციის მიზეზები	შეუქცევადი დემენციის მიზეზები
<p>ავთვისებიანი სიმსივნეები მეტაბოლური დარღვევები ენდოკრინული დარღვევები ჰიპოთირეოზი ჰიპერთირეოზი ჰიპერგლიკემია ჰიპოგლიკემია ტრავმა ინტოქსიკაცია ალკოჰოლიზმიზი მძიმე ლითონებით მოწამვლავ 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 გიდ 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>

ხანდაზმულებში ალცჰეიმერის დაავადება დემენციის ყველა შემთხვევათა 60%-ს შეადგენს, დანარჩენი წარმოდგენილია სხვა პირველადი პროგრესირებადი

ატროფიული დაავადებებით (პიკის დაავადება, ჰანგტინგტონის ქორეა), ვასკულარული დემენციის, შერეული ტიპის დემენციის (ვასკულარული და ალცჰეიმერის დაავადების ერთდროული მანიფესტირება) და ლევის სხეულებთან ასოცირებული დემენციის სახით.

უკანასკნელ წლებში ჩატარებული ზოგიერთი პროსპექტული კოჰორტული კვლევის მონაცემებით ალცჰეიმერის დაავადების რისკი ასოცირებულია ასაკთან, განათლების დაბალ დონესთან და აპოლიპოპროტეინ E ϵ 4 გენტან. რისკის შემცირება აღინიშნება არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების, ღვინის, კოფეინის მოხმარებისა და რეგულარული ვარჯიშის ფონზე. ზოგიერთ კვლევაში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი დემენციის ოჯახურ ანამნეზს, სქესს, დეპრესიის ანამნეზს, ესტროგენებით ჩანაცვლებით თერაპიას, თავის ტრავმას, ანტაციდების გამოყენებას, თამბაქოს მოწევას, არტერიულ ჰიპერტენზიას, გულის დაავადებებს, ინსულტსა და დემენციის რისკის მომატებას შორის არ დასტურდება.⁶⁰ (III) ამავე დროს, სხვა კვლევები მიუთითებენ დემენციის ოჯახური ანამნეზის, თავის ტრავმისა და დაუნის სინდრომის შემთხვევაში ალცჰეიმერის დაავადების მომატებულ რისკზე.⁶¹

დეპრესია შესაძლოა განვითარდეს როგორც პირველადი, ენდოგენური ბუნების აფექტური აშლილობის ეპიზოდი, ან მეორადი-ეგზოგენური, ფსიქიკური ტრავმის, რიგი ორგანული დაავადების ან ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების ფონზე (იხ. ცხრილი #2). ამდენად, დიაგნოსტიკური ძიების წარმოებისას არსებითი მნიშვნელობა აქვს სრულყოფილი მედიკამენტური ანამნეზის შეკრებასა და დეპრესიის გამომწვევი ორგანული დაავადების გამორიცხვას. რისკ-ფაქტორები დეპრესიისათვის ხანდაზმულ ასაკში შემდეგია:⁶² ცხოვრებისეული სტერეოტიპების მკვეთრი ცვლილება, ახლობლის დაკარგვა უახლოეს 6 თვეში; მარტობა (ეს არ ნიშნავს მარტო ცხოვრებას); ცხოვრებით უკმაყოფილება; მდებრობითი სქესი (თუმცა, აღსანიშნავია, რომ სუიციდი უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში); თამბაქოს მოწევა.

ცხრილი №2, 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 ფოლიუმის მჟავა%) 	<ul style="list-style-type: none"> • სტეროიდები • რანიტიდინი და ციმეტიდინი • ინდომეტაცინი • კალციუმის არხების ბლოკერები მაგყ ნიფედისინი • ბეტა-ბლოკერები მაგყ პროპრანოლოლი • მეთილდოპამ ლ-დოპა • რეზერპინი • ტეტრაბენაზინი

3.2.დაცემისა და მოტეხილობების რისკ-ფაქტორები

ხანდაზმულეში ხშირია დაცემის შემთხვევები, რაც თანდართული ოსტეოპოროზის გამო უხშირესად მოტეხილობით მთავრდება.

დაცემის რისკ-ფაქტორებს შორის ყველაზე საყურადღებოა დაცემის ანამნეზი, კუნთოვანი სისუსტე, წონასწორობის დარღვევით მიმდინარე დაავადებები და მხედველობის დაქვეითება. (იხ. ცხრილი 3)

ცხრილი № 3 დაცემის რისკ-ფაქტორები⁶³

გარემო პირობები	სამედიცინო რისკ-ფაქტორები
საყრდენი ხარიხების/მოწყობილობის არ არსებობა	ასაკი
ცუდი განათება	შფოთვა და აჟიტირებული მდგომარეობა
ფეხის დაცურების საშიშროება	არითმია
ავეჯის ისეთი განლაგება, რაც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას	დეჰიდრატაცია
ნევროლოგიური და ძვალ-კუნთოვანი რისკ-ფაქტორები	დეპრესია
კიფოზი	მდედრობითი სქესი
წონასწორობის დარღვევა	მომრავობის უნარის შეზღუდვა
პერიფერიული მგრძობელობის დაქვეითება	კვებითი დეფიციტი
კუნთების სისუსტე	სედაციის გამომწვევი მედიკამენტები (ნარკოტიკული ანალგეზიური, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო და ფსიქოტროპული პრეპარატები)
სხვა რისკ ფაქტორები	ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია
დაცემის შიში	მხედველობის გაუარესება
	წარსულში დაცემის შემთხვევები
	ცნობიერების გაუარესება
	შარდის მწვავე შეუკავებლობა
	D ვიტამინის დეფიციტი

3.3. სენსორული დისფუნქციის ეტიოპათოგენეზი

პრევენციული პრაქტიკის თვალსაზრისით მეტად საყურადღებოა მხედველობის თანდათანობითი გაუარესების მიზეზების გათვალისწინება და მათი დროული იდენტიფიკაცია. მხედველობის თანდათანობითი გაუარესების ხშირი მიზეზებია კატარაქტა, რეტინოპათიები, ღიაკუთხოვანი გლაუკომა და ასაკობრივი მაკულარული დეგენერაცია. ეს უკანასკნელი ხანდაზმულებში სიბრძნის ერთ-ერთი უხშირესი მიზეზია. ბადურის მაკულარული ზონა ოპტიმალური მხედველობის არემია ლოკალიზებული. ეს ზონა მხოლოდ ქორიოკაპილარებით იკვებება. შესაბამისად, ქოროიდული კაპილარების ნებისმიერი დისფუნქცია ბადურის ცენტრალური ზონის ჰიპოქსიას იწვევს. ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით ხშირად ხანდაზმულ ადამიანებს უვითარდებათ.

ოფთალმოსკოპიური გამოკვლევების მონაცემები ვარიაბილურია. დეგენერაციის ე.წ. "მშრალი" ფორმის დროს აღინიშნება დეპიგმენტაციის და ჰიპერპიგმენტაციის ზონები, რომელთა განვითარებას ბადურის პიგმენტური ეპითელიუმის ცვლილებებს უკავშირებენ. დეგენერაციის "სველი" ანუ ექსუდაციური ფორმის დროს მაკულის მიდამოში შეინიშნება ამობურცული არე, რომელიც თავდაპირველად სეროზულ სითხეს შეიცავს, ხოლო შემდგომში მისი შიგთავსი სისხლნარევი ხდება. გვიან სტადიაზე ამ ადგილზე ფოლაქი ვითარდება.

სმენის დაქვეითება, ჩვეულებრივ, ნეიროსენსორული მექანიზმით ვითარდება. ნეიროსენსორული სიყრუე ხანდაზმულებში სმენის დაქვეითების უხშირესი მიზეზია და სმენის დისფუნქციის შემთხვევათა, დაახლოებით, 60%-ში აღინიშნება.³² გარდა ამისა, სმენის დაქვეითება შეიძლება გამოწვეული იყოს შემდეგი მიზეზებით:

- გოგირდის საცობი
- ტიმპანოსკლეროზი
- ოტოსკლეროზი
- პეჯეტის დაავადება
- ოტოტოქსიკური მედიკამენტები (მაგ. ამინოგლიკოზიდების ჯგუფის პრეპარატები, ქინიდინი)
- ტრავმა
- ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგია

- ფსევდო-სიყრუე (დეპრესია)

3.4. შარდის შეუკავებლობის მიზეზები

საკუთრივ ხანდაზმული ასაკი უცილობლად არ იწვევს შარდის შეუკავებლობას, თუმცა დაბერებასთან ასოცირებული ზოგიერთი ბიოლოგიური მოვლენა ხელს უწყობს ამას. კერძოდ, ხანდაზმულ ასაკში აღინიშნება:

- **შარდის ბუშტის დამცლელი კუნთის ტონუსის დაქვეითება** - ამის გამო ადგილი აქვს ნარჩენი შარდის მოცულობის მომატებას და პერიოდულად შეიძლება შარდის ბუშტის სპონტანური შეკუმშვაც აღმოცენდეს;
- **ურეთრის სფინქტერის ტონუსის დაქვეითება** - განსაკუთრებით შესამჩნევია ხანდაზმული ასაკის ქალებში;
- **ესტროგენის დეფიციტი** - ამ ფონზე აღინიშნება ურეთრის სფინქტერის ტონუსის დაქვეითება, ატროფიული ურეთრიტი და ვაგინიტი. ეს კი, თავის მხრივ, შარდის შეუკავებლობის განვითარებას უწყობს ხელს;
- **მამაკაცებში წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზია** - იწვევს ნარჩენი შარდის მოცულობის გაზრდასა და შარდის ბუშტის დამცლელი კუნთის მოდუნებას;
- **ვაზოპრესინის სეკრეციის ცირკადული რითმის დარღვევა** - განაპირობებს ნიქტურიასა და უნებლიე შარდვას.

ხანდაზმულებში შარდის შეუკავებლობის მიზეზები შეიძლება ოთხ ძირითად კატეგორიად დაიყოს - შარდის შეუკავებლობა გამოწვეული:⁶⁴

- *უროლოგიური დაავადებებით*
- *ნევროლოგიური დაავადებებით*
- *ფუნქციურ/ფსიქოლოგიური ფაქტორებით*
- *იატროგენული ან სხვა გარემო ფაქტორებით*

შარდის შეუკავებლობის რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება მობილურობის გაუარესება, ცნობიერების გაუარესება, ნევროლოგიური დარღვევები.

3.5. პოლიფარმაციის მიზეზები

დაბერებასთან დაკავშირებულ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს ხშირად თან ერთვის რამოდენიმე ქრონიკული დაავადება, რაც სერიოზულად ართულებს

მდგომარეობას და აუარესებს პაციენტის ფუნქციონირების უნარს. რამოდენიმე დაავადების თანაარსებობის გამო 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 იციან ერთიმეორის დანიშნულების თაობაზე. ხანდაზმული პაციენტი შეგნებულად თუ შეუგნებლად არ ეუბნება ახალ ექიმს ძველი დანიშნულების შესახებ. ასე რომ, მან შეიძლება განმეორებით მიიღოს ის წამალი, რასაც უკვე დიდიხანია სვამს და ორმაგი დოზით გააგრძელოს მკურნალობა, ან ექიმმა, ისეთი პრეპარატი გამოწეროს, რომლის გამოყენება უკვე ადრე დანიშნულ წამალთან ერთად დაუშვებელია. ასეთი ქმედების ფონზე იზრდება მედიკამენტების არასწორ მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკი, რაც ხანდაზმული პაციენტის ფიზიკურ მდგომარეობას მნიშვნელოვნად აუარესებს.¹⁷

3.6. ხანდაზმულებში კვებითი დეფიციტის მიზეზები

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

ცხრილი 4.

სოციალური რისკ-ფაქტორები	სამედიცინო რისკ-ფაქტორები	წამლისმიერი
<p>მარტობა იზოლაცია უმოდრაობა (მობილურობის შეზღუდვა ტრანსპორტირების გაართულების გამო) სიღარიბე იგნორირება (ქვრივი მამაკაცი, რომელსაც არ შეუძლია საკვების მომზადება) გლოვა ალკოჰოლიზმი დამოკიდებულება რეგრესია</p>	<p>სიმსივნე და სხივური თერაპია დეპრესია ქრონიკული ბრონქიტი და ემფიზემა ანორექსია გულის უკმარისობა სტენოკარდია უძილობა სიბრმავე სიყრუე დამბლა ართრიტი დემენცია გასტრექტომია შეგრენის სინდრომი დივერტიკულიტი კბილების არქონა</p>	<p>ასპირინი და არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტები (სისხლდენა და რკინის დეფიციტი) დიგოქსინი (მადის დაქვეითება) საფალარათო საშუალებები (კალიუმის დეფიციტი) ქიმიოთერაპია (ანორექსია) დიურეზული საშუალებების უმრავლესობა (კალიუმის დეფიციტი) ფენფორმინი (B12 ვიტამინის მალაბსორცია) მეთფორმინი კო-ტრიმოქსაზოლი (ფოლიუმის ანტაგონისტი)</p>

3.7. ანემიის ეტიოპათოგენეზი

ხანდაზმული ასაკი ანემიის უშუალო მიზეზი არ არის.^{65,66}(III) მეცნიერული მონაცემებით ვლინდება, რომ ჰემოგლობინის დონე 60-დან 98 წლამდე პერიოდში მნიშვნელოვნად არ იცვლება.^{67,68}(III) თუმცა, ექსპერიმენტული და კლინიკური კვლევებით დასტურდება, რომ დაბერების პროცესში ადგილი აქვს ჰემოპოეზის რეზერვის პროგრესულ დაქვეითებას, რის გამოც ჰემოპოეზური სტრესის ფონზე ანემიის განვითარების ალბათობა მკვეთრად იზრდება.⁶⁹ ასაკის მატება ჰემოპოეზის პროცესის თვისობრივ და რაოდენობრივ ცვლილებებთანაა დაკავშირებული. თვისობრივი ცვლილებები მოიცავს ჰემოპოეზური ელემენტების მომწიფების შეფერხებას და მიელოდისპლაზიას. რაოდენობრივი ცვლილებები, რაც გაცილებით ხშირია, ითვალისწინებს ჰემოპოეზური ღეროვანი უჯრედების კონცენტრაციის შემცირებას, ჰემოპოეზური ზრდის ფაქტორისა და მის მიმართ ერითროპოეტინების მგრძნობელობის დაქვეითებას. ჰემოპოეზური ზრდის ფაქტორის მიმართ ერითროპოეტინების მგრძნობელობის დაქვეითებას ასტიმულირებენ ანთების ციტოკინები. ასაკის მატებასთან ერთად სისხლსა და ქსოვილებში ანთების ციტოკინების კონცენტრაცია იზრდება.⁷⁰

ანემიას ხანდაზმულებში ძირითადად ჰიპერეგენერაციული ხასიათი აქვს და განპირობებულია პერიფერიული სისხლის დანაკარგის კომპენსირების უნარის დაქვეითებით. ზოგად საექიმო პრაქტიკაში ხშირია ქრონიკული დაავადებების, ინფექციების, თირკმლის ან ღვიძლის უკმარისობის, ჰემატოლოგიური მიზეზით განპირობებული, რკინადეფიციტური და უცნობი გენეზის ანემიები. განსაკუთრებული ინტერესის საგანია ხანდაზმულებში გაურკვეველი მიზეზით გამოწვეული ანემია. ეს შესაძლოა არაადეკვატური დიაგნოსტიკის ან ერითროპოეტინების აბსოლუტური ან შედარებითი დეფიციტის შედეგი იყოს, რაც პოტენციურად შექცევადია. ერითროპოეტინების აბსოლუტური დეფიციტი ხშირად თან ახლავს თირკმლის უკმარისობას, ხოლო შედარებითი დეფიციტი ჰემოგლობინის დონის დაქვეითებაზე ადეკვატური რეაგირების უუნარობას ასახავს.⁷¹

3.8. არტერიული ჰიპერტენზიის ეტიოპათოგენეზი

ხანდაზმულებში არტერიული წნევის მომატება უპირატესად ესენციური ჰიპერტენზიის მექანიზმებითაა განპირობებული და იშვიათად აქვს მეორადი ხასიათი.[†] კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების (სიმსუქნე, თამბაქოს მოწევა, დიდი რაოდენობით მარილი, ცხიმოვანი საკვები, ადინამია და ალკოჰოლი) როლი ამ ასაკობრივ ჯგუფში ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც ნებისმიერ სხვა ასაკში.⁷² (I)

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია განსაკუთრებულ პათოფიზიოლოგიურ კატეგორიას მიეკუთვნება. ამ დროს სისტოლური წნევის მომატება მსხვილი არტერიების კედლების ელასტიურობის დაქვეითებითაა განპირობებული და სისხლძარღვთა პერიფერიული რეზისტენტობის მომატება, ჩვეულებრივ, თან არ ახლავს.²¹

4. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები

4.1. ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიები

ა) დემენცია

ყველა პირველადი ატროფიული პროცესით გამოწვეული დემენცია მსგავსი ნიშნებით ხასითდება. უნდა აღინიშნოს, რომ ასაკი 45-65 წელი სწორედ ყველას მოიცავს- პიკის დაავადებასაც და ჰანტინგტონის ქორეასაც. თუმცა ალცჰეიმერი 60 წლამდე პრაქტიკულად არ იწყება. ატროფიული პროცესებისათვის ძირითადი ნიშნებიც ზოგადია და მათ ემატებათ კერძო- პიკში უპირატესად ანომია და პრაქსისის თავისებურება, ქორეაში ტორზიული სპაზმი და ჰიპერკინეზი.

ალცჰეიმერის დაავადებას ახასიათებს თანდათანობითი დასაწყისი, ვითარდება 45 წლის შემდეგ, ხოლო უხშირესად 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებში; მიმდინარეობს პროგრესულად და შეუქცევადია. ოდნავ უფრო ხშირად აღინიშნება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.

[†] დეტალებისთვის იხილეთ არტერიული ჰიპერტენზია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი და ჯანმრთელობის სერვისების კვლევების ცენტრი. 2006 თბილისი. www.moh.gov.ge

ალცჰეიმერის დაავადების დამახასიათებელი ძირითადი ნიშნებია⁷³:

1. მეხსიერების გაუარესება_თავდაპირველად პაციენტს არ ახსოვს უახლოესი მოვლენები, რაც ახალი ინფორმაციის მიღების უუნარობას უკავშირდება (ფიქსაციის უნარის და შესაბამისად ხანმოკლე და ხანგრძლივი მეხსიერების გაუარესება). წარსული მოვლენების დავიწყება დაავადების უფრო გვიან სტადიაზე აღინიშნება;
2. ენობრივი შესაძლებლობების გაუარესება_ანომია ანუ სიტყვის პოვნის პრობლემა ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია;
3. სივრცითი მხედველობის და შესატყვისად ორიენტაციის გაუარესება- ამის მაგალითია ის, რომ დაავადებული პირი ხშირად ვერ იგნებს გზას კარგად ნაცნობ გარემოში;
4. მიზანდასახული აქტივობისადმი ინტერესის დაკარგვა- ეს, შეიძლება იყოს ატროფიული დაავადების გამო ფსიქოგენეტიკის დაქვეითების გამოხატულება ან მიუთითებდეს მეორად დეპრესიაზე, რაც დაკავშირებულია ძირითადი დაავადებით ფამოწვეულ პიროვნული ინტერესების დაკარგვასთან.
5. მზის ჩასვლის სინდრომი (Sundowning), ხეტიალი, ღამის აგზნება, დღე-ღამის ციკლის არევა;
6. ილუზიები და ჰალუცინაციები⁷⁴- ცუდი პროგნოზული ნიშანია.

მულტი-ინფარქტული დემენცია: ვითარდება 45 წლის ზემოთ, უხშირესად 65 წლის ზემოთ 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 ჩვევებისა და პიროვნული თვისებების დეგრადაცია, რასაც არათანაბარზომიერი ხასიათი აქვს.

ლევის სხეულაკვბთან ასოცირებული დემენცია: გამოხატულია ჰალუცინაციები და ბოდვა. შესაძლოა გამოვლინდეს უკურეაქცია ფენოთიაზინებზე.

ბ) დეპრესია

ხანდაზმულებში დაავადების ატიპური მიმდინარეობის გამო ძნელია დეპრესიის გამოცნობა. ხშირად ხდება მისი გაიგივება ასაკობრივი ბუნების

ფსიქოენერგეტიკის დაქვეითებასთან, ან დეპრესიის ჰიპერდიაგნოსტიკა. ამდენად, პაციენტს იშვიათად ენიშნება სათანადო მკურნალობა. ხშირად გუნებ-განწყობის გაუარესებას დომინანტური ხასიათი არ აქვს და ყურადღებას მხოლოდ შფოთვა ან მეხსიერების გაუარესება იპყრობს.⁷⁵

დეპრესიის სიმპტომებია:

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

დეპრესიის დიაგნოსტიკისთვის განსაკუთრებით ინფორმატიულია დილის საათებში უარესი გუნებ-განწყობა და თვითგრძნობა.

4.2. მოტეხილობები

ხანდაზმულებში ხშირია ოსტეოპოროზული მოტეხილობები, რაც უსიმპტომოდ ან ხერხემლის ყრუ ტკივილით მიმდინარეობს. ხერხემლის კომპრესიული მოტეხილობას, როგორც წესი, თან არ ახლავს ნევროლოგიური სიმპტომკომპლექსი. ნევროლოგიური სიმპტომების მანიფესტირებისას აუცილებელია ისეთი პათოლოგიების გამორიცხვა, როგორცაა ძვლის მეტასტაზური ან პირველადი კიბო, მიელომა, პაგეტის დაავადება ან ლიმფომა.

მალების კომპრესიული მოტეხილობის ფონზე მოსალოდნელია გულმკერდის კიფოზისა და წელის ლორდოზის ჩამოყალიბება.

რიგ შემთხვევებში, ოსტეოპოროზი არავერტებრალური მოტეხილობებით მანიფესტირდება. ეს მოტეხილობები, ჩვეულებრივ, მცირე ტრავმითაა გამოწვეული. ასაკის მატებასთან ერთად ბარძაყის ყელის ოსტეოპოროზული მოტეხილობების ინსიდენტობა იზრდება.⁷⁶

4.3. სენსორული ფუნქციების გაუარესება

მხედველობის თანდათანობითი გაუარესების შემთხვევაში პაციენტი შეიძლება აღწერდეს ან არ აღწერდეს მხედველობის გაუარესებას. კატარაქტის შემთხვევაში პაციენტების 90% ხშირ-ხშირად მიმართავს ექიმს და სათვალის შერჩევას სთხოვს. ოფთალმოსკოპიურად ვლინდება ბროლის შემღვრევა და წითელი რეფლექსის შესუსტება.

ასაკობრივი მაკულარული დეგენერაცია ცენტრალური მხედველობის მნიშვნელოვანი დაქვეითებით ხასიათდება. პაციენტები მხედველობას თანდათან კარგავენ და არ შესწევთ კითხვის ან რაიმე საგნის დეტალური დათვალიერების უნარი.

ღია კუთხოვანი გლაუკომა თანდათანობითი პროგრესირებით და მხედველობის ველის ტიპური დეფექტების განვითარებით ხასიათდება. დასაწყისში თვალშიდა წნევა მხოლოდ ზომიერად არის მომატებული. მხედველობის ნერვის დვრილის ექსკავაცია ასევე ნელა და ასიმეტრიულად პროგრესირებს.

აღსანიშნავია, რომ ცენტრალური მხედველობა დიდი ხნის მანძილზე შეიძლება ნორმალური დარჩეს, მაშინ როცა პერიფერიული მხედველობის ველი დამახასიათებელ ცვლილებებს განიცდის. თავდაპირველად პარაცენტრალური სკოტომა აღმოცენდება,

შემდგომში მხედველობის ველი თანდათანობით ვიწროვდება და საბოლოოდ ცენტრალურ არესაც მოიცავს.

ხანდაზმულებში სმენის დაქვეითება ძირითადად ნეიროსენსორული მექანიზმებითაა განპირობებული, რასაც ჩვეულებრივ ბილატერალური ხასიათი აქვს, თანდათანობით პროგრესირებს და მაღალი სიხშირის ბგერების აღქმის უნარის გაუარესებით გამოიხატება. პაციენტებს უჭირთ მათ გარშემო წარმოქმნილი ბგერების ფილტრაცია, რის გამოც მოსმენა თავშეყრის და სხვა ხმაურიან ადგილებში განსაკუთრებით გართულებულია.⁷⁷

4.4. შარდის შეუკავებლობის სიმპტომები და ნიშნები

ზოგადი ხასიათის სიმპტომები და ნიშნები, რომელიც შარდის შეუკავებლობაზე მიუთითებს შემდეგია:⁷⁸

- საცვლების და თეთრეულის დასველება
- საწოლის დასველება

სპეციფიკურ სიმპტომებსა და ნიშნებს მიეკუთვნება:

- მოშარდვის დაუოკებელი სურვილი
- უნებლიე შარდვის ხველის, სიცილის, წინ გადახრის და ნებისმიერი სხვა მოქმედების, შედეგად, რამაც მუცლის ღრუში წნევის მომატება შეიძლება განაპირობოს
- ორივე ზემოაღწერილი სიმპტომი და ნიშანი გამოხატულია ერთდროულად
- შარდის გამოყოფა ხდება მუდმივად და არ არის დაკავშირებული არც ერთ ზემოაღნიშნულ მომენტთან

თანმხლები სიმპტომები და ნიშნები, რომელთა იდენტიფიცირება შარდის შეუკავებლობის გენეზის გარკვევაში დაგეხმარებათ შემდეგია:

- ანთების ნიშნები: შარდვის გახშირება, წვა, ნიქტურია
- ობსტრუქციის ნიშნები: გამწვანებული შარდვა წყვეტილი, სუსტი ნაკადით

4.5. პოლიფარმაცია

პოლიფარმაცია ხშირად მედიკამენტების გვერდითი მოვლენებით მანიფესტირდება, რაც ერთდროული გამოყენებისას მათი სინერგისტული ან

ანტაგონისტური ურთიერთქმედების შედეგია. გვერდითი მოვლენები შესაძლოა მსუბუქი დარღვევების სახით გამოიხატოს ან ფატალური აღმოჩნდეს.⁷⁹

4.6. ნუტრიციული სტატუსის დარღვევა

კვებით დეფიციტს თან ახლავს თვალსაჩინო სიგამხდრე, ენისქვეშა ჰემორაგიები, ენისქვეშა ვარიკოზი, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭების წითელი სებორეა, ჰიპერკერატოზი, კანის ღია საფარველის შეუსაბამო პიგმენტაცია და სხეულის მასის მნიშვნელოვანი კლება (5% და მეტი, შესაძლოა ერთი თვის განმავლობაში).⁸⁰ ამ ნიშნების არსებობისას საჭიროა პაციენტის მდგომარეობის სრულყოფილი შეფასება.

4.7. ანემია

ხანდაზმულებში ქრონიკული დაავადებების, ზოგადად სიმპტომების იგნორირებისა და აქტივობის დონის შეზღუდვის ფონზე ანემიის სიმპტომები, როგორც წესი შენიღბულია, რის გამოც შეფასების სუბიექტური მეთოდებით ანემიის იდენტიფიცირება პრაქტიკულად შეუძლებელია.⁸¹

4.8. ჰიპერტენზია

გაურთულებელი ჰიპერტენზია უხშირესად ასიმპტომურად მიმდინარეობს. თუმცა, რიგ შემთხვევებში, მოსალოდნელია თავის ტკივილი, ხმაური ყურებში, თავბრუსხვევა, საერთო სისუსტე, გულის ფრიალი. მაგრამ ეს სიმპტომები ნორმოტენზიულ პოპულაციაშიც თითქმის იგივე სიხშირით შეიძლება შეგვხვდეს.²⁰ სიმპტომების სიხშირე არტერიული წნევის სიმძიმის მატებასთან ერთად იზრდება. უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებული კვლევებით გამოვლინდა მნიშვნელოვანი კორელაცია თავის ტკივილს ($R=0.83$ პაციენტებში ჰიპერტენზიით და 0.90 პაციენტებში ნორმოტენზიით), თავბრუსხვევას ($R=0.73$ და 0.76) და არტერიული წნევის დონეს შორის.⁸²(IV)

5. ხანდაზმული პაციენტის ფუნქციონალური მდგომარეობის შეფასება და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

5.1. ხანდაზმულთა ზოგადი ფუნქციონალური შეფასება

ხანდაზმულებზე ზრუნვა ორგანიზმის ძირითად ფუნქციათა ამომწურავ შესწავლას მოითხოვს. მხოლოდ კლინიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით ვერ ხერხდება ამ ასაკობრივ ჯგუფში საკმაოდ გავრცელებული ფუნქციური დარღვევების იდენტიფიცირება. ხანდაზმული პაციენტის ფუნქციონალური სტატუსის განსაზღვრა გერიატრიული შეფასების საწყისი ეტაპია. ფუნქციური სტატუსი პაციენტის მკურნალობის, მოვლის, მის ფიზიკური აქტიურობის ხარისხის, მოტივაციის, სოციალური, გარემოს და სხვა ფაქტორების ჯამურ ეფექტს წარმოადგენს.⁸³ ფუნქციური სტატუსის გაუმჯობესება (ან თუნდაც შენარჩუნება) მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. 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 არაკეთილგანწყობილი ოჯახის წევრები (თაობათა პრობლემა). გარემო ფაქტორებს განეკუთვნება, ასევე, შესაძლო გართულებების თავიდან აცილების მიზნით პაციენტებისათვის მოძრაობის საჭიროზე მეტად შეზღუდვა (მაგ. საწოლში ან სავარძელში იძულებით მოთავსება დაცემის პროფილაქტიკისათვის).

ფუნქციონალური დარღვევები, ჩვეულებრივ, თან სდევს ასაკის მატებას და შესაძლოა, გამოიწვიოს ყოველდღიური ცხოვრების მოთხოვნების შესრულების უუნარობა. ფუნქციური გაუარესება ხანდაზმულებში ხშირად დაავადების საწყისი სიმპტომია, ხოლო ზოგ შემთხვევაში კი ერთადერთიც. ასეთი დარღვევები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ ხანდაზმულის ცხოვრების ხარისხზე. ფუნქციური დარღვევების იდენტიფიცირებისათვის პაციენტის მდგომარეობის შეფასება იოლი არ არის, თუმცა ამ მიზნით შემუშავებული სტანდარტული ინსტრუმენტების გამოყენება საშუალებას იძლევა წარმატებით განხორციელდეს სკრინინგი ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში. რეგულარული სკრინინგის ფონზე მცირდება არადიაგნოსტიკური პრობლემების რიცხვი, რაც თავისთავად, ადრეულ ეტაპზე

ჩარევისა და მკურნალობის გამოსავლების გაუმჯობესების საშუალებას იძლევა.^{84,85} (III; IV)

რეკომენდაცია:

- ხანდაზმულებში არსებითი მნიშვნელობა აქვს ფუნქციონალური სტატუსის რეგულარულ შეფასებას. (C)

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 ავადობას და პაციენტის ინსტიტუციონალიზაციის მაჩვენებელს. თუმცა, უახლესი კვლევებით ამის დამტკიცება ვერ მოხერხდა, მაინც ითვლება, რომ ბინაზე ვიზიტი ღირებულია და პაციენტის ფუნქციონალური უნარისა და საცხოვრებელი გარემოს შესაბამისობის, ოჯახის წევრების პაციენტისადმი დამოკიდებულების შეფასების საშუალებას იძლევა.⁸⁶(Vb)

გაიდლაინის 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 განიხილებოდეს, 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. (D)

5.2. მობილურობის შეფასება

ფიზიკური აქტივობის 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 შესაფასებად.

5.2.1. ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შეფასება

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

ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარის შესაფასებლად ღირებულია სხვა სკრინინგული ტესტებიც (იხ. დანართი 1).

“მანუალური დათვლის ტესტი” საშუალებას იძლევა შეფასდეს მანუალური საქმიანობისა და მხედველობით/შემეცნებითი ფუნქციები. ზოგადად, თუ პაციენტი ტესტს სწორად ასრულებს და მას ამისათვის 45 წამი სჭირდება, მოსალოდნელია, რომ იგი ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარს, სულ მცირე, ერთი წლის მანძილზე შეინარჩუნებს. პაციენტებს, რომელთაც ტესტს შესასრულებლად 70 წამი სჭირდებათ მაღალი აქვთ ერთი წლის მანძილზე დამოუკიდებლად ერთი ან მეტი ყოველდღიური საქმიანობის შესრულების დაკარგვის შანსი. ამ სკრინინგული ტესტის მგრძობელობა 83%, ხოლო სპეციფიკურობა 75%-ია.⁸⁷ (III)

“სწრაფი სიარულის ტესტის” შესრულებისას, თუ პაციენტი დავალებას 10 წამში ასრულებს, იგი ყოველდღიური აქტივობის ახლანდელ სტატუსს, სულ მცირე, ერთი წელი შეინარჩუნებს.⁸⁸(III)

“სკამიდან წამოდგომის ტესტის” შესრულებისას, თუ პაციენტი ვერ ახერხებს თავისუფლად წამოდგომას 40%-ია რისკი, რომ, სულ მცირე, ერთი წლის განმავლობაში მისი ყოველდღიური დამოუკიდებელი საქმიანობის უნარი გაუარესდეს.⁸⁹(III) პაციენტი, რომელიც წარმატებით ასრულებს სწრაფი სიარულისა და სკამიდან ადგომის ტესტებს 96%-ში, სულ მცირე, მომდევნო ერთი წლის მანძილზე შეინარჩუნებს ყოველდღიური დამოუკიდებელი აქტივობის უნარს.⁸² (III)

5.2.2. დაცემის რისკის შეფასება

დაცემის რისკის მომატება ხანდაზმულებში მობილურობის დაქვეითებისა და გარემო პირობებთან ადაპტირების უნარის შეზღუდვის შედეგია. მხედველობის გაუარესება, სოციალური იზოლაცია და დეპრესია, ჩვეულებრივ, დაცემის რისკის მომატებასთანაა დაკავშირებული.(II; III) ^{90,91}

დაცემის რისკის შესაფასებლად, პირველ რიგში, უნდა განისაზღვროს დაცემის ეპიზოდები წარსულში. თუ პაციენტი ცოტა ხნის წინ წაიქცა, აუცილებელია წონასწორობისა და სიარულის საფუძვლიანი შეფასება. თუ ანამნეზში დაცემის ეპიზოდები არ აღინიშნება. რეკომენდებულია შესრულდეს დანართი #2-ში წარმოდგენილი ტესტებიდან რომელიმე. თუ ტესტი დადებითი, პაციენტს დაცემის რისკი მაღალი აქვს.^{92(I)}

რეკომენდაცია:

- ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის მიზნით შემდგარ ვიზიტზე აუცილებელია დაცემის რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება, როგორცაა ასაკი; დაცემის ეპიზოდები წარსულში; ქრონიკული დაავადებები (მაგ. ინსულტი ან პარკინსონის დაავადება); პოლიფარმაცია და სპეციფიკური მედიკამენტების მოხმარება (მაგ. ბენზოდიაზეპინები და ფსიქოტროპული საშუალებები); ბალანსის გაუარესება; მობილურობის შეზღუდვა; სენსორული ფუნქციების მოშლა; თავბრუსხვევა; ცნობიერების გაუარესება; დეპრესია; ფიზიკური აქტივობის დაბალი დონე, სხეულის მასის დაბალი ინდექსი და ოსტეოპოროზი.(A)
- ხანდაზმული პირებისთვის დაცემის მომატებული რისკის შემთხვევაში აუცილებელია შესაფერისი პრევენციული ღონისძიებების უზრუნველყოფა და განმეორებითი შეფასება 6 თვეში. (A)

5.2.3. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება

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

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 ეფექტიანობას. არსებული მეცნიერული მონაცემების საფუძველზე ვერ ხერხდება ასიმპტომურ პირებში ინტელექტუალურ-მნესტიური ფუნქციების რუტინული (სკრინინგის) შეფასების განსაკუთრებული მნიშვნელობის დემონსტრირება.⁹³ (II) ამდენად, დემენციაზე ასიმპტომური პირების რუტინული სკრინინგი მიზანშეწონილი არ არის. თუმცა ექიმმა ყურადღება უნდა მიაქციოს ინტელექტუალურ-მნესტიური დისფუნქციის ყველა შესაძლო გამოვლინებას (მაგ. გულმავიწყი პაციენტი, მედიკამენტური რეჟიმის სისტემატური დარღვევა და ა.შ.) და უზრუნველყოს პაციენტის მდგომარეობის შემდგომი შეფასება.⁹⁴ (IV) ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების შეფასება აუცილებელია იმ შემთხვევაშიც, თუ ადგილი აქვს ყოველდღიური აქტივობის უნარის დაქვეითებას.⁹⁵

პაციენტებში ალცჰეიმერის დაავადების რისკ-ფაქტორებით (ალცჰეიმერის დაავადების ოჯახური ანამნეზი, ტრავმა თავის არეში, დაუნის სინდრომი, დეპრესიის ანამეზი) რეკომენდებულია დემენციის გამორიცხვის მიზნით მინი-ფსიქიკური ტესტის ჩატარება ოპორტუნისტულად, ნებისმიერ ვიზიტზე.^{96,97} (III;IV)

მინი-ფსიქიკური ტესტის ჩატარებას, სულ, 10 წუთი სჭირდება. ინსტრუმენტის დიაგნოსტიკური მახასიათებლები მაღალი რისკის პირებში, ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით გაცილებით უკეთესია (ზღვრული მაჩვენებელი 24). (იხ. ცხრილი 5). იგივე თვისებებით ხასიათდება ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების შემოკლებული ტესტი. ეს ტესტი ღირებულია ორიენტაციისა და მეხსიერების შესაფასებლად, მაგრამ არ მოიცავს მეტყველებასა და მოტორულ სფეროს.⁷² (II) ამ უკანასკნელთა შეფასება ტესტირების პროცესში დაკვირვებით შემოიფარგლება.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია დეპრესიის სიმპტომებისა და ნიშნების გამოვლენა. დეპრესიაზე სკრინინგისთვის მოწოდებულია დეპრესიის გერიატრიული შკალის შემოკლებული ხუთ-პუნქტიანი ვარიანტი. თუ ტესტის შედეგი უტოლდება ან აღემატება 2-ს სავარაუდოა დეპრესიის არსებობა. ტესტის მგრძობელობა 97%,

სპეციფიკურობა 85%, დადებითი სავარაუდო ღირებულება 85%, ხოლო უარყოფითი სავარაუდო ღირებულება 97%-ია. ⁹⁸ (იხ. დანართი 3)

ცხრილი 5. მინი-ფსიქიკური ტესტის მახასიათებლები

სამიზნე პოპულაცია	სპეციფიკურობა	მგრძობელობა	შენიშვნა
სოფლის მოსახლეობიდან რანდომიზაციის გზით შერჩეული 1367 65 წლის ზემოთ პირი, განათლების დაბალი დონით. ⁹⁹ (II)	92%	49%	კლინიკური დემენციის რეიტინგის შკალაზე შეფასებისას ≥ 0.5 (შეფერება "სავარაუდოა დემენციის" კატეგორიას)
150 პაციენტი შემეცნებითი ფუნქციების გაუარესებით ¹⁰⁰ (III)	96%	63% (<24)	–
მეიოს კლინიკაში 3513 ხანდაზმული პირი ¹⁰¹ (III)	99%	82%	შედეგების ინტერპრეტაცია მოხდა ასაკისა და განათლების დონის გათვალისწინებით.
ჩრდილოეთ მანჰეტენში 65 წლის ზემოთ მოსახლეობა ¹⁰² (III)	44%	90%	მაღალი სენსიტიურობის მიღწევა დიაგნოსტიკური ზღურბლის ადაპტირებით გახდა შესაძლებელი.
277 მონაწილე; საბერძნეთი ¹⁰³ (III)	57%	100%	–
288 პაციენტი შემეცნებითი ფუნქციების გაუარესებით ¹⁰⁴ (III)	88%	86%	–

რეკომენდაცია:

- ხანდაზმულთა პერიოდული სამედიცინო შემოწმების მიზნით დაგეგმილ ვიზიტზე აუცილებელია ყურადღების გამახვილება დეპრესიისა და დემენციის რისკ-ფაქტორებსა და მეხსიერების ფუნქციაზე.(C)
- შემეცნებითი ფუნქციის დარღვევის ნიშნებისა და ალცჰეიმერის დაავადების რისკ-ფაქტორების არარსებობის შემთხვევაში ფსიქიკური სფეროს ფუნქციონირების რუტინული შეფასება პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პროცესში, სტანდარტული სკრინინგული ინსტრუმენტების გამოყენებით რეკომენდებული არ არის. (C)
- ალცჰეიმერის დაავადების მაღალი რისკისა ან შემეცნებითი ფუნქციების გაუარესების შემთხვევაში რეკომენდებულია დემენციის დიაგნოსტიკის მიზნით მინი-ფსიქიკური ტესტის შესრულება. (B)
 - სტანდარტული სადიაგნოსტიკო ტესტებისა და სხვა დამატებითი გამოკვლევების შესასრულებლად რეკომენდებულია მომდევნო კონსულტაციის ორგანიზება. (D)

- კოგნიტიური (ინტელექტუალურ-მნესტიური) უნარების მნიშვნელოვანი დაინტერესებისა და ფსიქოზური სიმპტომების (დეზორიენტაციის, ან ორმაგი ორიენტაციის ეპიზოდები, აღქმისა და აზროვნების პათოლოგიის ჩართვა) გამოვლენისას რეკომენდებულია პაციენტის მიმართვა ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში. (D)

დემენციის სადიაგნოსტიკო სტანდარტული ტესტები წარმოდგენილია დანართში 3.

5.2.4. მხედველობის ფუნქციის შეფასება

ხანდაზმული პაციენტების გამოკითხვა მხედველობის გაუარესების თაობაზე მხედველობის ფუნქციის შეფასებისთვის გაცილებით ნაკლებად მგრძნობიარეა მეთოდია, ვიდრე უშუალოდ მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა. მაგ. სკრინინგული შეკითხვის „გიჭირთ თუ არა მოშორებული საგნების დანახვა?“ მგრძნობელობა, სნელენის ტაბულის მიხედვით მხედველობის სიმახვილე 20/40-ზე ნაკლების იდენტიფიცირებისათვის, 28%-ია. (ცხადია, შეფასება იმ სათვალით ან ლინზებით ხდება, რასაც პაციენტი საერთოდ იყენებს). შედარებით მაღალი, 48%-ია შეკითხვის „ქუჩის მეორე მხარეს შეძლებთ იცნოთ ახლობელი?“. მხედველობის ფუნქციის გაუარესების გამოვლენა შედარებით უკეთ ხერხდება მხედველობის სიმახვილის შეფასების შედეგად სნელენის (ან მისი ანალოგები, ჩვენს შემთხვევაში სივცოვის) ტაბულის მიხედვით.^{105,106} (III)

მართალია, ფუნქციონალური გამოსავლების გაუმჯობესების თვალსაზრისით მხედველობის სიმახვილის პერიოდული შეფასების მნიშვნელობა დღემდე ჩატარებული კლასტერული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებით არ დასტურდება,^{107,108} არსებობს საკმარისად სარწმუნო მეცნიერული მონაცემები, რომ მხედველობის სიმახვილის სკრინინგული შეფასებით უკეთ ხდება დარღვევათა იდენტიფიცირება, ხოლო თავად სკრინინგის პროცედურის პოტენციური ზიანი მინიმალურია.^{109,110} (III)

ამერიკის პრევენციის სამუშაო ჯგუფი იძლევა რეკომენდაციას ხანდაზმულებში მხედველობის სიმახვილის სკრინინგული განსაზღვრის თაობაზე. სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობა დადგენილი არ არის და შესაძლოა, განისაზღვროს კლინიკური და სიტუაციური ანალიზის საფუძველზე.¹¹¹ (III)

კანადის პრევენციის სამუშაო ჯგუფიც მიიჩნევს, რომ მხედველობის ფუნქციის რეგულარული, პერიოდული შეფასების ეფექტიანობის დამადასტურებელი საკმარისად დამაჯერებელი მეცნიერული მტკიცებები არსებობს და ამდენად, სავსებით მიზანშეწონილია პერიოდული სამედიცინო შემოწმების დროს სტანდარული ტაბულით მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა.¹¹²(III) მხედველობის სიმახვილის შეფასების ინსტრუქცია იხილეთ დანართში #4.

რეკომენდაცია:

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

5.2.5. სმენის შეფასება

ხანდაზმულ პაციენტებში რეკომენდებულია სკრინინგი სმენის დაქვეითებაზე სმენით პრობლემებზე მათი პერიოდული გამოკითხვის გზით (შეფასების სუბიექტური მეთოდი), მიზანშეწონილია მათი კონსულტირება არსებული სასმენი აპარატებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ,¹¹³(III) ვინაიდან სასმენი აპარატების არასწორად შერჩევისა და გამოყენების შედეგად ადგილი აქვს სმენადაქვეითებული პაციენტის ცხოვრების ხარისხის მნიშვნელოვან გაუარესებას.¹¹⁴(II) რუტინული სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობა და სიხშირე დადგენილი არ არის და პრაქტიკის შესაძლებლობებითა და საჭიროებებით განისაზღვრება.

რუტინულ პრაქტიკაში სმენის დაქვეითებაზე სკრინინგის მიზნით აუდიომეტრიის გამოყენების ეფექტიანობის თაობაზე საკმარისად დამაჯერებელი მეცნიერული მტკიცებები არ არსებობს.¹¹⁰ (III)

ოტოსკოპია 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#5ა) ტესტის მგრძობელობა 80-100%-მდე, ხოლო სპეციფიკურობა 80-90%-ში მერყეობს. შეგიძლიათ გამოიყენოთ “სათის ტესტი” (იხ. დანართი # 5ბ).¹¹⁵ (III)

რეკომენდაცია:

- სკრინინგი სმენის დაქვეითებაზე ხანდაზმულთა (65 წლის ზემოთ) პერიოდული სამედიცინო შემოწმების ერთ-ერთ კომპონენტს უნდა წარმოადგენდეს. (C)
- სკრინინგი სმენის დაქვეითებაზე 65-74 წლის ზემოთ პირებში რეკომენდებულია სამ წელიწადში ერთხელ, ხოლო 75 წლის ზემოთ ყოველწლიურად. (D)

5.2.6. შეფასება შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში

შარდის შეუკავებლობა, შესაძლოა იოლად კორეგირებადი მიზეზით იყოს გამოწვეული. ამდენად, პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პროცესში ამ პრობლემაზე ყურადღების გამახვილება და მისი დროული გამოვლენა, შემდგომი გამოკვლევებისა და მკურნალობის დაგეგმვის საშუალებას იძლევა.¹¹⁶ (IV)

რეკომენდაცია:

- ხანდაზმულთა პერიოდული სამედიცინო შემოწმებისას მიზანშეწონილია პაციენტს დაუუსვათ 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. (D)
- შეუკავებლობის იდენტიფიცირებისათვის პროაქტიული მიდგომაა რეკომენდებული. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ პაციენტმა თავად წამოიწყოს საუბარი ამ თემაზე. (D)

5.2.7. მედიკამენტური რეჟიმის შემოწმება

მედიკამენტური რეჟიმის შესწავლა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ხანდაზმულებში ანამნეზში დაცემის ეპიზოდებით. დადგენილია პირდაპირი კავშირი ფსიქოტროპული პრეპარატების (ნეიროლეფსიური საშუალებები, ბენზოდიაზეპინები,

და ანტიდეპრესიული პრეპარატები) მოხმარებასა და დაცემის რისკის ზრდას შორის.¹¹⁷(I) მულტიფაქტორული კვლევებით გამოვლინდა, რომ წამლების რიცხვის შემცირება, პაციენტებში, რომლებიც ოთხზე მეტ მედიკამენტს იღებენ სასარგებლო ღონისძიებაა.¹⁷(III)

რეკომენდაცია:

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

5.2.8. სკრინინგი რკინადეფიციტურ ანემიაზე

ანემიის მიზეზის იდენტიფიცირება ხანდაზმულთა თითქმის 70%-ში ხერხდება.¹¹⁸ კოჰორტული კვლევებით დასტურდება, რომ ხანდაზმულებში ანემიის გამომწვევი ორი უხშირესი მიზეზი, ქრონიკული დაავადებები და რკინის დეფიციტია. პაციენტების 30%-ზე მეტში ანემიის მიზეზის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება, ამისდა მიუხედავად, პროგნოზი უხშირესად კარგია.⁵⁵ (III)

რეკომენდაცია:

- თუ ჰემოგლობინის მაჩვენებელი ქალებში 120გრ/ლ-ზე, ხოლო მამაკაცებში 130გრ/ლ-ზე ნაკლებია, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა პაციენტის პაციენტის კვების რეჟიმის შეფასება, თუ ამ გზით ანემიის გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება მნიშვნელოვანია შემდგომი დიაგნოსტიკური ძიების განხორციელება. (C)

5.2.9. ნუტრიციული სტატუსის შეფასება

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

პაციენტის გასინჯვისას უნდა განისაზღვროს:¹¹⁹

- სიმალლე_არსებული დეფორმაციები ართულებენ ზუსტად გაზომვას
- წონა (უკანასკნელ პერიოდში აღმოცენებული ცვლილებები-რამდენი მოიმატა ან დაიკლო რა ვადაში?)-5%-ზე მეტი უკანასკნელი სამი თვის მანძილზე საყურადღებო მაჩვენებელია.
- სხეულის მასის ინდექსი ≤ 21 კგ/მ² საყურადღებო მაჩვენებელია.

რეკომენდაცია:

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

5.2.10. სკრინინგი ჰიპერტენზიაზე

ჰიპერტენზიის გამოვლენის საუკეთესო გზა არტერიული წნევის რუტინული გაზომვაა. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტებთან ურთიერთობისას, ოჯახის ექიმს მეორეული პრევენციის განხორციელების საუკეთესო საშუალება ეძლევა: პათოლოგია საკმაოდ გავრცელებულია, უსიმპტომო პერიოდი ხანგრძლივია, სადიაგნოსტიკო ტესტი მარტივი, ხოლო ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა ხანდაზმულებში ისევე ეფექტიანია, როგორც ახალგაზრდებში.^{120,121} ასაკი კარდიოვასკულური ავადობის რისკ-ფაქტორია, ამდენად ხანდაზმულებში სკრინინგის პერიოდულობა მაღალი რისკის ჯგუფისთვის რეკომენდებულ 6 თვიანი ინტერვალით უნდა განისაზღვროს.^{122,123} (I)

ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის ფონზე შედარებითი რისკის შემცირება ერთი და იგივე ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის. რაც შეეხება გართულებების აბსოლუტურ რისკს იგი ხანდაზმულებში არტერიული წნევის ყოველი კონკრეტული დონისათვის, ახალგაზრდებთან შედარებით მაღალია, ამდენად მკურნალობის საჭიროების მქონე პაციენტების რაოდენობა იგივე სარგებლის მისაღებად ხანდაზმულებში დაბალია. მკურნალობის საჭიროების მქონე პაციენტების რაოდენობა ხუთი წლის განმავლობაში ერთი ლეტალური გამოსავლის თავიდან ასაცილებლად 60 წლამდე ასაკში 167-ია, ხოლო 60 წლის ზემოთ 72-ს შეადგენს.¹²⁴(I) უახლესი მეცნიერული მონაცემებით ვლინდება, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის აქტიური მკურნალობის ფონზე აღინიშნება საერთო სიკვდილობის 13%-ით, ხოლო კარდიოვასკულური სიკვდილობის 18%-ით შემცირება. ასევე იკლებს

კარდიოვასკულური გართულებებით (26%-ით), ინსულტით (30%-ით), და კორონარული პათოლოგიებით (23%) ავადობის მაჩვენებელი.^{125(I)}

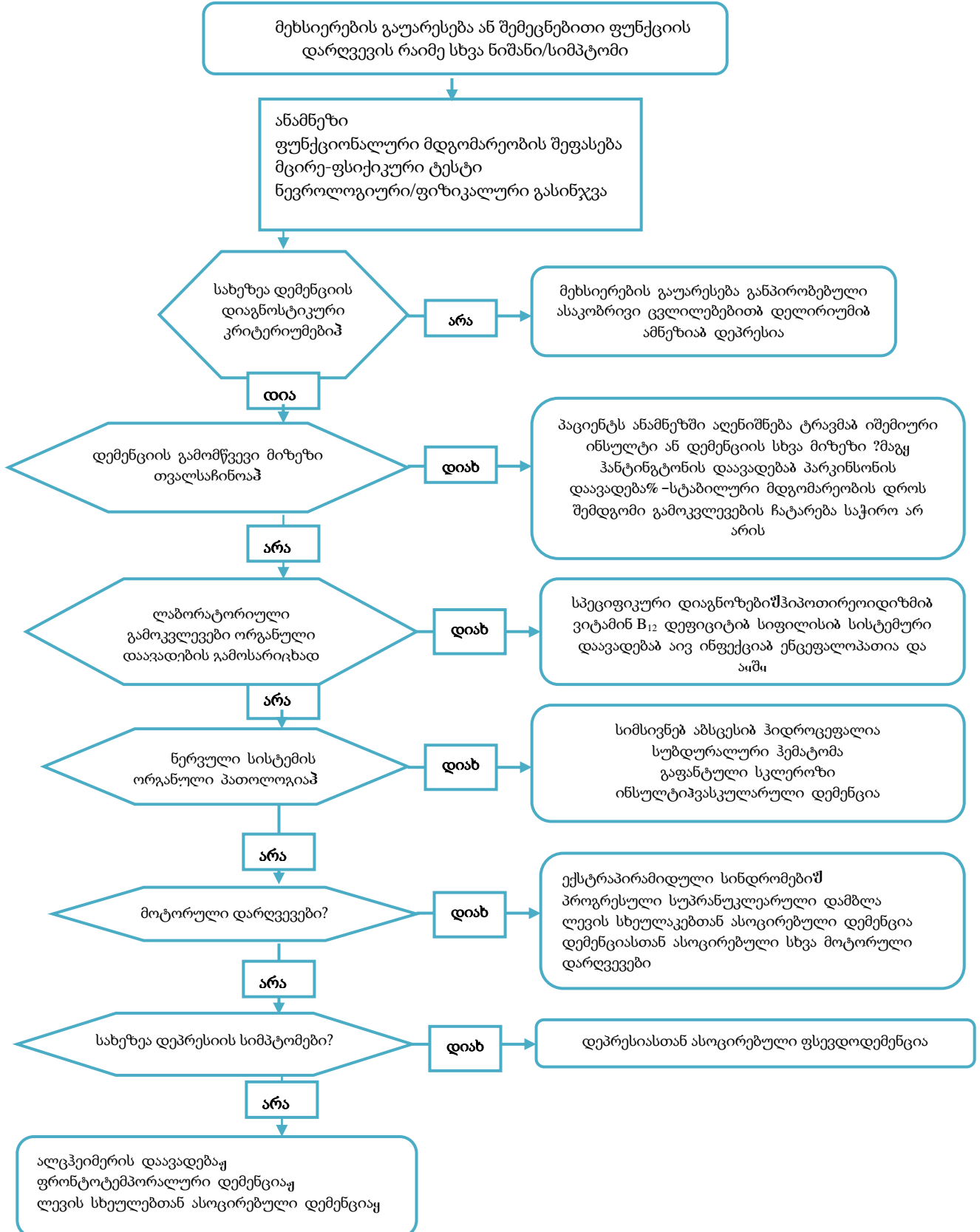
რეკომენდაციები

- არტერიული წნევის გაზომვა აუცილებლად უნდა შეადგენდეს ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო შემოწმების ნაწილს (A);
- ჰიპერტენზიაზე სკრინინგი 65 წლის ზემოთ პირებში რეკომენდებულია 6 თვეში ერთხელ (A).

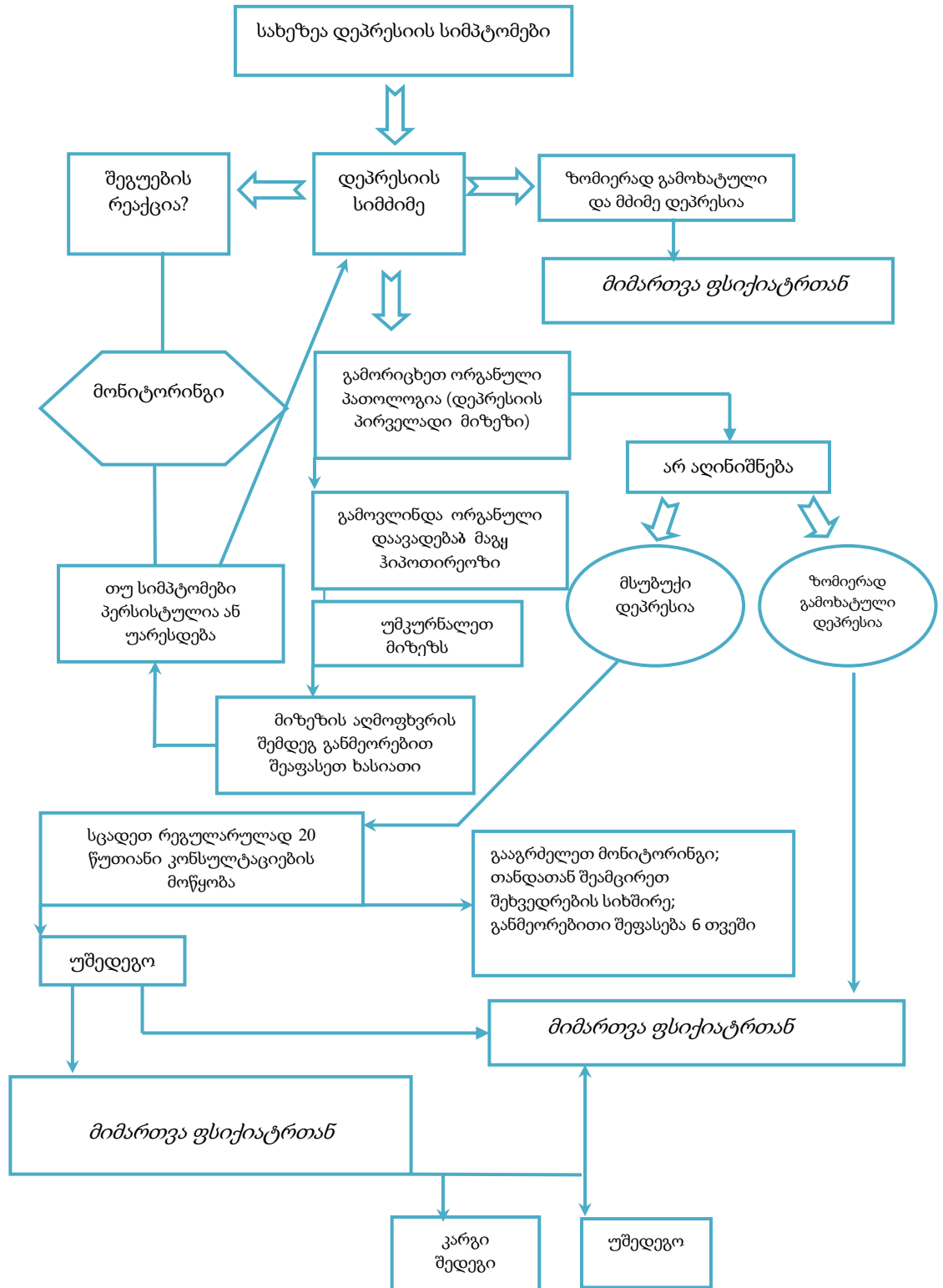
7. გამოკვლევების სქემა

7.1. ფსიქიკური სფეროს პათოლოგიები

დემენციის იდენტიფიცირებისა და შეფასებისთვის იხელმძღვანელეთ ქვემოთ წარმოდგენილი ალგორითმით.

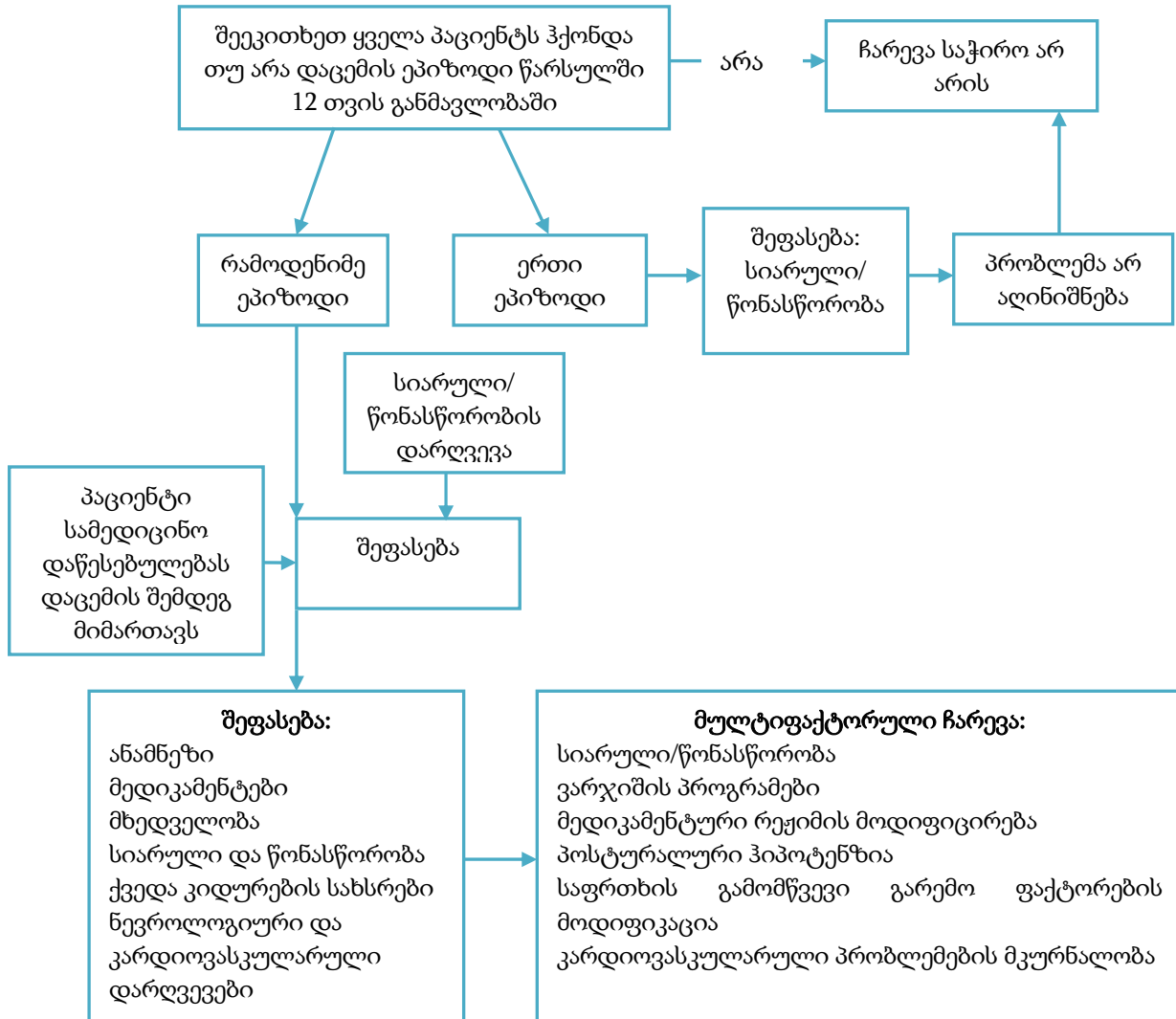


დეპრესიის სიმპტომების გამოვლენისას პაციენტის მდგომარეობის მართვისთვის იხელმძღვანელოთ შემდეგი ალგორითმით.



7.2. დაცემა და მოტეხილობები

დაცემისა და მოტეხილობების პრევენციისთვის იხელმძღვანელებთ შემდეგი ალგორითმით.



7.3. მხედველობის და სმენის დაქვეითება

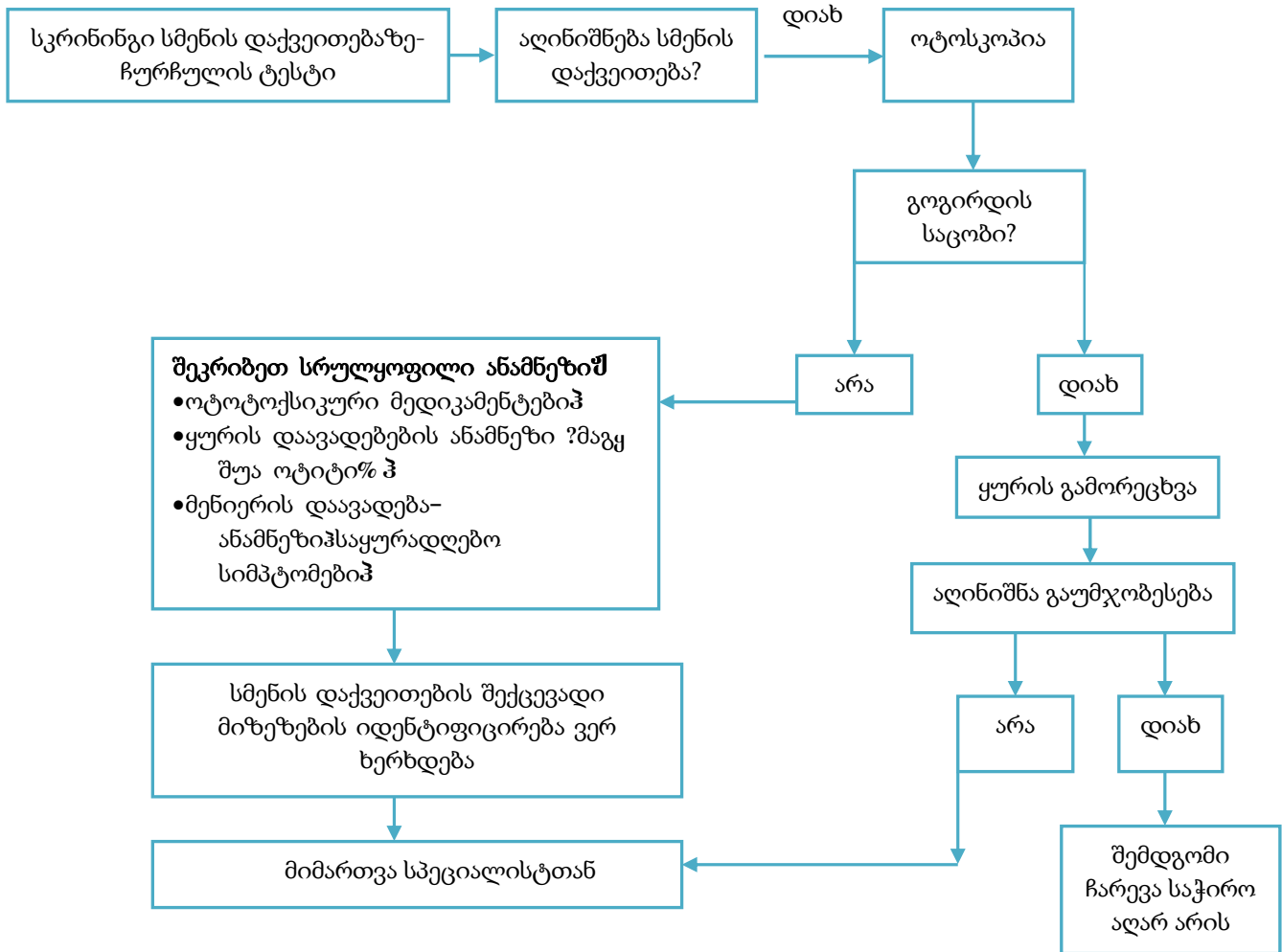
მხედველობის დაქვეითებაზე სკრინინგისთვის რეკომენდებული პროცედურები, მათი ეფექტიანობა წარმოდგენილია ცხრილში #6.

ცხრილი #6.

მხედველობის დაქვეითებაზე სკრინინგი

პროცედურა	ეფექტიანობა	მტკიცებულების დონე	რეკომენდაცია
სივცოვის ტაბულით მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა	ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრის სარწმუნო მეთოდია	კოჰორული კვლევები ^{103,126} (III)	მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა ხანდაზმულთა პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პაკეტის ნაწილია (C)
	მოსახლეობის სკრინინგი მხედველობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით შედეგიანია	კოჰორტული კვლევები ¹²⁷ (III)	
დიაბეტური რეტინოპათია			
ფუნდოსკოპია დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში	ფუნდოსკოპია დიაბეტური რეტინოპათიის ადრეული გამოვლენის საშუალებას იძლევა	შემთხვევების აღწერა/ექსპერტების ანგარიში ¹²⁸ (Vb)	მეცნიერული მონაცემები საკმარისია დიაბეტით დაავადებულ პირებში რეტინოპათიაზე ფუნდოსკოპიით სკრინინგის ეფექტიანობის დასადასტურებლად.
	პროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათია წარმატებით ექვემდებარება ფოტოკოაგულაციით მკურნალობას.	რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები ^{129,130} (I)	
ასაკობრივი მაკულარული დეგენერაცია			
ფუნდოსკოპია	ასაკობრივი მაკულარული დეგენერაციის დიაგნოსტიკა შეუძლია ექიმს, რომელიც ფლობს ოფთალმოსკოპიის ჩვევებს.	ექსპერტების მოსაზრება ¹³¹ (Vb)	ფუნდოსკოპიით სკრინინგის ეფექტიანობის დამადასტურებელი მონაცემები არასაკმარისია
	ფოტოკოაგულაცია მხედველობის შენარჩუნების საშუალება იძლევა პაციენტებში ასაკობრივი მაკულარული დეგენერაციითა და ნეოვასკულარული ცვლილებებით.	რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები ¹³² (I)	
გლაუკომა			
ფუნდოსკოპია ტონომეტრია, ავტომატური პერიმეტრია	მხედველობის დვრილის დათვალიერება ფუნდოსკოპიით გლაუკომის სადიაგნოსტიკოდ მგრძობიარე მეთოდია.	კოჰორტული კვლევა ¹³³ (III)	ასიმპტომურ პირებში გლაუკომაზე სკრინინგის ეფექტიანობის დამადასტურებელი მეცნიერული მონაცემები არასაკმარისია.
	ტონომეტრიის მგრძობიარეობა და სპეციფიკურობა გლაუკომის ადრეული დიაგნოსტიკისთვის დაბალია.	შემთხვევათა სერია ¹²⁴ (III)	
	ავტომატური პერიმეტრია გლაუკომის დიაგნოსტიკისთვის მგრძობიარე მეთოდია.	შემთხვევათა სერია ¹³⁴ (III)	
	ბეტა-ადრენოლოკრების ადგილობრივი აპლიკაციების ფონზე შესაძლებელი ხდება თვალშიდა წნევის დაქვეითება და მხედველობის შენარჩუნება.	რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები ^{135,136} (I)	

სმენის დაქვეითების შეფასებისა და შემდგომი გამოკვლევების დაგეგმვისთვის იხელმძღვანელეთ შემდეგი ალგორითმით.



7.5.პოლიფარმაცია

პოლიფარმაციის შეფასებისთვის იხელმძღვანელებით ცხრილი #7-ით.

ცხრილი #7

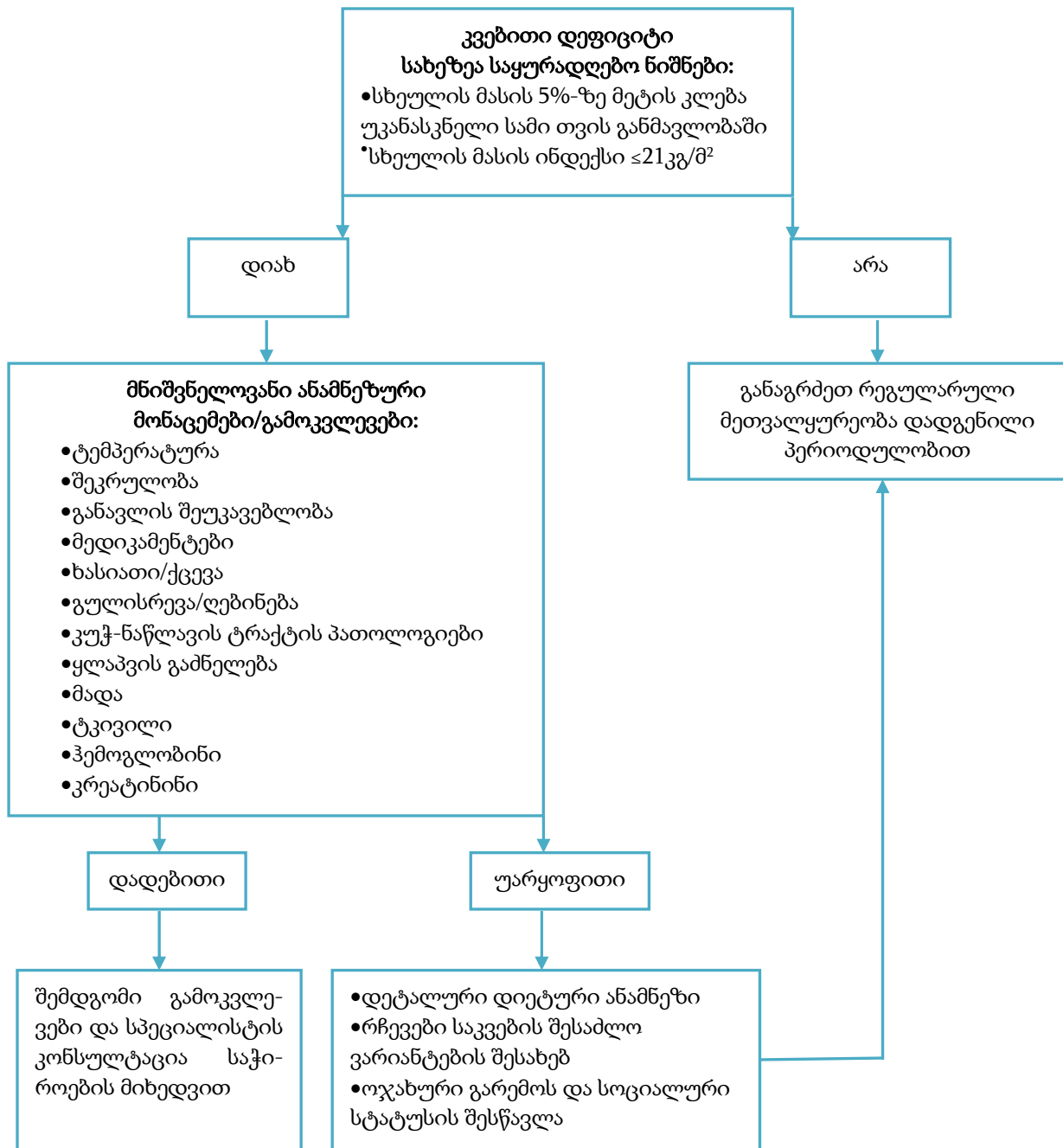
პოლიფარმაციის შეფასება

პოლიფარმაცია	
გაითვალისწინეთ რისკ-ფაქტორები	<ol style="list-style-type: none"> 1.პაციენტი მრავლობითი ქრონიკული დაავადებებით 2.პაციენტი, რომელიც არასრულად აღწერს ჩივილებს 3.პაციენტი, რომელიც რამოდენიმე ექიმთან მკურნალობს 4.პაციენტი, რომელიც იღებს სხვა ექიმის მიერ გამოწერილ წამლებს 5.პაციენტი, რომელიც როგორც წესი ჩქარობს და მცირე დროს უთმობს ექიმთან საუბარს 6.პაციენტი, რომელიც მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებს მიმართავს
დიაგნოზი და შეფასება	<p>რამდენად აუცილებელია ცალკეული მედიკამენტი?</p> <p>ხანდაზმულებში რომელიმე წამალი უკუნაჩვენებია ხომ არ არის?</p> <p>ხომ არ იღებს პაციენტი სხვადასხვა დასახელებით ერთსა და იმავე აქტიურ ნივთიერებას ერთდროულად?</p> <p>არის დოზა სწორად შერჩეული თუ არა (მინიმალური ეფექტური დოზა)?</p> <p>შესაძლებელია თუ არა მედიკამენტური რეჟიმის გამარტივება?</p> <p>რამდენად მოსალოდნელია მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები?</p> <p>ასრულებს თუ არა პაციენტი დანიშნულებას?</p> <p>იღებს თუ არა პაციენტი რეცეპტის გარეშე გასაცემ წამლებს, ჰერბალურ მედიკამენტებს ან მიმართავს ალტერნატიული მედიცინის რაიმე სხვა ფორმას?</p>
გაითვალისწინეთ გვერდითი მოვლენების რისკი	<p>პოლიფარმაციის ფონზე მოსალოდნელია:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.შემდეგი გვერდითი მოვლენების აღმოცენება: <ul style="list-style-type: none"> ართრალია წონასწორობის დარღვევა და შედეგად დაცემა/მოტეხილობა ცნობიერების გაუარესება კონფუზია შეკრულობა ან დიარეა დეპრესია კუჭის წყლული ჰიპერ ან ჰიპოტენზია ფსევდოპარკინსონიზმი გამონაყარი ჰალუცინაციები 2.დანიშნული მკურნალობის დაბალი ეფექტიანობა 3.სამედიცინო შეცდომები 4.ჰოსპიტალიზაციის რისკის მომატება 5.მკურნალობის ხარჯების გაზრდა
პრევენცია და მონიტორინგი	<ol style="list-style-type: none"> 1. გადახედეთ დანიშნულებას ნებისმიერ ვიზიტზე. 2.რეგულარულად შეამოწმეთ თითოეული მედიკამენტისა აუცილებლობა. მაგ, პაციენტს შეიძლება მუდმივად არ დაჭირდეს ტკივილდამაყუჩებელი პრეპარატების მიღება 3. შეცვალეთ დანიშნულება, თუ პრერატის ეფექტიანობა მოსალოდნელზე დაბალია ან გვერდითი მოვლენები იჩენს თავს. 4. არ გამოიყენოთ ერთი წამალი, მეორის გვერდითი მოვლენების შესამცირებლად. 5. მკურნალობის ხარჯთეფექტურობის უზრუნველყოფის მიზნით დანიშნეთ გენერული პრეპარატები.

	<p>6. გააკეთეთ დეტალური ჩანაწერი სამედიცინო დოკუმენტაციაში დანიშნულებისა და გვერდითი მოვლენების შესახებ.</p>
<p>პაციენტის განათლება</p>	<ul style="list-style-type: none"> •სთხოვეთ პაციენტს: <ol style="list-style-type: none"> 1.მიღებამდე წაიკითხოს ყველა წამლის ინსტრუქცია 2.აწარმოოს იმ წამლების სრული სია (დოზა, მიღების რეჟიმი/ხანგრძლივობა, რომელსაც დებულობს) 3.თან იქონიოს მედიკამენტების სია ყველა ვიზიტზე •მიეცით პაციენტს დეტალური ახსნა-განმარტება თითოეული წამლის მოქმედების, მიღების წესებისა და მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების თაობაზე. •ურჩიეთ გამოიყენოს ისეთი დამხმარე საშუალებები, რაც შეახსენებს როდის და რა დოზით მიიღოს წამალი, მაგ. წამლის კალენდარი, სამედიცინო ჩანაწერები ან სპეციალური შეფუთვის მედიკამენტები.

7.6. კვებითი დეფიციტი

კვებითი დეფიციტის გამოვლენისა და საჭირო გამოკვლევების დაგეგმვისთვის იხელმძღვანელებთ შემდეგი ალგორითმით.



7.7. ანემია

ანემიის სიმპტომებისა და ნიშნების გამოვლენისას მომდევნო გამოკვლევების დაგეგმვისა და მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის იხელმძღვანელოთ ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ანემიის მართვის გაიდლაინით. (წყარო: მიმდინარეობს მუშაობა)

6.8. არტერიული ჰიპერტენზია

არტერიულ ჰიპერტენზიაზე სკრინინგისა და შესაფერისი გამოკვლევების დაგეგმვისას იხელმძღვანელოთ “არტერიული ჰიპერტენზია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია.”²⁰ (www.moh.gov.ge)

8. პრევენციის სქემა

ზოგადი პრევენციული ღონისძიებები, რაც ხანდაზმულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის მიზნით მოწყობილ ვიზიტზე 65 წლის ზემოთ ყველა პაციენტისთვის უნდა შესრულდეს მოიცავს პაციენტის და/ან მისი ოჯახის წევრების კონსულტირებას:

- დაცემის თავიდან აცილების მიზნით ადეკვატური ფიზიკური დატვირთვისა და ბინაში უსაფრთხო გარემოს შექმნის თაობაზე.¹³⁷ (IA)
- ჯანსაღი კვების თაობაზე ^{138,139}(IIB) (იხ. დანართი 6).
- კარდიო-ვასკულარული რისკ-ფაქტორებისა და მათი მოდიფიცირების თაობაზე.¹⁴⁰(IA)
- მედიკამენტური დანიშნულების ზუსტად დაცვისა და ექიმის რჩევის გარეშე წამლის მიღებისაგან თავის შეკავების თაობაზე.^{141,48} (IIC)

9. მეთვალყურეობა

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;
- შარდის შეუკავებლობაზე სკრინინგი;
- რკინადეფიციტურ ანემიაზე სკრინინგი;
- ნუტრიციული სტატუსის შეფასება;
- მედიკამენტური რეჟიმის შემოწმება;
- სოციალური ფუნქციების შეფასება (ცხოვრების წესი, ურთიერთობები);
- სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლება ხანდაზმულებისა და მათი მომვლელებისათვის.

10. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

ხანდაზმულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის პროცესში არსებითი მნიშვნელობა აქვს ბაზისური ეთიკური პრინციპების დაცვას. განსაკუთრებით, პაციენტის ავტონომიის პატივისცემას და კლინიკური გადაწყვეტილების პროცესში მისი მონაწილეობის უზრუნველყოფას, ინფორმირებულ თანხმობასა და კონფიდენციალობას. მნიშვნელოვანია პაციენტის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის შეფასება და მისი ოჯახის წევრებთან ეფექტური კომუნიკაცია, როგორც ეს პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე იქნება საჭირო. ეთიკური პრობლემები ხანდაზმულ პაციენტებთან ურთიერთობისას ხშირად არასათანადო კომუნიკაციის გამო იჩენს თავს.¹⁴² აუცილებელია პაციენტს დეტალურად განემარტოს სკრინინგის მიზნით შეთავაზებული გამოკვლევების სარგებელი და მათთან დაკავშირებული რისკი. ასევე, პირადად ეცნობოს სკრინინგის შედეგები და მასთან ერთად შემუშავდეს მომდევნო მოქმედების გეგმა. პაციენტის ოჯახის წევრებისა და ნებისმიერი სხვა პირისთვის სკრინინგის პროცედურებისა და მათი შედეგების შესახებ ინფორმაციის გადაცემა პაციენტის თანხმობის გარეშე (თუ პაციენტს შენარჩუნებული აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარი) დაუშვებელია.¹⁴³

11. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში;
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდებზე.
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

10.1. ხანდაზმულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის პრაქტიკის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურის აუდიტი:

- სამიზნე ჯგუფიდან რამდენი პაციენტი მომართავს კლინიკას სტანდარტულ დროში (3 ან 1 წელიწადში);
- რეგისტრატორის მიერ მოწვეული პაციენტებიდან რამდენმა მომართა კლინიკას?
- მეთვალყურეობის მიზნით პრაქტიკაში მოსული პაციენტების რა ნაწილი იქნა კონსულტირებული პრაქტიკის ექთნის მიერ?
- მეთვალყურეობის მიზნით რამდენი ხანდაზმული პაციენტი იქნა კონსულტირებული ბინაზე უბნის ექთნის მიერ?

პროცესის აუდიტი:

- ვიზიტის დროს პაციენტს გაეზომა არტერიული წნევა;
- შეფასდა სმენის ფუნქცია
- შეფასდა მხედველობის ფუნქცია;

- შეფასდა მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების უნარი (შარდის შეუკავებლობის იდენტიფიცირების მიზნით);
- ჩატარდა ჰემოგლობინომეტრია;
- შემოწმდა პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა: მცირე ფსიქიკური ტესტისა და დეპრესიაზე სკრინინგული კითხვარის საშუალებით.

გამოსავლების აუდიტი:

- რკინადეფიციტური ანემიის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა
- დემენციის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა
- დეპრესიის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა
- სმენისა და მხედველობის ფუნქციის დარღვევის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა
- კვებითი დეფიციტის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა
- მძიმე დამოკიდებულების რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა
- რამდენი პაციენტი გაიგზავნა საკონსულტაციოდ ოჯახის ექიმთან რაიმე
- პათოლოგიის საექვო დიაგნოზით, რომელიც იდენტიფიცირებული იქნა ექთნის მიერ (პრაქტიკის ან უბნის ექთანს).

11. გაიდლაინის მიღების ხერხი

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ. პირველ ეტაპზე, ხანდაზმულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოკრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში. მოძიებული 400-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 150-მდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ამერიკაში, კანადასა და ავსტრალიაში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების

მეტა-ანალიზი, და კლინიკური მიმოხილვა). გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

12. ალტერნატიული გაიდლაინი

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

13. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

14.ავტორთა ჯგუფი (რედაქტორი, ექსპერტები, რეცენზენტები)

დანართი № 1. ყოველდღიური საქმიანობის უნარის შეფასება

კარტზის ინდექსი

კარტზის ინდექსი საშუალებას იძლევა შეფასდეს ხანდაზმული ადამიანის მიერ ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარი. ანუ შეუძლია თუ არა მას დამოუკიდებლად დაბანა, ჩაცმა, ტუალეტში შესვლა, გადაადგილება, ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების შესრულება, კვება.

- A. შეუძლია დამოუკიდებლად საკვების მიღება, ტუალეტით სარგებლობა, გადაადგილება ბინაში, ჩაცმა და დაბანა;
- B. არ შეუძლია დამოუკიდებლად შეასრულოს ზემოთ 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, ტუალეტით სარგებლობა და (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან კიდევ ერთი ფუნქციის შესრულება;
- F. არ შეუძლია დამოუკიდებლად დაბანა, ჩაცმა, ტუალეტით სარგებლობა, ბინაში გადაადგილება და (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან კიდევ ერთი ფუნქციის შესრულება;
- G. დამოუკიდებლად არ შეუძლია (A) პუნქტში ჩამოთვლილთაგან არც ერთი ფუნქციის შესრულება;

მანუალური დათვლის ტესტის 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, თუ პაციენტი სამჯერვე შეცდომით გიპასუხებთ ან ხუთ წუთში.

სწრაფი სიარულის ტესტი

საჭიროა გასასინჯ 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 ხელჯობს ან ყვარჯენს 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 ზის, 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 გაუარესდეს.

თუ პაციენტი წარმატებით გაივლის „ხარისხობრივ“ შეფასებას ტარდება „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 ადგომის ტესტებს 96%-ში, სულ მცირე, მომდევნო ერთი წლის მანძილზე შეინარჩუნებს ყოველდღიური დამოუკიდებელი აქტივობის უნარს.

დანართი № 2. დაცემის რისკის შეფასება

ტესტი "ადეჟი და წადი"

დასვით პაციენტი მყარ და სწორზურგიან მაღალ სავარძელში

დავალებები (ინსტრუქციები) პაციენტისათვის:

ადეჟით (თუ შესაძლებელია, ეცადეთ არ გამოიყენოთ სავარძლის სახელურები);

გაჩერდით ერთი წუთი

გადადგით წინ 10 ნაბიჯი

შემოტრიალდით და დაბრუნდით სავარძელთან

შემოტრიალდით და დაჯექით

დავალების შესრულების აღწერა:

წონასწორობა ჯდომისას

გადასვლა ჯდომიდან დგომაში

ნაბიჯის და სიარულის სიმყარე და სიმტკიცე

შემობრუნების, მოტრიალების უნარი ბარბაცის, ტორტმანის გარეშე.

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

"სტატიკური ბალანსის ტესტი"

(რომბერგის მოდიფიცირებული ტესტი)

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

1. პაციენტი დგას, ფეხები განცალკევებული აქვს (თვალები ჯერ ღია, შემდეგ კი დახუჭული)

2. პაციენტს ფეხები შეტყუპებული აქვს (თვალები ჯერ ღია, შემდეგ დახუჭული)

3. ერთი ფეხის ქუსლი მეორე ტერფის ზურგთანაა მიდებული (თვალები ჯერ ღია, შემდეგ დახუჭული)

4. ერთი ფეხის ქუსლი მიდებულია მეორე ფეხის თითებთან (თვალები ჯერ ღია, შემდეგ დახუჭული)

პაციენტს ეკითხებიან: "თავს მყარად გრძნობთ?" ტესტის ჩატარება წყდება

არასტაბილურობის შენიშვნისთანავე.

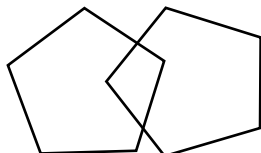
არასტაბილურობა დაცემის მაღალ რისკზე მიუთითებს.

დანართი № 3. ფსიქიკური სტატუსის შეფასება**მინი-მენტალური ტესტი**

ქულებიშ 1 ქულა თითოეულ სწორ პასუხზე 24 -ზე ნაკლები ჯამი მიუთითებს დემენციასე

ორიენტაცია	საკითხები
1-5 რა დღეა დღეს?	1.თარიღი 2.წელი 3.თვე 4.კვირის დღე 5.სეზონი
6-10 “შეგიძლიათ მითხრათ რა ჰქვია იმ ადგილს სადაც ჩვენ დღეს ვიმყოფებით?-ქვეყანა, მხარე, ქალაქი, შენობა, სართული	6.ქვეყანა 7.მხარე 8.ქალაქი 9.შენობა 10.სართული
რეგისტრაცია	
11-13 მეხსიერების შეფასება. გამოიყენეთ სამი საგანი: ბურთი, დროშა და ხე. ჩამოთვალეთ ისინი ნელა და გარკვევით. პირველი გამეორება იძლევა შეფასებას (0-3), მაგრამ გააგრძელებით, სანამ პაციენტი არ გაიმეორებს სწორად (მაქს. ექვსი ცდა)	11.ბურთი” 12.დროშა 13.ხე”
ყურადღება და კალკულაცია	
14-18 დაიწყეთ 100-დან და გამოაკლით 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” 19.სიტყვა შებრუნებული
მეხსიერება	
19-21 “ახლა გაიმეორეთ სამი სიტყვა, რომლის დამახსოვრებაც გთხოვთ”	20.ბურთი” 21.დროშა 22.ხე”
მეტყველება	
22-23 დასახელება: უჩვენეთ საგნები და ჰკითხეთ მათი სახელები: მაჯის საათი, კალამი	23.საათი 24.კალამი
24. გამეორება:გამეორებინეთ პაციენტს ფრაზა: ‘ და თუ, თუ არა, მაგრამ თუ”	25.გამეორება
25-27. სამი კომპონენტის შემცველი ბრძანება: მიეცით პაციენტს ქაღალდის ფურცელი და უთხარით: “აიღეთ ფურცელი მარჯვენა ხელში, გაკეცეთ და დადევით იატაკზე.	26.აიღეთ 27.გაკეცეთ 28.დადევით
28. კითხვა: დაბეჭდეთ დიდი ასოებით”დახუჭეთ თვალები” და პაციენტს სთხოვეთ წაიკითხოს. შეფასება დადებითია თუ პაციენტი თვალებს დახუჭავს.	29.კითხვა
29. სპონტანური წერა: სთხოვეთ პაციენტს დაწეროს წინადადება ქაღალდის ფურცელზე.	30.გონივრული წინადადება ქვემდებარითა და შემასმენლით
30. კოპირება:” გადახატეთ ეს ფიგურა” წარმოდგენილი უნდა იყოს ათივე კუთხე და 2 გადაკვეთა	31.ხაზავს მრავალკუთხედებს

ფიგურა:



შემოკლებული მენტალური ტესტი:

1. ასაკი
2. დრო (არ არის აუცილებელი წუთების სიზუსტით, 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 ტესტირებაც)

ტესტი: "სამი პუნქტის გამეორება"

1. მიზანი: მოწმდება ხანმოკლე მეხსიერება
2. შესრულების ტექნიკა: სთხოვთ პაციენტს ყურადღებით მოგისმინოთ, როდესაც თქვენ სამ საგანს დაასახელებთ, რადგან მოგვიანებით (დაახლოებით 1 წუთში) მან უნდა გაიმეოროს ეს სახელები. ამ განმარტების შემდეგ დაასახელებთ სამი ობიექტი (მაგ. ბურთი, დროშა, ხე).
3. ტესტის შედეგების ინტერპრეტაცია: თუკი პაციენტი სამივე საგნის დასახელებას უშეცდომოდ გაიმეორებს დემენცია ნაკლებად სავარაუდოა. ერთი ან ორი შეცდომის შემთხვევაში დემენციისა არსებობის ალბათობა იზრდება და შემდგომი შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია მინი-ფსიქიკური ტესტის ჩატარება.¹⁴⁴

ტესტი: "ცხოველების დასახელება"

1. მიზანი: მოწმდება მეტყველების მანერა და სემანტიკური მეხსიერება
2. შესრულების ტექნიკა: სთხოვთ პაციენტს ერთი წუთის მანძილზე დაასახელოს იმდენი ცხოველი, რამდენსაც ამ დროში მოახერხებს.
3. ტესტის შედეგების ინტერპრეტაცია: პაციენტებში ალცჰეიმერის დაავადებით ტესტის შედეგი, ჩვეულებრივ, ასე გამოიყურება "ძალი, კატა, 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 ზღვარი აბსოლუტურად მისაღებია პათოლოგიური და ნორმალური მდგომარეობის გასამიჯნად.¹⁴⁵

ტესტი:"სათის ტესტი"

1.მიზანი: საფეთქლის წილის არადომინანტური ფუნქციების შეფასება, რაც ალცჰეიმერის დაავადების ადრეულ სტადიებზე მნიშვნელოვნად შემცირებულია.

2.შესრულების ტექნიკა: თეთრი ქაღალდზე შემოხაზეთ, დაახლოებით, 2 სმ დიამეტრის წრე. შემდეგ სთხოვეთ პაციენტს, საათის ციფერბლატის მსგავსად, წრეში განათავსოს ციფრები 1-დან 12-მდე.

3.ტესტის შედეგების ინტერპრეტაცია:დემენციური პაციენტები ვერ ახერხებენ ციფრების თანმიმდევრულ და სიმეტრიულად განლაგებას. ისინი ციფრებს უპირატესად მარჯვენა ნახევარში ათავსებენ. ტესტის შედეგების შეფასებისათვის საჭიროა წრე გაიყოს ოთხ სექტორად. საუკეთესო შემთხვევაში თითოეული სექტორი სამ ციფრს უნდა მოიცავდეს (12-დან 2-მდე, 3-დან 5-მდე და ა.შ). პირველ სამ სექტორში პაციენტის მიერ ციფრების განთავსების მიხედვით მან 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.

4. ტესტის დიაგნოსტიკური ღირებულება დემენციის დიაგნოსტიკისას:¹⁴⁶

მგრძობელობა: 87% სპეციფიკურობა:82%

თუმცა ტესტი არ იძლევა დემენციის სიმძიმის დადგენის საშუალებას.

დეპრესიის გერიატრიული შკალის შემოკლებული ხუთ-პუნქტიანი ვარიანტი

- 1.ზოგადად, კმაყოფილი ხართ ცხოვრებით?
- 2.ხშირად ხართ მოწყენილი?
- 3.ხშირად გაქვთ უძწეობის განცდა?
- 4.რას ამჯობინებთ_სახლში დარჩეთ, თუ გარეთ გახვიდეთ და რაიმე საინტერესო საქმით დაკავდეთ?
- 5.ხომ არ გაქვთ განცდა-თითქოს აღარავის სჭირდებით?

ინტერპრეტაცია:

- 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.
- ორზე მაღალი მაჩვენებელი სავარაუდოს ხდის დეპრესიის არსებობას.

დანართი № 4. მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისათვის მოწოდებულია სპეციალური ტაბულები (ცხრილები), რომელიც შედგენილია პირობითი ნიშნების რამდენიმე რიგით. ამ ნიშნებს ოპტოტიები ეწოდება. ოპტოტიპებად შეიძლება გამოყენებული იქნეს ასოები, ციფრები, რგოლები, ხაზები, ნახატები და ა.შ.

მხედველობის სიმახვილეს სპეციალური ტაბულებით იკვლევენ. არსებობს სნელენის, გოლოვინის, სივცევის და სხვათა ტაბულები. მხედველობის სიმახვილის პირველი ტაბულა 1862 წელს შეიმუშავა სნელენმა. სნელენის ტაბულაზე თითოეული ნიშნით – ოპტოტიპის დეტალში იგულისხმება როგორც შტრიხის სისქე, ისე შტრიხებს შორის შუალედი. მხედველობის სიმახვილის გამოკვლევის თანამედროვე ტაბულები სნელენის პრინციპზეა აგებული. ტაბულების სხვადასხვა სახისაა: წერა-კითხვის მცოდნეთათვის ტაბულაზე აღნიშნულია ასოები, მცირედმცოდნეთათვის – ციფრები, წერა-კითხვის უცოდინართათვის კი – განსაკუთრებული ნიშნები რგოლები.

მხედველობის სიმახვილის გამოსაკვლევი ყველა ტაბულა 10-12 მწკრივისგან შედგება, თითოეული მწკრივი კი თანაბარი ზომის რამდენიმე ნიშნისგან. მწკრივებში ნიშნის ზომა თანდათანობით კლებულობს, მხედველობის სიმახვილე განისაზღვრება უმცირესი ნიშნით, რომელსაც არჩევს თვალი. თითოეული მწკრივის მარცხნივ ციფრია, რომელიც გვიჩვენებს, თუ რა მანძილზე უნდა ხედავდეს ნორმალური თვალი, მარჯვნივ აღნიშნულია შესაბამისი მხედველობის სიმახვილე.

ინსტრუქცია:

ჩვეულებრივ, მხედველობის სიმახვილის გამოკვლევის დროს გამოსაკვლევი პირი ტაბულიდან დაშორებულია 5 მეტრით. თუ გამოსაკვლევი პირი 5 მეტრის მანძილიდან ხედავს მხოლოდ პირველ რიგს, მაშინ $d=5$ მეტრს $D=50$ მეტრს ე.ი. ლონდერდის ფორმულის მიხედვით სადაც $V(\text{visus})$ მხედველობის სიმახვილეა, d -მანძილი გამოსაკვლევი პირიდან ტაბულამდე და D -მანძილი, საიდანაც მოცემული მწკრივის ოპტოტიპი ჩანს. ე.ი. $V=5/50=0.1$ ასევე თუ გამოსაკვლევი პირი ხედავს მე-5 რიგს, მაშინ $d=5$ მეტრს; $D=10$ მეტრს, ე.ი. $V=5/10=0.5$ მე-10 რიგისათვის $V=5/5=1.0$.

რადგან ხშირად გვხვდება ერთეულზე მეტი მხედველობის სიმახვილე, ტაბულაში შეტანილია მე-11-12 როგები, რაც შესაბამისად 1.5 და 2.0 მხედველობის სიმახვილეს შეესაბამება.

თუ გამოსაკვლევი პირი მწკრივის ოპტიკისავე ვერ ხედავს, ვერ არჩევს, მას უახლოვებენ ტაბულას ან ათვლევენ თითებს 0.09-დან 0.01-მდე.

ვთქვათ, გამოსაკვლევი პირი თითებს ითვლის 4 მეტრის მანძილიან, მაშინ მისი მხედველობის სიმახვილე $V=4/50=0.08$ 3 მეტრის მანძილს შეესაბამება $V=0.06$; 2 მეტრისას $V=0.04$; ერთი მეტრისას $V=0.02$; 1/2 მეტრის მანძილს $V=0.01$; მხედველობის სიმახვილე თუ კიდევ უფრო დაქვეითებულია მხედველობის სიმახვილეს აღნიშნავენ მანძილით, რომელზედაც გამოსაკვლევი პირს შეუძლია თითების დათვლა, მაგალითად, $visus=$ თითების თვლა 20სმ, 30სმ, მანძილზე და ა.შ. უკიდურესად დაქვეითებული მხედველობის შემთხვევაში ვისუს =ხელის მოძრაობა სახესთან. თუ ფორმული მხედველობის ეს მინიმალური უნარიც დაკარგულია, მაშინ გადადიან სინათლის შეგრძნების გამოკვლევაზე.

მხედველობის სიმახვილის გამოსაკვლევი ტაბულების უმეტესობა აგებულია არითმეტიკული პროგრესის პრინციპზე. მხედველობის სიმახვილის გამოსაკვლევად საჭიროა 5 მეტრის სიგრძის ოთახი. თითოეული თვალის სიმახვილეს იკვლევენ ცალ-ცალკე, რისთვისაც ერთ-ერთ თვალს არაგამჭირვალე ეკრანით ფარავენ.

თუ მარჯვენა თვალი კითხულობს მე-10 მწკრივს, მარცხენა თვალი კი მე-5-ს, მაშინ მარჯვენა თვალის სიმახვილე იქნება: $vod=1.0$ მარცხენა თვალის $vos=0.5$.

შეფასების დროს ორივე თვალი ღია უნდა იყოს. თვალი, რომელსაც კონკრეტულ მომენტში არ იკვლევენ უნდა დაიფაროს გაუმჭირვალე, იოლად სადეზინფექციო მასალით. ზოგჯერ, დასაშვებია თვალის ხელისგულით დაფარვა, მხოლოდ ისე, რომ არ მოხდეს თვალზე ზეწოლა. ამის გამოკვლევა ხდება როტის აპარატით, რომელიც წარმოადგენს კოლოფს. სადაც ოთხივე მხარეს ტაბულას აქვს თანაბარი განათება სარკეებით. წინ კი იმყოფება ნათურა, რომელიც ანარეკლით თითო ასო მკვეთრად გამოხატულია.

ოპტიკის მისათითებლად საჭიროა კარგი საჩვენებელი ჯოხი. გამოკვლევისას მისი ბოლო ზუსტად გამოსაცნობი ოპტიკის ქვეშ უნდა

მოათავსონ. თითოეული ნიშნის ექსპოზიციის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 2-3 წმ-ს.

მხედველობადაქვეითებულ პაციენტებში დასაშვებია გამოკვლევის დაწყება დიდი ოპტოტიპის რიგიდან ქვემოთ ასოთი ვერტიკალური მიმართულებით, თითო რიგში ერთი ოპტოტიპის ჩვენებით, იქამდე ვიდრე გამოსაკვლავი პირი შეცდომას დაუშვებს. 0.3-0.6 მხედველობის სიმახვილის შესაფერის მწკრივში დასაშვებია ერთი ოპტოტიპის არასწორად დასახელება, ხოლო 0.7-1.0 მწკრივში ორი ოპტოტიპის არასწორედ დასახელება.

მხედველობის სიმახვილეს იკვლევენ კორექციით და უკორექციოთ, რაც აუცილებელია იმისთვის, რომ დაადგინონ მხედველობის დაქვეითების მიზეზი თვალის დაავადება, თუ რეფლექციის ანომალია, გამანათებელი მოწყობილობის ძირი იატაკიდან 1.5 მეტრის, ხოლო პაციენტიდან 5 მეტრის დაშორებით უნდა მდებარეობდეს.

დანართი № 5. სმენის შეფასება**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 ერთ, 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 სიტყვებს გამეორება ხმის აწევამდე შეუძლებელია

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 წიკწიკე

დანართი № 6. კვებითი რეკომენდაციები

ზოგადი კვებითი რეკომენდაციები თითქმის ისეთივეა, როგორც ახალგაზრდებისათვის, თუმცა საჭიროა გარკვეული მომენტების დაზუსტება:¹⁴⁷

(1) ხანდაზმულებში მრავალფეროვანი საკვების მიღება კიდევ უფრო მეტად მნიშვნელოვანია, ვიდრე ახალგაზრდებში. მართალია, ხანდაზმულებში იკლებს ენერგეტიკული მოთხოვნილება, მაგრამ იგივე რჩება ამა თუ იმ კვებითი ინგრედიენტის მიღების აუცილებლობა.

(2) ჭარბი წონის თავიდან აცილება ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მსუბუქი სხეული იოლი სატარებელია ოსტეოართრიტული სახსრებისათვის, გული და ფილტვებიც უფრო წარმატებით ასრულებენ 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 ღვიძლი ვერ უზრუნველყოფს დიდი რაოდენობით ალკოჰოლის მეტაბოლიზმს. თანაც, გასათვალისწინებელია, რომ ალკოჰოლის მოხმარების ფონზე ხანდაზმულებში მკვეთრად იზრდება დაცემისა და უბედური შემთხვევების რისკი;

(6) შეზღუდეთ მარილი და მარილიანი საკვები. ეს საშუალებას მოგცემთ უკეთ აკონტროლოთ არტერიული წნევა და შედეგად თავიდან აიცილოთ ინსულტი.

(7) ერიდეთ დიდი რაოდენობით შაქრის გამოყენებას.

შენიშვნა: ჯერ კიდევ, სადავოა ხანდაზმულებში ქოლესტერინის დაბალი კონცენტრაციის 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:

- ქალებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კალციუმის მიღება ადეკვატური რაოდენობით (საკვებში უცხიმო რძისა და ყველის მოხმარება). ეს ხელს შეუშლის ოსტეოპოროზის განვითარებას;
- საწოლს მიჯაჭვული ან უპირატესად ბინაზე მყოფი პაციენტებისათვის რეკომენდებულია D ვიტამინის დაბალი დოზების პროფილაქტიკური გამოყენება (5-10მკგრ/დღეში);
- ხანდაზმულებში არ არის სასურველი ერთდროულად დიდი რაოდენობით საკვების მიღება. საკვები უნდა განაწილდეს მცირე პორციებად, მაგრამ პაციენტმა არ უნდა გამოტოვოს არც ერთი-სამი მთავარი კვებიდან.
- საღამოს, ყავა ან ჩაი ხელს უწყობს უძილობას;
- მიმდინარეობს კვლევები ხანდაზმულებში თევზის ქონის დანამატების გამოყენების მნიშვნელობის თაობაზე.

15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Психиатрия Позднего Возраста, 2001 (Psychiatry in the Elderly, edited by Robin Jacoby (University of Oxford), Catherine Oppenheimer (The Warneford Hospital Oxford), II edition 1997, UK)
2. Eliopoulos C., Gerontological Nursing., Second Edition., 1987.
3. Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, et al. Standardization of the diagnosis of dementia in the Canadian Study of Health and Aging. *Neuroepidemiology* 1996; 15: 246–256.
4. World Health Organization, What is Depression? Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
5. Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2d ed. Baltimore: Williams Wilkins, 1996.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Rovner BW, Zisselman PM, Shumueli-Dulitzki Y. Depression and disability in older people with impaired vision: a follow-up study., *J Am Geriatr Soc*, 1996;44:181-4.
10. Brody Barbara L., Gamst Anthony C., Williams Rebecca A., Smith Amanda R., Lau Philip W., Dolnak Douglas, Rapaport Mark H., Kaplan Robert M. and Brown Stuart I., Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration., *Ophthalmology*., Volume 108, Issue 10, October 2001, Pages 1893-1900
11. Jones DA, Vetter NJ, Victor CV., Visual disability and associated factors in the elderly., *Health visitor* 1987; 60:256-7.
12. 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).
13. 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.
14. Stewart IF. After early identification—what follows? A study of some aspects of deaf education from an otolaryngological viewpoint. *Laryngoscope* 1984;94:784–799.

15. Abrams P, Cardozo L, Fall M *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21 : 167–78.
16. Jonathan M. Vapnek., Urinary incontinence: Screening and treatment of urinary dysfunction. *Geriatrics*, Oct, 2001.
17. Ko Yu., Lin Swu-Jane, Salmon J. Warren, and Bron Morgan S., Pharm D, The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly., *The American Journal Of Managed Care.*, July 2005 , Number 4 Supplement, Volume 11:S103-S111.
18. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 2003;20:817-832.
19. Chen Cheryl Chia-Hui., A concept analysis of malnutrition in the elderly *Journal of advanced nursing.*, 2001:vol:36 iss:1 pg:131.
20. Ania BJ, Suman VJ, Fairbanks VF, Melton LJ III. Prevalence of anemia in medical practice: community versus referral patients. *Mayo Clin Proc* 1994;69:730-5.
21. არტერიული ჰიპერტენზია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი და ჯანმრთელობის სერვისების კვლევების ცენტრი. 2006 თბილისი. *გადმოტვირთულია ვებ-გვერდიდან www.moh.gov.ge, 2009 წლის იანვარში.*
22. Staessen J, Amery A, Fagard R. Isolated systolic hypertension in the elderly. *J Hypertens* 1990; 8: 393-405.
23. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 2005 წელის მონაცემებით, თბილისი, 2007.
24. Ferri Cleusa P, Prince Martin, Brayne Carol, Brodaty Henry, a Fratiglioni Laur, Ganguli Mary, Hall Kathleen, Hasegawa Kazuo, Hendrie Hugh, Huang Yueqin, Jorm Anthony, Mathers Colin, Menezes Paulo R, Rimmer Elizabeth, a Sczufca Marci, for Alzheimer’s Disease International, Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study., *Lancet* 2005; 366: 2112–17.
25. Breteler MMB, Claus JJ, van Duijn CM, et al. Epidemiology of Alzheimer’s disease. *Epidemiol Rev* 1992;14:59–82.
26. 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.
27. 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.

-
28. 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.
 29. 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.
 30. Karosanidze I., Doborjginidze V., Gabunia T., Home care for the elderly provided at primary care level by Tbilisi National Family Medicine Training Center (NFMTTC)., *J of Health Sciences Managemnt and Public Health.*, NHMC of Georgia The University of Scranton, Pennsylvania, USA.
 31. Djernes J. K., Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review., *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 372–387.
 32. Minino AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths:final data for 2000. *Natl Vital Stat Rep* 2002; 50: 1–119.
 33. George S Alexopoulos., Depression in the elderly.,*The lancet*, Volume 365, June 4, 2005.
 34. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol Med Sci* 2003; 56A: 249–65.
 35. Kannus Pekka, Sievänen Harri, Palvanen Mika, Järvinen Teppo, Parkkari Jari., Prevention of falls and consequent injuries in elderly people., *The lancet.*, 2005 vol:366 iss:9500 pg:1885
 36. 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*
 37. National Falls Prevention for Older People Initiative. An analysis of research on preventing falls and falls injury in older people: community, residential care and hospital settings. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2004.
 38. Melton LJ III, Chrischilles EA, Cooper C, Lane AW, Riggs BL. Perspective. How many women have Osteoporosis? *J Bone Miner Res.* 1992;7:1005-1010.
 39. Melton LJ III, Thamer M, Ray NF, et al. Fractures attributable to Osteoporosis: report from the National Osteoporosis Foundation. *J Bone Miner Res.* 1997; 12:16-23.
 40. 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.
 41. Lavery JR, Gibson JM, Shaw DE, Rosenthal AR. Vision and visual acuity in an elderly population. *Ophthalmic Physiol Opt* 1998;8:390-3
 42. Mulrow CD, Lichtenstein MJ. Screening for hearing impairment in the elderly: rationale and strategy. *J Gen Intern Med* 1991;6:249-258.
 43. Anger Jennifer Tash, Saigal Christopher S., Litwin Mark S. and The Urologic Diseases of America Project The Prevalence of Urinary Incontinence Among Community Dwelling Adult Women: Results

-
- From the National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of urology.*, 2006: vol:175 iss:2 pg:601.
44. Hellstrom L, Ekelund P, Milsom I, Mellstrom D. The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85-year-old men and women. *Age Ageing.* 1990;19:383-389.
45. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol.* 1996;87:715-721.
46. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol.* 1986;136:1022-1025.
47. Ouslander JG, Palmer MH, Rovner BW, German PS. Urinary incontinence in nursing homes: incidence, remission and associated factors. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:1083-1089.
48. Burgio K, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol.*, 1991;146: 1255-9.
49. Fulton Maryann M., Allen Elizabeth Riley, Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review., *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.*, Volume 17, Issue 4, April 2005.
50. Williams, C. Using medications appropriately in older adults. *American Family Physician*, 66(10), 1917–1924. 2002.
51. Jörgensen, T., Johansson, S., Kennerfalk, A., Wallander, M., & Svärdsudd, K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(9), 1004–1009, 2001.
52. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini nutritional assessment: a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Research Gerontology*, 1994 (supplement):15-61.
53. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of elderly, *Nutrition Review*, 1996;54:S59-S65.
54. Daly MP. Anemia in the elderly. *American Family Physician* 1989;39:129-36
55. Balducci Lodovico, Epidemiology of Anemia in the Elderly: Information on Diagnostic Evaluation, *Journal of the American Geriatrics Society.* 2003:Volume 51 Issue 3s, Pages 2 – 9.
56. Anía BJ, Suman VJ, Fairbanks VF et al. Incidence of anemia in older people: An epidemiologic study in a well defined population. *Journal of American Geriatric Society* 1997;45: 825–831.
57. World Health Organization, The European health report 2005 : public health action for healthier children and populations, p-111.

-
58. Ong, Kwok Leung; Cheung, Bernard M.Y.; Man, Yu Bun; Lau, Chu Pak; Lam, Karen S.L., Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999–2004., *Hypertension.*, Volume 49(1), January 2007, pp 69-75.
59. 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.
60. Lindsay Joan, Laurin Danielle, Verreaults Rene, Rejean Hebert, Risk Factors for Alzheimer's Disease: A prospective Analysis form the Canadian Study of Health and Aging., *American Journal of Epidemiology*, 2002:Vol. 156, No 5, pg. 445.
61. The Canadian Study of Health and Aging:risk factors for Alzheimer's disease in Canada. *Neurology* 1994;44:2073-80.
62. Ben Green, Psychiatry in General Practce., UK., 1994
63. National Osteoporosis Foundation. *Health Professional's Guide to Rehabilitation of the Patient with Osteoporosis*. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2003.
64. Vapnek Jonathan M., Urinary incontinence:Screening and treatment of urinary dysfunction. *Geriatrics*. Oct, 2001.
65. Mansouri A, Lipschitz DA. Anemia in the elderly patient. *Anemia.*, 1992;76: 619–630.
66. Quagliano D, Ginaldi L, Furia N et al. The effect of age on hemostasis. *Aging Clin Exp Res* 1996;8: 1–12.
67. Tran KH, Udden MM, Taffet GE et al. Erythropoietin regulation of hematopoiesis is preserved in healthy elderly people. *Clin Res* 1993;41: 116a.
68. Zauber PN, Zauber AG. Hematologic data of healthy very old people. *JAMA .*, 1987;257: 2181–2184.
69. Balducci L, Hardy CL, Lyman GH. Hematopoietic growth factors in the older cancer patient. *Curr Opin Hematol .*, 2001;8: 170–187
70. Hamerman D, Berman JW, Albers GW et al. Emerging evidence for inflammation in conditions frequently affecting older adults. Report of a symposium. *J Am Geriatr Soc*, 1999;47: 995–999.
71. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: A new prediction equation. Modification of diet in renal disease study group. *Ann Intern Med.*, 1999;130: 461–470
72. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH Jr, Kostis JB, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998; 279: 839-46.

-
73. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, et al. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Neurology*. 2001;56:1133-1142.
74. Lyketsos Constantine G., Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment Results From the Cardiovascular Health Study *JAMA*., 2002 vol:288 iss:12 pg:1475.
75. Reynolds CF, Zubenko GS, Pollock BG, et al. Depression in late life. *Curr Opin Psychiatry* 1994. 17:1821.
76. Melton III LJ. Epidemiology of fractures. In: Riggs BL, Melton LJ III, eds. Osteoporosis: Etiology Diagnosis and Management. *Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers*, 1995.
77. Bevan Yueh, Nina Shapiro, Catherine H. MacLean, Paul G. Shekelle, Screening and Management of Adult Hearing Loss in Primary Care., *JAMA*. 2003;289:1976-1985.
78. Fultz Nancy H., Burgio Kathryn, Diokno Ananias C., Kinchen Kraig S., Obenchain Robert, and Bump Richard C., Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women., *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 189, Issue 5, November 2003, Pages 1275-1282.
79. Fulton Maryann M., Allen Elizabeth Riley, Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review., *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*., 2005:volume 17, issue 4.
80. Wilcock G.K., Gray J.A.M. and Longmore J.M.; *Geriatric Problems in General practice, Second Edition*., 1995.
81. Fried LP, Storer DJ, King DE et al. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991;39: 117-12.
81. Middeke M, Lemmer B, Schaaf B, Eckes L., Prevalence of hypertension-attributed symptoms in routine practice: a general practitioners –based study. *J Hum Hypertens*. 2008 Apr; 22(4):252-8.
83. გ. სიმონია, ი. ანდრონიკაშვილი, კლინიკური გერიატრია., თბილისი 2001.
84. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: Clinical confirmation of a screening instrument. *American Journal of Medicine* 1996; 100:438-43.
85. Ruben D. Principles of geriatric assessment. In: Hazzard WR, et al. Principles of geriatric medicine and gerontology (4th ed). New York: McGraw-Hill, 1999:467-81.
86. Elkan Ruth, Kendrick Denise, Dewey Michael, Hewitt Michael, Robinson Jane, Blair Mitch, Williams Deb, Brummell Kathy, and Egger Matthias, Home visits benefit elderly people., *BMJ*., 2001.
87. 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 Clinical and Experimental Research* 1995; 7:179-83.

-
88. Gill., A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home, *New England Journal of Medicine*, 2002 vol:347 iss:14 pg:1068
 89. 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.
 90. Nevitt M. Risk factors for injurious falls: A prospective study. *Journal of Gerontology* 1991;46:164-70.
 91. Taylor H, Keeffe J. Updates in medicine: Ophthalmology. *The Medical Journal of Australia*, 2002;176:29.
 92. Gillespie L, Gillespie W, Robertson M, Lamb S, Cumming R, Rowe B. Interventions for preventing falls in elderly people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* ., 2003(4).
 93. Patterson C. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Can J Neurol Sci* ., 2001;28(Suppl 1):s3-16.
 94. Clarfield AM, Bass MJ, Cohen C, et al: Assessing dementia: The Canadian Consensus. *Can Med Assoc J*, 1991; 144:851-853.
 95. Warren EJ, Grek A, Conn D, et al: A correlation between cognitive performance and daily functioning in elderly people. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*., 1989; 2: 96-100.
 96. Cummings J, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part 1. Assessment. *American Family Physician*., 2002;65:2263-72.
 97. LoGiudice D, Darzins P. Is it dementia? *Aust Fam Physician*., 1999;28:669-72.
 98. 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
 99. Ganguli M, Belle S, Ratcliff G, et al. Sensitivity and specificity for dementia of population-based criteria for cognitive impairment: The Movies Project. *J Gerontol*., 1993; 48: M152-M161.
 100. Kukull WA, Larson EB, Teri L, et al. The Mini-Mental State Examination score and the clinical diagnosis of dementia. *J Clin Epidemiol* .,1994; 47: 1061-1067.
 101. Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ, et al. The Mini-Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance. *Mayo Clin Proc*., 1996; 71: 829-837.
 102. Wilder D, Cross P, Chen MPJ. Operating characteristics of brief screens for dementia in a multicultural population. *Am J Geriatr Psychiatry*., 1995; 3: 96-107.
 103. Fountoulakis KN, Tsolaki M, Mohs RC, et al. Epidemiological Dementia Index: a screening instrument for Alzheimer's disease and other types of dementia suitable for use in populations with low education level. *Dement Geriatr Cogn Disord* .,1998; 9: 329-338.

-
104. Kokmen E, Smith GE, Petersen RC, et al. The short test of mental status: correlations with standardized psychometric testing. *Arch Neurol.*, 1991; 48: 725–728.
 105. 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.
 106. Ederer F, Krueger DE, Mowery RL et al: Lessons from the Visual Acuity Impairment Survey Pilot Study. *Am J Public Health.*, 1986; 76: 160-165.
 107. 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.
 108. Liam Smeeth, Astrid E Fletcher, Smita Hanciles, Jennifer Evans, , Richard Wormald, Screening older people for impaired vision in primary care: cluster randomised trial., *BMJ.*, 2003;327:1027.
 109. 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.
 110. Patterson C. Screening for visual impairment in the elderly. Ottawa: Health Canada, 1994.
 111. United States Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
 112. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1995 update: 3. Screening for visual problems among elderly patients. *Can Med Assoc J* 1995;152:1211–22.
 113. U.S. Preventive Services Task Force. "Hearing impairment" In United States Preventive service Task Force Report, 2nd ed. Baltimore: Williams&Willkins 1996 (Class "B" recommendation);
 114. 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;
 115. Patterson C. Prevention of hearing impairment and disability in the elderly. Ottawa: Health Canada, 1994.
 116. Fredrick T Sherman., Easy-to-use screening tools speed initial office work-up., *Geriatrics.*, August, 2001.
 117. 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.
 118. Douglas L Smith, Anemia in the Elderly., *J American Family Physician.*, October 1., 2002.
 119. David R Thomas; Wendy Ashmen; John E Morley; William J Evans; et al *The Journals of Gerontology*; Dec 2000; 55A, 12; Nutritional management in long-term care: Development of a clinical guideline., *ProQuest Nursing & Allied Health Source* pg. M725.

-
120. Gueyffier F, Froment A, Gouton M. New meta-analysis of treatment trials of hypertension: improving the estimate of therapeutic benefit. *J Hum Hypertens* 1996; 10: 1-8.
121. Hebert PR, Moser M, Mayer J, Glynn RJ, Hennekens CH. Recent evidence on drug therapy of mild to moderate hypertension and decreased risk of coronary heart disease. *Arch Intern Med* 1993; 153: 578-81.
122. National Heart Foundation. Hypertension management guide for doctors. Available at: www.heartfoundation.com.au/downloads/hypertension_management_guide_2004.pdf.
123. United States Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2003.
124. Mulrow CD, Cornell JA, Herrera CR, Kadri A, Farnett L, Aguilar C. Hypertension in the elderly. Implications and generalizability of randomized trials. *JAMA* 1994; 272: 1932-8.
125. Jan A Staessen, Jerzy Gasowski, Ji G Wang, Lutgarde Thijs, Elly Den Hond, Jean-Pierre Boissel, John Coope, Tork Ekbom, François Gueyffier, Lisheng Liu, Karla Kerlikowske, Stuart Pocock, Robert H Fagard, Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials., *The Lancet*, Vol 355, March 11, 2000.
126. Loewenstein JI, Palmberg PF, Connett JE, et al : Effectiveness of a pinhole method for visual screening. *Arch Ophthalmol* 1985; 103: 222-223.
127. Ford VJ, Zimmerman TJ, Kooner A: A comparison of screening methods for the detection of glaucoma. *Invest Ophthalmol Vis Sci (Suppl)* 1982; 22: 257
128. American College of Physicians, American Diabetes Association, American Academy of Ophthalmology: Screening guidelines for diabetic retinopathy. *Ann Intern Med* 1992; 116: 683-685
129. British Multicentre Study Group: Proliferative diabetic retinopathy: treatment with xenon-arc photocoagulation: interim report of multicentre randomized controlled trial. *BMJ* 1977; 1: 739-741
130. British Multicentre Study Group: Photocoagulation for diabetic maculopathy. A randomized controlled trial using the xenon arc. *Diabetes* 1983; 32: 1010-1016.
131. The Moorfields Macular Study Group: Retinal pigment epithelial detachments in the elderly: a controlled trial of argon laser photocoagulation. *Br J Ophthalmol* 1982; 66: 1-16
132. Macular Photocoagulation Study Group., Argon laser photocoagulation for senile macular degeneration. Results of a randomized trial. *Arch Ophthalmol* 1982; 100: 912-918
133. Cooper RL, Grose GC, Constable IJ: Mass screening of the optic disc for glaucoma: a follow up study. *Austr N Z J., Ophthalmol.*, 1986; 14: 35-39.
134. Trope GE, Britton R: A comparison of Goldmann and Humphrey automated perimetry in patients with glaucoma. *Br J Ophthalmol.*, 1987; 71: 489-493.

-
135. Schulzer M, Drance SM, Douglas GR: A comparison of treated and untreated glaucoma suspects. *Ophthalmology.*, 1991; 98: 301-307.
136. Epstein DL, Krug JH Jr, Hertzmark E, et al : A long-term clinical trial of timolol therapy versus no treatment in the management of glaucoma suspects. *Ophthalmology.*, 1989; 96: 1460-1467.
137. Campbell A John, Robertson M Clare, Grow Steven J La, Kerse Ngaire M, Sanderson Gordon F, Jacobs Robert J, Sharp Dianne M, Hale Leigh A, Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged 75 with severe visual impairment: the VIP trial, *British Medical journal*, Volume 331, Number 7520 (October 2005).
138. Steptoe A, Perkins-Porras L, McKay C, Rink E, Hilton S, Cappuccio FB. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial. *BMJ.*, 2003;326:855-7.
139. WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation, 2003.
140. National Heart Foundation. Hypertension management guide for doctors. Available at: www.heartfoundation.com.au/downloads/hypertension_management_guide_2004.pdf.
141. Elinor C Chumney, Leslie C Robinson, The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy, *Pharmacy Practice.*, 2006; 4(3): 103-109.
142. Paul S Mueller; C Christopher Hook; Kevin C Fleming., Ethical Issues in Geriatrics: A Guide for Clinicians., *Mayo Clinic Proceedings*; Apr 2004; 79, 4; ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 554.
143. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000. www.parliament.ge
144. Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med.*, 1991; 115(2):122-32
145. 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
146. Watson YI, Arfken CL, Birge SJ. Clock completion: An objective screening test for dementia. *J Am Geriatric Soc* 1993; 41(11):1235-40
147. Lichtenstein, Alice H., Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006: A Scientific Statement From the American Heart Association Nutrition Committee., *Circulation*, Volume 114(1), 4 July 2006, pp 82-96.