

დებენცია

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

დემენცია

1. სინდრომის ბანმარტება

დემენცია, წარმოადგენს კლინიკურ სინდრომს, რომელსაც სხვადასხვა გამომწვევი მიზეზი გააჩნია და შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ინტელექტის, მესხიერებისა და პიროვნების შექნილი გლობალური დაქვეითება ცნობიერების შეცვლის გარეშე.

2. კრიტერიუმები

დემენციის ზოგადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (ICD 10)

F00-F09

I აღინიშნება შემდეგი ყველა ნიშნის არსებობა:

1. მესხიერების გაუარესება, რაც განსაკუთრებით ვლინდება ახალი მასალის დასწავლისას, თუმცა შორს წასულ შემთხვევებში ვერ ხერხდება ადრე ათვისებული მასალის გახსენებაც. ეს ეხება, როგორც ვერბალურ, ასევე არავერბალურ მასალას. განასხვავებენ მესხიერების დაქვეითების სამ ხარისხს: მსუბუქს, საშუალოსა და ღრმას.
2. სხვა კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითება. ხასიათდება მსჯელობის, ლოგიკური აზროვნებისა და, ზოგადად, ინფორმაციის დამუშავების უნარის დაქვეითებით. განასხვავებენ კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითების სამ ხარისხს: მსუბუქს, საშუალოსა და ღრმას.

II შენარჩუნებულია ორიენტაცია გარემოში, ანუ ნათელი ცნობიერების მდგომარეობა საკმარისად ხანგრძლივად შენარჩუნებული იმისთვის, რომ დავადგინოთ G1-ში მოცემული სიმპტომების არსებობა.

III აღინიშნება ემოციათა კონტროლის უნარის, ან მოტივაციის დაქვეითება, ან სოციალური ქცევის შეცვლა, რაც ვლინდება რომელიმე შემდეგი ნიშნით:

1. ემოციური ლაბილობა;
2. გამღიზიანებლობა;
3. აპათია;
4. სოციალური ქცევის მოშლა.

IV კლინიკური დიაგნოზის დასასმელად, ზემოთ მოყვანილი სიმპტომები უნდა იყოს გამოხატული არანაკლებ ექვსი თვისა. ამ ვადის ამოწურვამდე შესაძლებელია მხოლოდ სავარაუდო დიაგნოზის დასმა.

3. სიმპტომები და ნიშნები

დემენციის კლინიკური ნიშნები

შემეცნებითი ფუნქციები

- მესხიერების დაქვეითება;
- ყურადღებისა და კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება;
- აფაზია, აგნოზია, აპრაქსია;
- დეზორიენტაცია;
- დაგეგმვის უუნარობა.

ქცევითი დარღვევები

- უცნაური (შეცვლილი) და დეზორგანიზებული ქცევა;
- მოუსვენრობა (უჭირთ ერთ ადგილზე გაჩერება, ეწვეიან მოხეტიალე ცხოვრებას);
- თავის მოვლისა და ჰიგიენის უარყოფა;
- ანტისოციალური ქცევა;
- ქცევითი განმუხრუჭება.

გუნებ-განწყობა

- შფოთვა;
- დეპრესია.

აზროვნება

- დაქვეითება, გაღარიბება;
- ინკოჰერენტულობა;
- რიგიდულობა;
- ბოღვითი იდეები.

ადქმა

- ილუზია;
- ჰალუცინაცია.

თვით შეფასება

- დაქვეითება;
- უკრიტიკობა თავისი მდგომარეობის მიმართ.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

დემენციის დიაგნოსტიკის პროცესი მოიცავს

- სრულფასოვანი ანამნეზის შეკრებას (ძველი ავადმყოფობის ისტორიების, სამედიცინო ჩანაწერების, ახლობლების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე);
- ფიზიკური სტატუსის კვლევას (განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ნევროლოგიურ გამოკვლევას);
- ფსიქიკური სტატუსის შესწავლას;
- კოგნიტური ფუნქციების შეფასებას;
- ფსიქოლოგიურ გამოკვლევას ფსიქომეტრული ტესტების გამოყენებით;
- ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს.

კოგნიტური დეფიციტის შეფასება სტანდარტიზირებული ტესტებით MMSE (მინიმენტალური სტატუსის კვლევა) (იხ. დანართი 1), მეხსიერების, მეტყველების, ყურადღებისა და კონცენტრაციის, სივრცითი აღქმის, ორიენტაციის, გნოზისისა და პრაქსისის კვლევა სტანდარტიზირებული ტესტებით

ბაზისური ლაბორატორიული გამოკვლევები
სისხლის საერთო ანალიზი
შარდის საერთო ანალიზი
სეროლოგიური ტესტი ლუესზე
გულმკერდის რენტგენოგრაფია
ელექტროენცეფალოგრამა
სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი
დამატებითი ლაბორატორიული გამოკვლევები (კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით)
თავის ქალას რენტგენი
კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა
ლუმბარული პუნქცია

სავალდებულო კონსულტაციები: ფსიქიატრის, ნევროლოგის, ფსიქოლოგის.

5. მკურნალობა

დემენციის მკურნალობისას აუცილებელია:

1. დიაგნოსტიკური შეფასება
ფსიქიატრიული, ნევროლოგიური და სომატური სტატუსის შეფასება;
2. სიმპტომების შეფასება და მონიტორინგი;
3. უსაფრთხოებაზე ზრუნვა
პაციენტის მიერ ძალადობისა და სუიციდის რისკის შეფასება;
მოვლისა და სუპერვიზიის ადექვატურობის შეფასება.
4. პაციენტისა და მისი ოჯახის განათლება.

მკურნალობის ზოგადი საპიიხეპი

მკურნალობის სქემის შემუშავებისათვის უნდა განისაზღვროს მდგომარეობის სიმწვავე:

მდგომარეობის სიმწვავე:	სშირი სიმპტომები:
მსუბუქი ავადმყოფი ასრულებს მარტივ ყოველდღიურ საქმიანობას, მაგრამ შედარებით რთული ამოცანების შესრულება უჭირს	<ul style="list-style-type: none"> • დეპრესია; • დეფიციტის არსებობის გაცნობიერება და მისი განცდა.
საშუალო პაციენტს უჭირს ყოველდღიური საქმიანობის შესრულება	<ul style="list-style-type: none"> • დეპრესია; • ფსიქოზური სიმპტომების განვითარება, მაგალითად პარანოიალური იდეები.
მძიმე პაციენტს ესაჭიროება დახმარება ყოველდღიური აუცილებელი საქმიანობის შესრულებისას (მაგალითად, პირადი ჰიგიენის დაცვა)	<ul style="list-style-type: none"> • ფსიქოზები; • აჟიტაცია.
გამოხატული პაციენტის მდგომარეობა ტერმინალურია და იგი მთლიანად დამოკიდებულია სხვაზე	<ul style="list-style-type: none"> • საწოლთან მიჯაჭვულობა, მოტორული დეფიციტის გამო; • საკვების მიღების სირთულეები; • შეუკავებლობა (უნებლიე შარდვა, დეფეკაცია).

ფსიქოსოციალური მკურნალობა მოიცავს

- ქცევაზე-ორიენტირებულ მკურნალობას;
- სტიმულაციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას;
- კოგნიციაზე ორიენტირებულ თერაპიას;
- მომვლელების მხარდაჭერას.

ფსიქოფარმაკოთერაპია

დემენციის მკურნალობისას გამოყენება:

- ქოლინესთერაზას ინჰიბიტორები;
- ნეიროპროტექტორები;
- ბენზოდიაზეპინები;
- ანტიფსიქოზური პრეპარატები;
- ანტიდეპრესანტები.

აცეტილქოლინესთერაზას ინჰიბიტორები

აცეტილქოლინესთერაზას ინჰიბიტორების დანიშვნის საერთო პრინციპებია:

- აცეტილქოლინესთერაზას ინჰიბიტორები ინიშნება მინი მენტალური სტატუსის შკალის მიხედვით >12 მაჩვენებლის შემთხვევაში;
- მკურნალობამდე უნდა შეფასდეს ავადმყოფის დღიური აქტივობა და ყოფითი უნარ-ჩვევები;
- მკურნალობის ეფექტურობა უნდა შემოწმდეს 2-4 თვის შემდეგ. თუ მინი მენტალური სტატუსის შკალით “მდგომარეობა არ გაუარესდა”, ან აღინიშნება გაუმჯობესება, მაშინ პაციენტს უგრძობელდება მკურნალობა;
- მდგომარეობის განმეორებითი შეფასება უნდა მოხდეს ყოველ 6 თვეში. თუ მინი მენტალური შკალის მაჩვენებელი 12-ზე მეტია, მაშინ მკურნალობის გაგრძელება მიზანშეწონილი არაა და პრეპარატი უნდა მოიხსნას დოზის თანდათანობითი დაკლებით.

ალცჰაიმერის ტიპის დემენციის სამკურნალოდ მოწოდებული აცეტილქოლინესთერაზას ინჰიბიტორებია: Donepezil, Rivastigmine, Galantamine. ისინი განსხვავდებიან ფარმაკოლოგიური თვისებებით, თუმცა მოქმედების მექანიზმში არსებული განსხვავება არ გვაძლევს მნიშვნელოვან სხვაობას მკურნალობის ეფექტურობასა და გვერდითი მოვლენების თავისებურებაში.

ალცჰაიმერის დროს უწყვეტად მიმდინარე კოგნიტური დაქვეითების აღრიცხვა ხდება სტანდარტიზირებული შკალებისა და კითხვარების,

(მაგალითად, MMSE-ის (მინი მენტალური სტატუსის კვლევა)) საშუალებით. აცეტილქოლინესთერაზული პრეპარატების ეფექტურობის დადგენისას ითვალისწინებენ შკალების მონაცემებს დინამიკაში. ამის მიხედვით გამოიყო ავადმყოფთა სამი ჯგუფი: I ჯგუფი: “პასუხის გარეშე” – სადაც მკურნალობის მიუხედავად არანაირი შედეგი არ მიიღწევა და სახეზეა სტაბილური კოგნიტური გაუარესება, II ჯგუფი: “გაუარესების გარეშე” – ამ დროს მდგომარეობა არც უარესდება და არც უმჯობესდება, III ანუ “გაუმჯობესებულთა” ჯგუფი – რომელთა მაჩვენებლები MMSE მიხედვით უმჯობესდება.

ანტიქოლინესთერაზული პრეპარატები გავლენას ახდენს არა მარტო კოგნიტურ მაჩვენებლებზე, არამედ დადებითად მოქმედებენ ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომებზეც. მათი საშუალებით იოლდება მომვლელის შრომა და უმჯობესდება პაციენტის დღიური აქტივობა. თუმცა, ამ პრეპარატების გავლენა ინსტიტუციონალიზაციის ხანგრძლივობასა და ინვალიდიზაციის პროგრესირებაზე, მაინცდამაინც, მნიშვნელოვანი არაა.

დოზირება:

Donepezil – საწყისი დოზა 5 მგ/დღე, შესაძლოა ამ დოზის გაზრდა 10მგ/დღე-მდე ერთი თვის შემდეგ. თუმცა 10 მგ უპირატესობა 5მგ დღიურ დოზასთან შედარებით უმნიშვნელოა, თანაც, თუ გავითვალისწინებთ მაღალ დოზებზე გვერდითი მოვლენების განვითარების მომატებულ რისკს და მკურნალობის ღირებულებასაც, უფრო გამართლებულია 5მგ დღიური დოზის დანიშვნა.

მკურნალობის შეწყვეტის ძირითადი მიზეზი ქოლინერგული სტიმულაციის სიჭარბითაა გამოწვეული, რაც ვლინდება გულისრევით, პირღებინებით, თავბრუსხვევით, ფაღარათით, ზოგჯერ შარდის შეუკავებლობითა და უძილობით.

მკურნალობაზე უარის თქმა უფრო ხშირად პირველი 12 კვირის განმავლობაში ხდება. Donepezil შედარებით კარგი ამტანიანობის გამო მისი შეწყვეტა სხვა ანტიქოლინესთერაზულ პრეპარატებთან შედარებით, უფრო იშვიათია. (4%-16% - პლაცებოს 7% შემთხვევაში). Donepezil მკურნალობის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტურობა ნაჩვენებია 52 კვირის შემდეგ.

არსებობს სულ უფრო მზარდი მონაცემები იმის თაობაზე, რომ ვასკულარული დემენციის დროს პრეპარატებით - Donepezil, Rivastigmine, Galantamine და Memantine მკურნალობა თითქმის ისეთივე შედეგს გვაძლევს, როგორც ალცჰაიმერის ტიპის დემენციის შემთხვევაში.

პრეპარატების გამოყენების ზოგადი სქემა			
წამლის დასახელება	საწყისი დოზები	სამკურნალო დოზები	გვერდითი მოვლენები
<i>Donepezil</i>	5 მგ/დღე	10 მგ/დღე	გულისრევა პირღებინება უძილობა ღიარეა
<i>Rivastigmine</i>	1,5 მგ/დღე	6 მგ/დღე	გულისრევა პირღებინება უძილობა ღიარეა
<i>Galantamine</i>	4 მგ/დღე	12 მგ/დღე	გულისრევა პირღებინება უძილობა ღიარეა
<i>Memantine</i>	5 მგ/დღე	20 მგ/დღე	ჰალუცინაციები თავბრუსხვევა ცნობიერების აშლილობა

აცეტილქოლინესთერაზას ინჰიბიტორების გამოყენება საკმაოდ ეფექტურადაა მიჩნეული დემენციის დროს განვითარებული ქცევითი დარღვევების სამკურნალოდაც.

ნეიროპროტექტორები

Memantine – მემანტინი მოქმედებს, როგორც N-მეთილ-D-ასპარტატის (NMDA) რეცეპტორების ანტაგონისტი და მიჩნეულია ნეიროპროტექტორად.

მემანტინის მიღებისას გვერდითი მოვლენები ნაკლებადაა გამოხატული. პაციენტების, მხოლოდ, ძალიან მცირე ნაწილში გამოვლინდა შფოთვის მატება. უცნობია რა გავლენას ახდენს ეს პრეპარატი უკვე არსებულ შფოთვაზე.

Ginko Biloba – გამოიყენება, როგორც ნეიროპროტექტორი და კარგად-კონტროლირებადი კვლევით დადგენილია მისი უპირატესობა პლაცებოსთან შედარებით. პრეპარატის კარგი ამტანიანობისა და უმნიშვნელო გვერდითი მოვლენების გამო მისი გამოყენება უსაფრთხოა. დღიური დოზაა 120 მგ/დღე-ღამეში. კოგნიტური გაუმჯობესება აღინიშნება 6-12 თვის განმავლობაში.

კომბინირებული მკურნალობა – ნაჩვენებია, რომ ანტიქოლინესთერაზას პრეპარატების ხმარება *Memantine* კომბინაციაში, კერძოდ *Donepezil* და *Memantine* კომბინირებული მკურნალობა უფრო ეფექტურია საშუალო და მძიმე ალცჰაიმერული დემენციის შემთხვევებში, ვიდრე ცალკე *Donepezil* მკურნალობა. ტოლერანტობა კომბინირებული მკურნალობისადმი ძირითადად კარგია.

ფსიქოტროპული პრეპარატები:

ნებისმიერი ფსიქოტროპული პრეპარატის შერჩევას უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი:

- მეურნალობას საჭიროებენ სამიზნე სიმპტომები;
- ნებისმიერი წამლის დანიშვნა უნდა დაიწყოს დაბალი საწყისი დოზებით;
- მეურნალობა არის დროში ლიმიტირებული, ანუ პრეპარატის არაეფექტურობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია პრეპარატის მოხსნა.

ანტიფსიქოზური პრეპარატები:

ანტიფსიქოზური პრეპარატები ფართოდ გამოიყენება დემენციის დროს ქცევითი დარღვევების, აუტაცის, ჰალუცინაციურ-ბოღვითი და სხვა ფსიქოზური სიმპტომების სამკურნალოდ და სედაციის მიზნით.

ამ დროს უმჯობესია ატიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატების გამოყენება, და მხოლოდ, ძალიან იშვიათ შემთხვევაში (უპირატესად ფინანსური პრობლემებიდან გამომდინარე) ინიშნება ფენოთიაზინები. ანტიფსიქოზური პრეპარატების დანიშვნა არ არის მიზანშეწონილი ცუდი მოვლის პირობებშიც, რადგან იზრდება ექსტრაპირამიდული აშლილობებისა და განსაკუთრებით მოგვიანებული (ტარდივ) დისკინეზიის განვითარების რისკი, აგრეთვე, დაცემის საშიშროება. ტიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატის დროს უარესდება კოგნიცია. აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის რეგულარული მონიტორინგი და საჭიროების შემთხვევაში დანიშნულების შეცვლა.

Haloperidol გამოყენება დადებით შედეგს იძლევა აგრესიული ქცევის შემთხვევაში, ხოლო აგზნებისა და აუტაცის დროს ნაკლებ ეფექტურია. ამდენად Haloperidol დანიშვნა აგრესიის გარდა სხვა ქცევითი დარღვევების საკურნალოდ მიზანშეწონილი არაა. ამასთან გასათვალისწინებელია გვერდითი მოვლენების (ექსტრაპირამიდული აშლილობების) განვითარების მაღალი რისკი.

ატიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატების, განსაკუთრებით Risperidone უპირატესობა ქცევითი და ფსიქოზური სიმპტომების მკურნალობისათვის შედარებით კარგადაა შესწავლილი და ფართო რანდომიზირებული კვლევებით დადგენილია მისი ეფექტურობა, თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ Risperidone გამოყენებისას იზრდება გულსისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკი, სიკვდილიანობა, ზედა სასუნთქი გზების ინფექციური დაავადებები და ექსტრაპირამიდული სიმპტომები.

აგზნებისა და აგრესიული ქცევის დროს Risperidone ოპტიმალური დოზაა 1მგ/დღე.

ანქსიოლიტიკები

ბენზოდიაზეპინები ფართოდ გამოიყენება, მაგრამ მათი ეფექტურობა ცუდადაა შესწავლილი. ამ პრეპარატებისთვის დამახასიათებელი გვერდითი მოვლენების გამო, რომელიც განსაკუთრებით გამოხატულია ასაკოვან ადამიანებში (კერძოდ დეზორიენტაცია, მეხსიერების გაუარესება, დიზართრია და ატაქსია) ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე ბენზოდიაზეპინების დანიშვნა რეკომენდებული არ არის.

- ბენზოდიაზეპინების ხანგრძლივად გამოყენება სასურველი არაა, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც გამოხატულია შფოთვითი აშლილობები;
- ბენზოდიაზეპინები აგრეთვე გამოიყენება აგზნების შემთხვევაში სედაციის მიზნით;
- ქცევითი დარღვევების დროს ბენზოდიაზეპინები მოქმედებენ უკეთესად, ვიდრე პლაცებო, მაგრამ ნაკლებ ეფექტურია, ვიდრე ანტიფსიქოზური პრეპარატები;
- გვერდითი მოვლენებიდან აღსანიშნავია სედაცია, ძირს დაცემის მომატებული რისკი და კოგნიციის გაუარესება;
- Lorazepam და Oxazepam ყველაზე უფრო რეკომენდებული ბენზოდიაზეპინებია, ვინაიდან მათ არ აქვთ აქტიური მეტაბოლიტები და მათ მეტაბოლიზმში არ მონაწილეობს ღვიძლი.

ანტიდეპრესანტები

დეპრესია საკმაოდ ხშირია დემენციის საწყის ეტაპზე, რომლის სამკურნალოდ ფართოდ გამოიყენება ანტიდეპრესანტები. არ არსებობს იდეალური ანტიდეპრესანტი. ყველას ახასიათებს გვერდითი მოვლენები და ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში პრეპარატი უნდა შეირჩეს ინდივიდუალურად, თანმხლები დაავადებებისა და სხვა პრეპარატებთან შეთავსების გათვალისწინებით.

დეპრესიის მკურნალობისას:

- აუცილებელია სუიციდის რისკის შეფასება;
- დეპრესიული მდგომარეობა შესაძლებელია გამოსწორდეს ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებით, ან სტიმულაციაზე ორიენტირებული თერაპიით, თუ ამან შედეგი არ მოგვცა, მაშინ პაციენტს უნდა ვუმკურნალოთ ანტიდეპრესანტებით, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ არ გვაქვს მძიმე დეპრესია.

ანტიდეპრესანტების შერჩევა:

- ანტიდეპრესანტების არჩევის პრინციპები იგივეა, რაც ხანდაზმულ არადემენტურ პაციენტებში;
- პრეპარატის შერჩევისას მნიშვნელობა ენიჭება გვერდით მოვლენებს;
- სეროტონინერგული პრეპარატები მიჩნეულია პირველი არჩევის პრეპარატებად. რამდენიმე კვლევით ნაჩვენებია, რომ Citalopram აუმჯობესებს გუნებ-განწყობას და ამცირებს გამღიზიანებლობასა და მოუსვენრობას ალცჰაიმერული, მაგრამ არა ვასკულარული დემენციის დროს, აგრეთვე აუმჯობესებს კოგნიციას და დადებითად მოქმედებს დემენციასთან ასოცირებულ ქცევით დარღვევებზე. Fluvoxamin დადებითად მოქმედებს შფოთვით სიმპტომებზე, და ნაკლებად კოგნიციასა და ქცევით დარღვევებზე;
- სხვა ანტიდეპრესანტები ინიშნება ინდივიდუალურად;
- მაქსიმალურად უნდა მოვერიდოთ გამოხატული ანტიქოლინერგული მოქმედების პრეპარატების დანიშნას;
- მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები ინიშნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სხვა პრეპარატები არაეფექტური აღმოჩნდა.

უძილობის მკურნალობა

<p>პირველ ეტაპზე უნდა გამოვიყენოთ ქცევითი ინტერვენცია:</p> <ul style="list-style-type: none">• მედიკამენტის დანიშნამდე რეკომენდაცია ეძლევა ძილის ჰიგიენის წესების დაცვას (ერთიდაიგივე დროს დაძინება, მშვიდი გარემოს შექმნა, და ა.შ);• ადექვატური სუპერვიზიის დროს, დღე-ღამული რიტმის არევა შესაძლებელია დარეგულირდეს პრეპარატების საშუალებით.
<p>ძილის პრობლემის მოგვარებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს უძილობის შესაძლო მიზეზები</p> <ul style="list-style-type: none">• უნდა შეფასდეს პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა (დეპრესია, ფსიქოზი, აგზნება) და დაენიშნოს მდგომარეობის შესაბამისი დანიშნულება.
<p>საძილე პრეპარატების დანიშვნა:</p> <ul style="list-style-type: none">• უპირატესობა ენიჭება ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტს Trazodone და არაბენზოდიაზეპინურ საძილე პრეპარატს Zolpidem• ბენზოდიაზეპინები და ქლორალჰიდრატი ინიშნება ხანმოკლე ვადით. ხანგრძლივი გამოყენება რეკომენდირებული არ არის განმეორების, ტოლერანტობის და მეორადი უძილობის განვითარების გამო;• ძილის აპნეას (ხვრინვის) დროს უკუნაჩვენებია ბენზოდიაზეპინების გამოყენება, ვინაიდან აძლიერებს სუნთქვის პრობლემებს.

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “დემენცია”

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ფსიქიატრიული მენეჯმენტი საჭიროებს:

1. მულტიპროფესიულ მიდგომას – მკურნალობის ჩატარება ხდება გუნდური პრინციპით: ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი;
2. ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობას მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის პრინციპებით;
3. დიაგნოსტიკის და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის პროცესში ზოგადი პროფილის სპეციალისტების ჩართვას – ნევროპათოლოგი, თერაპევტი, კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვ;
4. პაციენტის ფსიქიკური და ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევას თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილ კლინიკურ ლაბორატორიებში. ელექტროკარდიოგრაფია, MRI-ტომოგრაფია, სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი და სხვა;

5. გარდა მედიკამენტური მკურნალობისა აქცენტი უნდა გაკეთდეს ფსოქოსოციალურ ინტერვენციაზე;
6. ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის მიზნით ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები, როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული განთავსებული უნდა იყოს რეგიონული/კომუნალური/ პრინციპით;
7. თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამის სასწავლო პროგრამების შედგენას და ფსიქიატრიული სამსახურის სპეციალისტების მომზადება/გადამზადება/ტრენინგებს.

მინი-მენტალური სტატუსის კვლევა

სახელი გვარი

ასაკი

სქესი

ორიენტაცია

წელიწადის დრო

თვე

რიცხვი

კვირის, რომელი
დღეა

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

ადგილმდებარეობა

ქვეყანა

ქალაქი

სტაციონარი

სართული

განყოფილება

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

მეხსიერება

დაასახელეთ სამი ერთმანეთთან დაუკავშირებელი სიტყვა და სთხოვეთ პაციენტს გაიმეოროს, მაგალითად: აქლემი, სკამი, ცა. თვითოეული სწორი პასუხი ფასდება თითო ქულით

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

ყურადღება და თვლა

პაციენტს სთხოვეთ დაითვალოს 100-დან უკან 7 ციფრის გამოკლებით (93, 86, 79, 72 და 65). თვითოეული სწორი პასუხი ფასდება თითო ქულით.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

ყურადღება

ალტერნატიულად, შესთავაზეთ სიტყვა “ტყვია” წარმოსთქვას სპირისპირო თანმიმდევრობით “აივყტ”. დაწერეთ თითო ქულა ყოველ სწორი თანმიმდევრობით ნათქვამ ასოზე

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

გახსენება

პაციენტს სთხოვეთ გაიხსენოს თავში “მეხსიერება“ დასახელებული სამი სიტყვა (აქლემი, სკამი, ცა). დაწერეთ თითო ქულა თითო სწორ პასუხში

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

მეტყველება

სახელდება

უჩვენეთ პაციენტს მაჯის საათი, ფანქარი და სთხოვეთ დაასახელოს ისინი. დაწერეთ თითო ქულა თითო სწორ პასუხში

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

გამეორება

სთხოვეთ პაციენტს გაიმეოროს შემდეგი წინადადება: "“თუები, მაგრამები ან დაები“. დაწერეთ 1 ქულა სწორ პასუხში

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

სამსაფეხურიანი დავალება

მიეცით პაციენტს ფურცელი და უთხარით: “დაიჭირე ფურცელი მარჯვენა ხელში, გააკეცე ორად და დადე იატაკზე“. დაწერეთ თითო ქულა თითო სწორ მოქმედებაზე.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

წერითი მეტყველება

მიაწოდეს პაციენტს ფურცელი, რომელზეც წერია “დახუჭე თვალები“. სთხოვეთ წაიკითხოს და შეასრულოს ინსტრუქცია. სწორი პასუხი შეაფასეთ 1 ქულით

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

წინადადების წერა

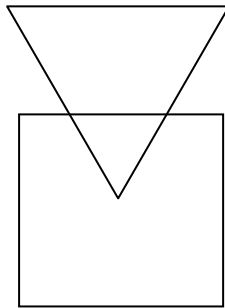
სთხოვეთ პაციენტს დაწეროს
წინადადება: “იგი შევიდა მაღაზიაში
ფეხსაცმელების საყიდლად“. სწორი
პასუხი შეაფასეთ 1 ქულით

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

ფიგურის გადახატვა

სთხოვეთ პაციენტს გადახატოს
ფიგურა. სწორი პასუხი შეაფასეთ 1
ქულით



საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები
