

დელირიუმი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

დელირიუმი

1. სინდრომის მოკლე განმარტება

ICD 10 მიხედვით დელირიუმი არის ეტიოლოგიურად არასპეციფიკური ორგანული ფსიქოსინდრომი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ცნობიერების აშლა, ყურადღების, აღქმის, აზროვნების, მეხსიერების, ემოციური და მოტორული სფეროს დარღვევები და ძილის რიტმის მოშლა. ამ კლასიფიკაციაში DSM IV განსხვავებით გამოირიცხება ალკოჰოლით (თეთრი ცხელება F10.4) და/ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული დელირიუმი და დაუზუსტებელი დელირიუმი. დელირიუმის ხანგრძლივობაც და ინტენსივობაც საგრძნობლად მერყეობს.

2. კრიტერიუმები

დელირიუმის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD 10 მიხედვით:

- ა. გამოსატულია ცნობიერების აშლა, ე.ი. გაძნელებულია გარემოს გაცნობიერების უნარი, დაქვეითებულია ყურადღება და კონცენტრაცია;
- ბ. კოგნიტური აშლილობა ვლინდება ერთდროულად შემდეგი ორი ნიშნით:
 - ა. დარღვეულია ახლო წარსულში მომხდარი მოვლენების გახსენების უნარი, ხოლო, მეტნაკლებად, შენარჩუნებულია შორეული ამბების გახსენება;
 - ბ. გამოსატულია დეზორიენტაცია დროში, ადგილში, საკუთარ თავში.
- გ. სახეზეა, სულ ცოტა, ერთი რომელიმე ფსიქომოტორული აშლილობა:
 1. სწრაფი, არაპროგნოზირებადი გადასვლა ჰიპოაქტივობიდან ჰიპერაქტივობაში;
 2. შენელებული მოტორული რეაქციები;
 3. შენელებული ან აჩქარებული მეტყველება.
- დ. დარღვეულია ძილისა და სიფხიზლის რიტმი, რაზედაც მიუთითებს შემდეგი ერთი ნიშანი მაინც:
 1. ძილის დარღვევები (სიფხიზლისა და ძილის ფაზები შენაცვლებულია);
 2. სიმპტომატიკა მწვაედება ღამის საათებში;
 3. აღინიშნება მოუსვენარი ძილი, ღამის კოშმარები, რომლებიც გამოფხიზლების შემდეგ გრძელდება ილუზიებისა და ჰალუცინაციების სახით.
- ე. დამახასიათებელია სიმპტომების სწრაფი განვითარება და დღე-ღამური მერყეობა;
- ვ. არსებობს ანამნეზური ცნობები, სომატური, ნევროლოგიური, ან ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემები, რომლებიც ადასტურებენ ცერებრული ან სისტემური დაავადების არსებობას, რითაც აიხსნება A-E პუნქტებში აღწერილი კლინიკური სიმპტომატიკა.

მდგომარეობის თანმხლები ნიშნები, როგორცაა დეპრესია, შფოთვა, შიში, გამღიზიანებლობა, ეიფორია, აპათია, დაბნეულობა, აღქმის პათოლოგია (ილუზიები, ჰალუცინაციები), ტრანზიტორული ბოღვითი იდეები ტიპურია ამ აშლილობისთვის, მაგრამ სპეციფიკური არ არის, ამდენად დიაგნოზის დასმისას მათ განსაკუთრებული მნიშვნელობა არ ენიჭებათ.

3. სიმპტომები და ნიშნები

დელიერიუმის კლინიკური ნიშნებია:

- მწვავე დასაწყისი;
- ცნობიერების პათოლოგია – ავადმყოფი დაბნეული და დეზორიენტირებულია;
- გაძნელებულია გაგება, გაცნობიერება და გააზრება

ამას ხშირად თან ახლავს:

- მეხსიერების დაქვეითება;
- აგზნება, აფორიაქება;
- გაფანტული ყურადღება;
- ილუზიები და ჰალუცინაციები (უპირატესად მხედველობითი);
- ძილის რიტმის დარღვევა;
- ბოღვითი იდეები.

ავტონომიური (სომატო-ვეგეტატიური) ნიშნებია:

- ოფლიანობა, ტაქიკარდია;
- არტერიული წნევის მერყეობა, მძიმე შემთხვევებში ვარდნა;
- მძიმე შემთხვევებში ვითარდება ცენტრალური გენეზის ჰიპერთერმია.

ნევროლოგიური სიმპტომებია:

- კუნთების ჰიპოტონია, ჰიპერრეფლექსია, ტრემორი, ატაქსია, კონვერგენციის სისუსტე;
- მძიმე შემთხვევებში აღინიშნება კისრის კუნთების დაჭიმულობა, კერინგის სიმპტომი, ორალური ავტომატიზმი, ათეტოზური და ქორეაფორმული ჰიპერკინეზები, ნისტაგმი, ფტოზი, სტრაბიზმი, გაყინული მზერა.

მძიმე დელირიოზული მდგომარეობა ხშირად გადადის სხვა ფსიქოორგანულ სინდრომებში.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

დეღირიუმის მქონე პაციენტის გამოკვლევების სქემა

ფიზიკური სტატუსის კვლევა

- ანამნეზის შეკრება;
- ავადმყოფობის ისტორიის, ფიზიკური და ფსიქიკური სტატუსის ჩანაწერების წაკითხვა;
- საციცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- მკურნალობისა და დანიშნულების ნახვა და ქცევით დარღვევებთან კორელაციის დადგენა;
- ზოგადი ფიზიკური და ნევროლოგიური გამოკვლევა.

ფსიქიკური სტატუსის კვლევა

- კლინიკური ინტერვიუს ჩატარება;
- კოგნიტური ფუნქციების ტესტირება.

ბაზისური ლაბორატორიული გამოკვლევები (ყველა დეღირიოზული პაციენტისთვის)

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (ელექტროლიტები, შაქარი, კალციუმი, ალბუმინი, კრეატინინი, ბილირუბინი);
- შარდის საერთო ანალიზი;
- ელექტროკარდიოგრამა;
- გულმკერდის რენტგენოგრამა.

დამატებითი ლაბორატორიული გამოკვლევები (კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით)

- სისხლის სეროლოგიური ანალიზი;
- თავზურგტვინის სითხის პუნქცია;
- კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევები;
- ელექტროენცეფალოგრამა.

5. მკურნალობის სქემა

შემთხვევის მართვა

მკურნალობის გეგმის შემუშავებისას და შემდგომ, მისი განხორციელებისას აუცილებელია შემდეგი ძირითადი პრინციპების გათვალისწინება:

1. სხვა სპეციალობის ექიმებთან კოორდინირება;
2. სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი;
3. უსაფრთხოების შეფასება და უზრუნველყოფა;

4. გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა;
5. ეტიოლოგიური ფაქტორების გამოვლენა და მათზე ზემოქმედება;
6. დელირიის გამომწვევი დაავადებისთვის სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარება;
7. ფსიქური სტატუსის შეფასება;
8. პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან თანამშრომლური ურთიერთობის დამყარება;
9. პაციენტის ოჯახის წევრებისთვის დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება;
10. პოსტდელირიოზული პერიოდის მართვა.

ინტერვენციის სახეები

1. გარემო ფაქტორების შესუსტება, რომლებიც ხელს უწყობენ დელირიოზული მდგომარეობის განვითარებას;
2. პაციენტის მხარდაჭერა;
3. ოჯახის მხარდაჭერა და განათლება.

მედიკამენტური ინტერვენცია

ანტიფსიქოზური პრეპარატები

ჰალოპერიდოლი – ძლიერი ანტიფსიქოზური მოქმედების პრეპარატი არის პირველი არჩევის ფარმაკოლოგიური საშუალება დელირიუმის მკურნალობისთვის

- ჰალოპერიდოლი მიიღება ორალურად, ინტრამუსკულარულად, ან ინტრავენურად;
- ჰალოპერიდოლის საწყისი დოზებია 1-2 მგ ყოველ 2, ან 4 სთ-ში. ხანდაზმულ პაციენტებში 0,25 – 0,5 მგ ყოველ 4 სთ-ში;
- ინტრავენური ინფუზია მიზანშეწონილია მწვავე, რეფრაქტორული სიმპტომების მქონე ავადმყოფებისათვის, რომლებიც საჭიროებენ მრავალჯერად მზარდ დოზებს. აუცილებელია ეკგ მონიტორინგი. ჰალოპერიდოლის შეყვანა შეიძლება დაიწყოს ინტრავენურად დოზის 10 მგ-მდე თანდათანობითი გაზრდით და შემდგომ გაგრძელდეს 5-10 მგ/სთ ინტრავენური ინფუზიით;
- როდესაც ვიყენებთ ჰალოპერიდოლს დელირიის სამკურნალოდ აუცილებელია ეკგ მონიტორინგი. შესაძლოა განვითარდეს ვენტრიკულური ტაქიკარდია, ვენტრიკულური ფიბრილაცია და დასრულდეს უეცარი სიკვდილით. ასეთი გართულება უფრო ხშირია იმ შემთხვევაში, თუ ჰალოპერიდოლის ინტრავენურად შეყვანილი დოზა აღემატება >35მგ/დღე.

ახალი თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატები

დელირიუმის დროს ამ წამლების გამოყენების რანდომიზირებული, ორმაგი-ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევა ჯერჯერობით არ არსებობს.

ბენზოდიაზეპინები

- ბენზოდიაზეპინები მონოთერაპიის სახით გამოიყენება ალკოჰოლური/სედაციურ-ჰიპნოზური/ბენზოდიაზეპინური აბსტინენციით, ან კრუნჩხვით განპირობებული დელირიის შემთხვევებში;
- ბენზოდიაზეპინებიდან უპირატესობა ენიჭება ლორაზეპამს, ვინაიდან მას აქვს მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი და არააქტიური მეტაბოლიტები;
- ბენზოდიაზეპინებისა და ანტიფსიქოზური პრეპარატების კომბინაცია მიზანშეწონილია იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ვერ იტანენ ანტიფსიქოტიკების მაღალ დოზებს, ან აღენიშნებათ აგზნებისა და შფოთვის მაღალი დონე;
- კომბინირებული მკურნალობა შეიძლება დაიწოს 3მგ ჰალოპერიდოლით, რის შემდეგაც დაუყონებლივ ეძლევა 0,5 -1 მგ ლორაზეპამი.

ბენზოდიაზეპინების გამოყენება გამართლებულია გარკვეული ტიპის დელირიუმის დროს, კერძოდ ალკოჰოლური და ბენზოდიაზეპინური აბსტინენციისას. ასევე ისეთ შემთხვევებში, სადაც მომატებულია კრუნჩხვითი მზაობა, ან გამოხატულია ანტიფსიქოზური მკურნალობით გამოწვეული ანტიქოლინერგული ეფექტი, რაც ამძიმებს პაციენტის საერთო მდგომარეობას.

ბენზოდიაზეპინების დანიშვნისას უპირატესობა ენიჭება ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდისა და არააქტიური მეტაბოლიტების მქონე პრეპარატებს, მაგალითად ლორაზეპამს.

განსაკუთრებული შემთხვევები

ონკოლოგიურ პაციენტებში დელირიის მკურნალობა უნდა დაიწოს 3მგ ჰალოპერიდოლით, რასაც დაუყონებლივ მოყვება 0,5-1,0 მგ ლორაზეპამი. წამლის შემდგომი დოზირება და მიღების სიხშირე დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობაზე. თუ გაუმჯობესება არ დგება 20 წუთის განმავლობაში, მაშინ დამატებით შეგყავს 5 მგ ჰალოპერიდოლი და 0,5-2,0მგ ლორაზეპამი. ძლიერ აგზნებულ პაციენტებში ჰალოპერიდოლის საბოლოო დღიურმა დოზამ შესაძლოა მიაღწიოს 100-150 მგ-ს, ხოლო ლორაზეპამის 20-30 მგ.

ქოლინერგული პრეპარატები

ანტიქოლინერგული მექანიზმი საფუძვლად უდევს ბევრ, წამლით განპირობებულ დელირიოზულ მდგომარეობას. გარდა ამისა, ანტიქოლინერგული მექანიზმი შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს ჰიპოქსიით, ჰიპოგლიკემიით, თიამინის დეფიციტით, ქალა-ტვინის ტრავმითა და ინსულტით განპირობებული დელირიის განვითარების დროსაც. მიუხედავად ამისა, ქოლინერგული პრეპარატების ხმარება ნაჩვენებია მხოლოდ აშკარად ანტიქოლინერგული პრეპარატებით გამოწვეული დელირიის შემთხვევაში.

მეტაბოლური დარღვევები

არასრულფასოვანი კვება და ვიტამინების ნაკლებობა იწვევს დელირიოზული მდგომარეობის განვითარებას, ამიტომ ასეთ შემთხვევებში ეფექტურია დეფიციტური ნივთიერების შეყვანა.

დეტოქსიკაცია

ინტოქსიკაციით განპირობებული დელირის დროს ძირითად მკურნალობასთან ერთად ტარდება დეზინტოქსიკაცია. დეტოქსიკაციის ჩატარება მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, როდესაც ტოქსიკური ნივთიერება ბოლომდე არ არის გამოსული ორგანიზმიდან.

6. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი - „დელირიუმი“.

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტიქნიკური 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.