
65 წელს ზევით პირთა რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

2021 წელი

მომზადებულია საქართველოში ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასის (CCR Georgia)
პროექტის „პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობა“ ფარგლებში, ჩეხეთის
საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით

1 შინაარსი

2	აბრევიატურები	3
3	პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი	3
4	პროტოკოლის სათაური:.....	4
5	პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	4
6	პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	5
7	პროტოკოლის შემუშავების საფუძველი.....	5
8	პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები.....	5
9	ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	5
10	სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	6
11	განმარტება	6
12	რეკომენდაციები	7
	ხანდაზმულ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების მიზნები	8
	სკრინინგი კიბოზე.....	14
	გულ-სისხლძარღვთა რისკფაქტორების სკრინინგი	16
	სკრინინგი რკინადეფიციტურ ანემიაზე	17
	ფუნქციური და ფსიქოსოციალური შეფასება	18
	მედიკამენტური მკურნალობა	28
	ბინის პირობების უსაფრთხოების შეფასება.....	31
	ავტომობილის მართვა.....	31
	ფინანსური და სოციალური მხარდაჭერა	32
	ხანდაზმულების მიმართ ბოროტად მოპყრობა.....	32
	ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები	32
	შეჯამება.....	33
13	აუდიტის კრიტერიუმები	34
14	პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	35
15	პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	35
16	სამუშაო ჯგუფი:.....	36
	დანართი №1. მინი-მენტალური ტესტი.....	37
	დანართი №2. მონრეალის კოგნიტიური შეფასების კითხვარი	38
	დანართი №3. დეპრესიის სკრინინგის კითხვარი PHQ-9.....	40
	დანართი №4. „ადექი და გაიარე“ ტესტი ხანდაზმული პაციენტის შესაფასებლად	41
	გამოყენებული ლიტერატურა.....	42

2 აბრევიატურები

ACIP - იმუნიზაციის პრაქტიკის მრჩეველთა კომიტეტი
 ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) - ხანდაზმულებზე ზრუნვის შეფასების პროექტი
 ACP -ამერიკის ექიმთა კოლეჯი
 ADLs (Activities of Daily Living) - ყოველდღიური აქტივობა
 AMA - ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია
 CAGE - Cut down-დანებება, Annoyed-გაღიზიანება, Guilty - დანაშაულის შეგრძნება, Eye-opener-თვალის გახელისთანავე - ალკოჰოლიზმის სკრინინგული კითხვარი
 DHA - დოკოზაჰექსანოის მჟავა
 DXA - რენტგენოაბსორბციული დენსიტომეტრია
 EPA - ეიკოზაპენტანოის მჟავა
 HPV - ადამიანის პაპილომა ვირუსი
 IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) - ინსტრუმენტული ყოველდღიური რუტინა
 INR - საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდება
 MMSE - მინი-მენტალური ტესტი
 MOCA - მონრეალის კოგნიტური შეფასების ტესტი
 OTC (Over-the-Counter) - ურეცეპტო მედიკამენტები
 PHQ-2 - პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი
 PPI - პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები
 PCV13 - Pneumococcal Conjugate Vaccine (13-valent) - პნევმოკოკური 13-ვალენტური ვაქცინა
 PPSV23 - Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (23-valent) (formerly called PPV or PPV23) - პნევმოკოკური პოლისაქარიდული 23-ვალენტური ვაქცინა
 Tdap - Tetanus, diphtheria & acellular pertussis vaccine, adult/adolescent formulation - ტეტანუსი, დიფტერია და აცელულარული ყივანახველას ვაქცინა (მოზრდილის/მოზარდის ფორმულა)
 Td - ტეტანუსი/დიფტერიის ვაქცინა
 USPSTF -აშშ-ს პრევენციული სერვისების მიზნობრივს ჯგუფი
 აასპ - ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები
 გსდ - გულ-სისხლძარღვთა დაავადება
 თქდ - თირკმლის ქრონიკული დაავადება

3 პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონეებისა და რეკომენდაციის ხარისხის დეფინიციები

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის	A	თვალსაჩინო მტკიცებულება სწორი დიზაინის, ადეკვატური სიმძლავრის, განზოგადოებადი

	მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.		რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევიდან
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	დამადასტურებელი მტკიცებულება სწორი დიზაინის კოჰორტული კვლევიდან
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	დამადასტურებელი მტკიცებულება არაადეკვატურად კონტროლირებადი ან არაკონტროლირებადი კვლევიდან
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	E	ექსპერტების კონსენსუსი ან კლინიკური გამოცდილება
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

4 პროტოკოლის სათაური

65 წელს ზევით პირთა რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში

5 პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10 კოდი
მოსახლეობის სხვა გარკვეული ჯგუფების ჯანმრთელობის რუტინული ზოგადი შემოწმება	Z10.8
სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევა კვების დარღვევების გამოსავლენად	Z13.2
სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევა ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევის გამოსავლენად	Z13.3
სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევა თვალისა და ყურის ავადმყოფობების დარღვევების გამოსავლენად	Z13.5
სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევა კარდიოვასკულური სისტემის დარღვევების გამოსავლენად	Z13.6
სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევა სიმსივნეების გამოსავლენად	Z12
მომძრაობის უნარის შეზღუდვა	Z74.0
დახმარების საჭიროება თვითმომსახურების დროს	Z74.1
მუდმივი მეთვალყურეობის საჭიროება	Z74.3

6 პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი ფორმატით პროტოკოლი შემუშავებულია „პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის“ პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის (CCR Georgia) მიერ ჩეხეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით.

პროტოკოლის შემუშავებისას გამოყენებული იქნა Uptodate-ს 2021 წლის რეკომენდაციები გერიატრიულ შეფასებასთან დაკავშირებით¹, ამერიკის ოჯახის ექიმთა ასოციაციის გერიატრიული სკრინინგის და პრევენციული მომსახურების გაიდლაინი², ხანდაზმულთა სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანდაცვის (NHS) სახელმძღვანელო³, აგრეთვე მსგავს თემებზე სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო წყაროების რეკომენდაციები. ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის.

7 პროტოკოლის შემუშავების საფუძველი

იმის გათვალისწინებით, რომ ბოლო ასწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და მეტი ხანდაზმული ადამიანი მიმართავს სამედიცინო მომსახურებას სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების გამო, პირველადი ჯანდაცვისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გერიატრიული სამედიცინო დახმარების ხარისხიანი პრაქტიკის დამკვიდრება. „ზოგად საექიმო პრაქტიკაში 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის“ გაიდლაინი და პროტოკოლი დამტკიცებულია 2010 წელს და არ განახლებულა ბოლო 11 წლის განმავლობაში. შესაბამისად, აუცილებელი გახდა აღნიშნული დოკუმენტების განახლება და გერიატრიულ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული უახლესი რეკომენდაციების ასახვა.

8 პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები

პროტოკოლის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეფექტური რეკომენდაციების მომზადება პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული პერსონალისთვის და პაციენტებისთვის, ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობისთვის.

პროტოკოლის ამოცანებია 65 წელს გადაცილებულ პირთა:

- ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება;
- უუნარობისა და დამოკიდებულების პრევენცია;
- ამ ასაკობრივ ჯგუფში გავრცელებული პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია.

9 ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

- პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის - ოჯახის ექიმების, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტების და პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ნებისმიერი

პროფესიონალისთვის, ასევე საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და რეზიდენტებისთვის.

- პროტოკოლის რეკომენდაციები განკუთვნილია, ასევე, 65 წელს ზევით პაციენტებისთვის, რომლებიც მიმართავენ პირველადი ჯანდაცვის რგოლს პრევენციული თუ სამკურნალო მიზნებისთვის.

10 სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება ნაჩვენებია ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებაში და მისი გამოყენება იწყება 65 წელს ზევით ასაკის პაციენტის სამედიცინო დახმარებისთვის ან პრევენციული მომსახურებისთვის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მიმართვისას.

11 განმარტება

გერიატრიული მედიცინა ნიშნავს სამედიცინო მომსახურების გაწევას ხანდაზმული ადამიანებისთვის. „ხანდაზმული ადამიანის“ ზუსტი განმარტება რთულია. გამოიყენება ტერმინი “უფროსი ასაკი“-ც, მაგრამ ორივე მათგანი არაზუსტია; ყველაზე ხშირად ამ ჯგუფის აღსანიშნავად გამოიყენება > 65 წელზე ასაკი, მაგრამ პაციენტთა უმრავლესობას არ ესაჭიროება გერიატრიული სამედიცინო დამხმარება 70, 75, და 80 წლის ასაკამდეც კი. გერონტოლოგია შეისწავლის დაბერების პროცესს, ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ცვლილებების ჩათვლით.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მონაცემებით, 2019 წელს მსოფლიოში 65 წელს გადაცილებული 703 მილიონი ადამიანი ცხოვრობდა. 2050 წლისთვის ნავარაუდევია ხანდაზმული ადამიანების რიცხვის გაორმაგდება და ის 1.5 მილიარდს მიაღწევს. გლობალურად, 65 წელს გადაცილებულ ადამიანთა წილი 1990 წლიდან 2019 წლამდე 6%-დან 9%-მდე გაიზარდა, რაც 2050 წლისთვის სავარაუდოდ, 16%-მდე გაიზრდება, ე.ი. მსოფლიოში ყოველი მეექვსე ადამიანი 65 წელს გადაცილებული იქნება⁴.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 65 წლის ასაკში შეადგენს დამატებით 20 წელს ქალებისთვის და 17 წელს მამაკაცებისთვის, ხოლო 75 წლის ასაკში - დამატებით 13 წელს ქალებისთვის და 10 წელს მამაკაცებისთვის. ზოგადად, ქალების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 5 წლით აღემატება მამაკაცებისას, რაც სავარაუდოდ, მათი გენეტიკური, ბიოლოგიური და გარემო ფაქტორებითაა განპირობებული. სიცოცხლის ხანგრძლივობის აღნიშნული განსხვავებები მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა, მიუხედავად ქალთა ცხოვრების სტილის ცვლილებებისა მე-20 საუკუნის ბოლოს და 21-ე საუკუნეში (მაგ.: მწვევლობის სიხშირის გაზრდა, სტრესის გაზრდილი ზემოქმედება და ა. შ.)⁵.

დაბერება (ანუ, ფიზიოლოგიური დაბერების პროცესი) წარმოადგენს ორგანოთა ფუნქციების გარდაუვალ და შეუქცევად შემცირებას, რომელიც ვითარდება

დროთა განმავლობაში ტრავმის, დაავადების, გარემოსთან დაკავშირებული რისკების ან არაჯანსაღი ცხოვრების სტილის (მაგ.: არაჯანსაღი კვება, ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარება) გარეშე. დასაწყისში ორგანოთა ფუნქციების ცვლილება არ აისახება ბაზისურ ფუნქციებზე, მაგრამ სტრესის პირობებში (მაგ.: ტრავმა, დაავადება) იწყება ცალკეული ორგანოს მიერ ჰომეოსტაზის შენარჩუნების შესაძლებლობის დაქვეითება. ამ მხრივ გულ-სისხლძარღვთა, საშარდე და ცენტრალური ნერვული სისტემა, ჩვეულებრივ, ყველაზე სუსტი რგოლებია.

ფიზიოლოგიური დაბერების ეფექტებზე დაავადებების ზემოქმედების შედეგად ვითარდება გერიატრიულ-სპეციფიკური გართულებები (ცნობილი გერიატრიული სინდრომების სახელით), განსაკუთრებით, სუსტი რგოლის სისტემებში, მაშინაც კი თუ ეს სისტემები არ წარმოადგენს დაავადების პირველად სამიზნეს. ამის ტიპური მაგალითებია დელირიუმით გართულებული პნევმონია ან საშარდე ტრაქტის ინფექცია, დაცემა, თავბრუსხვევა, სინკოპე, შარდის შეუკავებლობა და წონაში დაკლება, რაც ხშირად თან სდევს ხანდაზმულებში მრავალ მსუბუქ დაავადებას. დაბერებული ორგანოები ასევე მეტად მგრძობიარეა ტრავმის მიმართ: მაგალითად, ხანდაზმულებში ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა უფრო გავრცელებულია და კლინიკურად ნაკლებ მნიშვნელოვანი ტრავმით პროვოცირდება. დაბერების ეფექტების გათვალისწინება აუცილებელია ხანდაზმული პაციენტების დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პროცესში. კლინიცისტმა უნდა გაითვალისწინოს შემდეგი:

- არ მიაწეროს ფიზიოლოგიური დაბერების პროცესი დაავადებას (მაგ.: ინფორმაციის მიღების შენელებული პროცესი არ ნიშნავს დემენციას);
- არ მიაწეროს დაავადება ფიზიოლოგიური დაბერების პროცესს (მაგალითად, დამაუძლურებელი ართრიტი, ტრემორი ან დემენცია ჩათვალოს სიბერის თავისებურებად);
- არ უგულებელყოს მედიკამენტების არასასურველი ზემოქმედების რისკი სუსტ რგოლებზე, რომლებზეც დაავადება ისედაც სტრესულად მოქმედებს;
- არ დაივიწყოს, რომ ხანდაზმულებს ხშირად აღენიშნებათ მრავალი დაავადება (მაგალითად, დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ათეროსკლეროზი), რის ფონზეც იზრდება არასასურველი გამოსავლების ალბათობა.

ამასთანავე, კლინიცისტი განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა მოეკიდოს დაავადებებსა და პრობლემებს, რომლებიც უფრო გავრცელებულია ხანდაზმულებში (მაგ.: გულის დიასტოლური უკმარისობა, ალცჰეიმერის დაავადება, შარდის შეუკავებლობა, წინაგულების ფიბრილაცია). აღნიშნული მიდგომა ეხმარება კლინიცისტებს, უკეთ გაიგონ და მართონ კომპლექსური დაავადებები ხანდაზმულ პაციენტებში.

12 რეკომენდაციები

ხანდაზმულ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების მიზნები

R1 იმის გამო, რომ ხანდაზმული პაციენტების ფიზიოლოგიური და ფუნქციური სტატუსი მნიშვნელოვან ვარიაციებს განიცდის, პრევენციული და თერაპიული გადაწყვეტილებების მიღება უნდა მოხდეს ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით. ცალკე აღებული ასაკი არ უნდა წარმოადგენდეს მრავალი ჩარევის საფუძველს და ნებისმიერი მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს ფუნქციის შენარჩუნება და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება.

R2 პირველად ჯანდაცვაში გერიატრიული სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება მოკლევადიანი, საშუალოვადიანი და გრძელვადიანი მიზნების მიხედვით, შეიძლება სამედიცინო პერსონალს დაეხმაროს ხანდაზმული პოპულაციის პრობლემების ადეკვატურ და ეფექტურ პრიორეტიზაციაში.

R3 მოკლევადიანი პრობლემები: ფოკუსირება სასწრაფო საჭიროებებზე ჯანმრთელობის არსებული მდგომარეობის შენარჩუნების ან აღდგენის მიზნით შესაძლოა, ერთადერთი მიზანი იყოს პაციენტისთვის სიცოცხლის ბოლოს.

- სიმპტომების მართვა;
- სამედიცინო დახმარების კოორდინაცია;
- პირადი უსაფრთხოება;
- საცხოვრებელი გარემოს შეფასება.

R4 საშუალოვადიანი პრობლემები: მომდევნო 1-5 წლის საჭიროებების განსაზღვრა:

- პრევენციული მომსახურება;
- დაავადების მართვა;
- ფსიქოლოგიური საკითხები;
- პრობლემების ჰოლისტიკური მართვის სტრატეგია.

R5 გრძელვადიანი პრობლემები: ხანდაზმული პირებისთვის, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა ამჟამად დამაკმაყოფილებელია:

- სამოქმედო გეგმა ფუნქციების შესაძლო გაუარესების შემთხვევაში.

R6 ხანდაზმულ პოპულაციაში სპეციფიკური მდგომარეობების სკრინინგისა და პრევენციის ყოვლისმომცველი სტრატეგია მოცემულია ცხრილი №1-ში.

R7 ცხოვრების ჯანსაღი წესი — ხანდაზმულ პოპულაციაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებით შესაძლებელია უნარშეზღუდულობის რისკის შემცირება. სხვადასხვა კვლევებით დადგენილია, რომ უნარშეზღუდულობის განვითარების რისკი მატულობს ჰიპოაღინამიის, არაჯანსაღი კვების და თამბაქოს წევის პირობებში.

ცხრილი №1. ≥65 წელზე ასაკის პირთა სკრინინგის, პრევენციისა და კონსულტირების რეკომენდაციები

პრიორიტეტული პრობლემა	რეკომენდაცია
ანამნეზის შეკრება და კონსულტირება	
ფიზიკური აქტივობა	საშუალოდან ინტენსიურამდე ფიზიკური აქტივობა კვირაში 3-5 დღე ძალოვანი ან წინააღმდეგობის დაძლევის ვარჯიშები ძალის შესანარჩუნებლად მოქნილობის ვარჯიშები მოძრაობის დიაპაზონის შესანარჩუნებლად წონასწორობის ვარჯიშები სტაბილურობის გაუმჯობესების და დაცემის პრევენციის მიზნით
ალკოჰოლის მოხმარება	CAGE კითხვარი კონსულტირება ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტაზე
თამბაქოს წევა	რეგულარული კონსულტირება მოწევის შეწყვეტაზე ფარმაცოთერაპიის განხილვა
მედიკამენტების გამოყენება	მედიკამენტური თერაპიის რეგულარული მიმოხილვა შემდეგ საკითხებზე: – სიზუსტე, დამყოლობა, ხელმისაწვდომობა; – მედიკამენტებს შორის ურთიერთქმედება; – განსაკუთრებული სიფრთხილე სპეციფიკური მედიკამენტების მიმართ, როგორცაა ვარფარინი, დიგოქსინი, ანტიდიაბეტური, ანალგეზიური, ანტიჰიპერტენზიული, ფსიქოტროპული და ანტიქოლინერგული საშუალებები.
შარდის შეუკავებლობა	ორ წელიწადში ერთხელ რეკომენდებულია გამოკითხვა შეუკავებლობის არსებობისა და ინტენსივობის შესახებ შარდის შეუკავებლობის არსებობა უნდა გახდეს მედიკამენტების გადახედვის, შარდ-სასქესო სისტემის გამოკვლევის, სისხლისა და შარდის შესაბამისი ანალიზების ჩატარების საფუძველი.
ავტომობილის მართვა	ავტომობილის ტარებასთან დაკავშირებული პრობლემების განხილვა იმ პირებში, ვისაც აღენიშნება მხედველობის, მობილობის ან შემეცნების პრობლემები. დემენციის შემთხვევაში რეკომენდებულია ავტომობილის ტარების აკრძალვა ან რეგულარული ტარების უნარების დეტალური შეფასების მიზნით.
სოციალური მხარდაჭერა	რეგულარული სკრინინგი სოციალური და ფინანსური მხარდაჭერის საკითხებზე
ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობა	რუტინულად პირდაპირი შეკითხვები ძალადობისა და უგულვებელყოფის საკითხებზე
პიროვნების ნებასთან დაკავშირებული დირექტივები	ანდერძთან დაკავშირებული დირექტივების განხილვა და მინდობილობის გაფორმება სამედიცინო დახმარებაზე.
ფიზიკური გასინჯვა და გამოკვლევები	
სისხლის წნევა	ყოველწლიური გაზომვა მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებისას აუცილებელია ორთოსტატიკული ჰიპოტენზიის, თირკმლის ფუნქციისა და ელექტროლიტების მონიტორინგი
სხეულის წონა	წლის მანძილზე წონის 10%-ის ან მეტის კლება უნდა წარმოადგენდეს ნაკვებობის დაქვეითების შეფასების საფუძველს, შესაძლო სამედიცინო ან მედიკამენტური მიზეზების, კბილების მდგომარეობის, საკვების უსაფრთხოების, საკვებთან დაკავშირებული ფუნქციური სტატუსის, მადის, ყლაპვის ფუნქციის და დიეტური შეზღუდვების შესახებ ინფორმაციის გამოკვლევით.

სმენა და მხედველობა	სმენის დაქვეითების ყოველწლიური სკრინინგი და გამოკვლევა (ჭურჭლის ტესტი ან პორტატული აუდიომეტრია) მხედველობის შეფასება, როგორც იმ ხანდაზმულთა რუტინული შეფასების ნაწილი, რომელთაც აღენიშნებათ შემეცნებითი ფუნქციის გაუარესება, ფუნქციური სტატუსის დარღვევა ან დაცემა.
შემეცნება	მიზნობრივი სკრინინგი სპეციფიკური სკრინინგ-ინსტრუმენტების მეშვეობით (მაგალითად, მინი-მენტალური ტესტი, MoCA ტესტი და სხვა) პაციენტებში მეხსიერებასთან დაკავშირებული ჩივილებით ან ახლად განვითარებული ფუნქციური სტატუსის დარღვევით
გუნება-განწყობა	ხანდაზმულთა დეპრესიაზე სკრინინგი რეკომენდებულია ორი კითხვის დასმით: გასული თვის მანძილზე: 1) გაწუხებდათ დათრგუნულობის, დეპრესიის ან უიმედობის განცდა? 2) ხშირად გაწუხებდათ განცდა, რომ ნაკლებად გაინტერესებდათ ან ვერ იღებდით სიამოვნებას სხვადასხვა საქმიანობისას?
სიარული და წონასწორობა	„ადექი და გაიარე“ ტესტი
ლიპიდები	რეკომენდებულია ხანდაზმულთა სკრინინგი და მკურნალობა, თუ მათი 10 წლიანი გსდ რისკი აღემატება 5%-ს (SCORE-ით)
ძვლის სიმკვრივე	ოსტეოპოროზზე სკრინინგული დენსიტომეტრია 65 წლის ქალებში
მუცლის აორტის ანევრიზმა	ერთჯერადი სკრინინგი ულტრაბგერითი გამოკვლევის საშუალებით 65-75 წლის მამაკაცებში მწველობის ნებისმიერი ანამნეზით ან მუცლის აორტის ანევრიზმის ოჯახური ისტორიით, რომელსაც დასჭირდა ოპერაციული ჩარევა.
შაქრიანი დიაბეტი	სკრინინგი რეკომენდებულია 70 წლის ასაკამდე პაციენტებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ სმი ≥ 25 კგ/მ ² , ჰიპერტენზია ან ჰიპერლიპიდემია
კიბოს სკრინინგი	
კიბოს სკრინინგი	ძირითადი მოსაზრებები ხანდაზმულებში: – სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა: არის თუ არა საკმარისი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა სარგებელის მისაღებად? – პოტენციური ზიანი: პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებები, შფოთვა, ფასი და ჰიპერდიაგნოსტიკის რისკი – ინდივიდუალური პაციენტის უპირატესობები
სარძევე ჯირკვლის კიბო	გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღება; იმ შემთხვევაში, თუ ქალი ირჩევს სკრინინგს, რეკომენდებულია მამოგრაფია 2 წელიწადში ერთხელ თუ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა სულ მცირე, 10 წელია
კოლორექტული კიბო	განავალში ფარული სისხლი სკრინინგული კოლონოსკოპია 10 წელიწადში ერთხელ ან მოქნილი რექტორომანოსკოპია 5 წელიწადში ერთხელ თუ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა არანაკლებ 5 წელია
საშვილოსნოს ყელის კიბო	შესაძლებელია პაპ-ტესტის შეწყვეტა 65 წლის ასაკისთვის ან შემდეგ, თუ 3 თანმიმდევრული ნაცხის შედეგი ნორმალურია 10 წლის მანძილზე შესაძლებელია შეწყდეს კეთილთვისებიანი ჩვენებით ჩატარებული ჰისტერექტომიის შემდეგ
ფილტვის კიბო	მაღალი რისკის პირებში ყოველწლიურად დაბალდოზიანი კტ სკანირება 80 წლამდე; უნდა შეწყდეს, თუ პაციენტმა მიატოვა მოწვევა 15 წლის განმავლობაში ან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა შეზღუდულია.
იმუნიზაცია	
ტეტანუსი-დიფტერია	10 წელიწადში ერთხელ ბუსტერ დოზა მათთვის, ვისაც ჩატარებული აქვს პირველადი კურსი (ალტერნატიული მიდგომაა ერთჯერადი ბუსტერი 50 წლის შემდეგ); Tdap ერთჯერადად
გრძიპი	ყოველწლიური ვაქცინაცია
პნევმოკოკური ვაქცინა (PCV13)	გაკეთეთ PCV13, ხოლო 6-12 თვის შემდეგ PPSV23, ერთჯერადად 65 წლის შემდეგ რეკომენდებულია ერთჯერადი რევაქცინაცია PPSV23-ით 65 წლის შემდეგ, თუ საწყისი აცრა ჩატარდა 65 წლის ასაკამდე და

და PPSV23)	პირველი დოზის შემდეგ გასულია 5 წელი
ჰერპეს ზოსტერი	ერთჯერადი ვაქცინაცია 50 წლის შემდეგ
სხვა	
ასპირინი	რეკომენდებულია ასპირინი ყოველდღიურად პაციენტებში გსდ 10 წლიანი რისკით $\geq 3\%$ (მაგალითად, Globorisk რისკის შეფასების სქემით) შეფასეთ გასტროინტესტინური სისხლდენის რისკი
კალციუმი და D ვიტამინი	1200 მგ კალციუმი (საკვები და/ან დანამატის სახით) და სულ მცირე, 800 საერთაშორისო ერთეული D ვიტამინი

R8 ფიზიკური აქტივობა — ფიზიკური აქტივობა სასარგებლოა ყველა ასაკისთვის, ამცირებს ყველა მიზეზით ავადობას და ზრდის სიცოცხლის ხანგრძლივობას.

ფიზიკური აქტივობის სარგებელი თვალსაჩინოა ყველა ხანდაზმულისთვის, მათ შორის, მათთვის, ვისაც აღენიშნება მრავლობითი დაავადებები ან იმყოფებიან ქრონიკული მოვლის დაწესებულებებში. ფიზიკური აქტივობის ნებისმიერი ინტენსივობა დაკავშირებულია ჯანმრთელობის გარკვეულ სარგებელთან.

R9 სპეციფიკური ვარჯიშები იყოფა ოთხ კატეგორიად: აერობული, კუნთების გასაძლიერებელი, მოქნილობის და წონასწორობის.

—აერობული აქტივობისთვის რეკომენდებულია მინიმუმ 30 წუთი საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური დატვირთვა კვირაში 5 დღე, ან მინიმუმ 20 წუთი ინტენსიური დატვირთვა კვირაში სამი დღე, ან მათი რაიმე ტიპის კომბინაცია. ზომიერი და ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის განმარტება დამოკიდებულია პაციენტის საწყის ფიზიკურ მდგომარეობაზე (A).

—კუნთოვანი ძალის შენარჩუნებისა და გაძლიერების ვარჯიში მოიცავს წონით დატვირთვას, სიმძიმის აწევას და წინააღმდეგობის დაძლევას.

—მოქნილობის ვარჯიშების მხარდამჭერი მტკიცებულებები ნაკლებად მყარია, მაგრამ ექსპერტთა უმრავლესობა რეკომენდაციას უწევს კუნთთა ძირითადი ჯგუფების 10 წუთიან სტატიკურ დაჭიმვას აერობული ან კუნთების გამაძლიერებელი ვარჯიშის დღეებში, რაც ხელს უწყობს მოძრაობის დიაპაზონის შენარჩუნებას (C).

—წონასწორობის ვარჯიშები რეკომენდებულია სტაბილურობის გაუმჯობესების, დაცემის და დაცემასთან დაკავშირებული ტრავმების პრევენციის მიზნით. სტატიკური წონასწორობის ვარჯიში გულისხმობს წონასწორობის აღდგენის სწავლებას დახრილი პლატფორმის გამოყენებით. დინამიკური წონასწორობის ვარჯიში არ მოითხოვს სპეციალურ აღჭურვილობას და შესაძლებელია განხორციელდეს ფორმალურად კონტროლირებადი მეთვალყურეობის გარეშე (C).

R10 უსაფრთხოებისა და დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით მნიშვნელოვანია ფიზიკური აქტივობის საფეხურებრივი გაზრდა. „აქტივობის ინდივიდუალური გეგმით“ უნდა მოხდეს ფიზიკური აქტივობის დონეების განსაზღვრა და ცალკეული პაციენტის მიერ მათი მიღწევის გზების დასახვა.

აქტივობის გეგმის შემუშავებისას, განსაკუთრებით ქრონიკული დაავადებების მქონე ხანდაზმული პაციენტებისთვის, შესაძლოა, საჭირო გახდეს თანამშრომლობა ფიზიოთერაპევტთან/სამკურნალო ვარჯიშის სპეციალისტთან ან რეფერალი სპეციალურ პროგრამაში (მაგ.: კარდიული ან პულმონური რეაბილიტაციის პროგრამა). ასიმპტომური პაციენტებისთვის, რომლებიც უნდა ჩაერთონ ვარჯიშის პროგრამაში, რუტინულად ეკვ ან დატვირთვის სტრეს-ტესტის ჩატარება რეკომენდებული არ არის.

R11 თამბაქოს მოხმარება — რეკომენდებულია ხანდაზმული პაციენტების მწვეველობის სტატუსის გამოკითხვა და მწვეველობის შემთხვევაში კონსულტირება მოწვევისთვის თავის დანებების შესახებ. მოწვევის სიხშირე 65 წელს ზევით ასაკში ნაკლებია, ვიდრე ახალგაზრდებში, თუმცა, ამ ასაკობრივ ჯგუფს მწვეველობის გაცილებით ხანგრძლივი ანამნეზი და მოწვევასთან დაკავშირებული სიკვდილობის უფრო მაღალი სიხშირე აღენიშნებათ ისეთი დაავადებების გამო, როგორცაა ფილტვის კიბო, გულ-სისხლძარღვთა დაავადება და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება.

- რეკომენდებულია მწვეველების რეგულარული კონსულტირება თამბაქოსთვის თავის დანებების შესახებ (A). მიუხედავად იმისა, რომ ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპიის შესწავლა არ განხორციელებულა კონკრეტულად ხანდაზმულებში, ის სავსაშუალოდ ეფექტურია

დამატებითი თერაპიის სახით პაციენტთა შერჩეულ ჯგუფებში. ხანდაზმულებში ვარნიკლინის ან ბუპროპიონის გამოყენებაც გონივრულ ალტერნატივას წარმოადგენს.

R12 ალკოჰოლი— ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების გამოსავლენად რეკომენდებულია სპეციფიკური გამოკითხვა ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირისა და რაოდენობის შესახებ, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს CAGE სკრინინგული კითხვარით (Cut down-დანებება, Annoyed-გაღიზიანება, Guilty - დანაშაულის შეგრძნება, Eye-opener-თვალის გახელისთანავე).

-65 წელს ზევით ასაკის პაციენტთა დაახლოებით 50% მოიხმარს ალკოჰოლს, მათ შორის, 14,5% სვამს კვირაში რეკომენდებულ უსაფრთხო დოზებზე მეტს (>7 ერთეულზე კვირაში) ან მძიმედ თვრება. ალკოჰოლის მოხმარება ხანდაზმულ პაციენტებში ასოცირებულია დაცემის მომატებულ რისკთან და შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს შემეცნებით ფუნქციასა და ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე.

-ხანდაზმული პაციენტების მიერ ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების რისკ-ფაქტორებია გლოვია, დეპრესია, შფოთვა, ტკივილი, უნარშეზღუდულობა და ალკოჰოლის მოხმარება წარსულში.

-კლინიკის რეკომენდაციები და რჩევები შესაძლოა, ისეთივე ეფექტური იყოს ალკოჰოლის მოხმარების შემცირების მიზნით, როგორც უფრო დეტალური ქცევითი კონსულტირების პროგრამები.

R13 ასპირინით პირველადი პრევენცია— ასპირინით შესაძლებელია როგორც გულ-სისხლძარღვთა დაავადების, ისე კიბოს რისკის შემცირება, მაგრამ მატულობს სისხლდენის რისკი. პირველადი პრევენციისთვის ასპირინის დანიშვნა უნდა მოხდეს ინდივიდუალური მიდგომით, პაციენტის ჯანმრთელობის რისკებისა და მისი შეხედულებების გათვალისწინებით (A).

- პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების (PPI) პარალელური დანიშვნით შესაძლებელია გასტრო-ინტესტინური სისხლდენის რისკის შემცირება მაღალი რისკის პაციენტებში. 60 წელს ზევით პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ ასპირინით ხანგრძლივი თერაპია და გააჩნიათ ერთი დამატებითი რისკფაქტორი (კორტიკოსტეროიდების გამოყენება, დისპეფსია ან გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი), რეკომენდებულია პარალელურად PPI-ს დანიშვნა.

R14 ტეტანუსით ან ტეტანუს-ყვიანახველას რევაქცინაცია— იმუნიზაციის პრაქტიკის მრჩეველთა კომიტეტი (ACIP) რეკომენდაციას იძლევა მოზრდილებისთვის განკუთვნილი ტეტანუსის და დიფტერიის ანატოქსინით (Td ან Tdap) რევაქცინაციაზე 10 წელიწადში ერთხელ.

- ყვიანახველას საწინააღმდეგო აცრა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოზრდილებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან მჭიდრო კონტაქტში წლამდე ასაკის ბავშვებთან (მაგ.: ბებია-ბაბუა, ბავშვზე მზრუნველები, სამედიცინო პერსონალი). ყვიანახველას საწინააღმდეგო ერთადერთი ხელმისაწვდომი ვაქცინა არის Tdap. Tdap აცრა რეკომენდებულია გაკეთდეს, მიუხედავად იმისა, დროის რა ინტერვალი გავიდა Td-ს ბოლო აცრიდან. ეს რეკომენდაცია განსხვავდება ACIP-ის წინა რეკომენდაციისგან, რომლის მიხედვითაც Tdap უნდა გაკეთებულიყო Td ბოლო აცრიდან მინიმუმ 2 წლის შემდეგ.

- ტეტანუსის აცრასთან დაკავშირებით ალტერნატიულ რეკომენდაციას იძლევა ამერიკის ექიმთა კოლეჯი (ACP) და ხანდაზმულებზე ზრუნვის შემფასებელი ორგანიზაცია (ACOVE), რომლებიც მხარს უჭერენ 50 წელს ზევით ასაკში Td ერთჯერად რევაქცინაციას პაციენტებში, რომელთაც დასრულებული აქვთ აცრების პირველადი სერია და არ ჩატარებიათ რევაქცინაცია ბოლო 10 წლის განმავლობაში.

R15 გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინა— გრიპთან დაკავშირებული სიკვდილობის 90%-ზე მეტი

ვითარდება 60 წელს ზევით ასაკში. ხანდაზმულ პაციენტებს, აგრეთვე, დაავადების მიმდინარეობის უფრო მაღალი ალბათობა აღენიშნებათ.

- გრიპის საწინააღმდეგო აცრა რეკომენდებულია ყველა მოზრდილისთვის წელიწადში ერთხელ (A).

R16 პნევმოკოკური ვაქცინა — პნევმოკოკური ინფექცია ავადობის და სიკვდილობის მნიშვნელოვანი მიზეზია ხანდაზმულ პაციენტებში. პნევმოკოკური ინფექციის როგორც სიხშირე, ისე სიკვდილობა მატულობს 50 წლის შემდეგ და განსაკუთრებით, 65 წელს ზევით ასაკში.

- არსებობს 23-ვალენტური პოლისაქარიდული (PPSV23) და 13-ვალენტური კონიუგირებული (PCV13) ვაქცინები.
- PPSV23 ვაქცინით აცრა რეკომენდებულია ყველასთვის 65 წელს ზევით, რადგანაც პნევმოკოკური ინფექციის სიხშირე ამ ასაკობრივ ჯგუფში განსაკუთრებით მაღალია. რევაქცინაცია ტარდება 5-10 წლიანი ინტერვალებით.
- ამავე დროს, PCV13-სეროტიპით გამოწვეული პნევმოკოკური ინფექციის სიხშირე შემცირებულია ბავშვთა ასაკში ფართომასშტაბური იმუნიზაციის გამო, ამდენად:
- არ არის რეკომენდებული ≥ 65 წლის პაციენტთა რუტინული ვაქცინაცია PCV13-ით, თუ მათ არ აღენიშნებათ ამ ვაქცინის სხვა ჩვენებები (მაგალითად, იმუნოკომპრომეტირებული მდგომარეობა, ასპლენია, ცერებროსპინალური შუნტი, კოხლეარული იმპლანტი ან ინვაზიური პნევმოკოკური ინფექციის ანამნეზი) და მანამდე არ ჩატარებიათ აცრა.
- პაციენტებთან კონკრეტული ქრონიკული დაავადებებით, რომელთა ფონზეც მატულობს პნევმოკოკური ინფექციის რისკი (მაგალითად, გულის, ფილტვის და/ან ღვიძლის ქრონიკული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, მწვევლობა ან ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება), რეკომენდებულია PCV13-ვაქცინის რისკისა და სარგებელის ინდივიდუალური განხილვა და აცრის საკითხის შესაბამისი გადაწყვეტა.

R17 ჰერპეს ზოსტერის ვაქცინა — ჰერპეს ზოსტერის საწინააღმდეგო აცრა რეკომენდებულია ხანდაზმულთა უმრავლესობისთვის, თუმცა ჩვენს ქვეყანაში ხელმისაწვდომი ამ ეტაპზე არ არის.

- ხანდაზმულ ასაკში ჩუტყვავილას ვირუსის რეაქტივაცია იწვევს ჰერპეს ზოსტერს, რაც ვლინდება მტკივნეული ლოკალური გამონაყარით. ნარჩენი მოვლენები, როგორცაა პოსტჰერპესული ნევრალგია, ენცეფალიტი, მიელიტი და კრანიალური ან პერიფერიული ნერვების დამბლა, უფრო ხშირია ხანდაზმულებში. ჰერპეს ზოსტერის პრევენციისთვის განკუთვნილი ვაქცინა არ უნდა გამოვიყენოთ ზოსტერის ან პოსტჰერპესული ნევრალგიის მკურნალობისთვის.

სკრინინგი კიბოზე

R18 სკრინინგი კოლორექტულ კიბოზე — კოლორექტულ კიბოზე სკრინინგით შესაძლებელია მასთან დაკავშირებული სიკვდილობის შემცირება. ჩვენს ქვეყანაში დამტკიცებული კიბოს სკრინინგული პროგრამის მიხედვით რეკომენდებულია მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი ჩატარდეს 50-70 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ორ წელიწადში ერთხელ განავალში ფარული სისხლის ტესტირებით. სხვადასხვა საერთაშორისო ავტორიტეტული ორგანიზაციები ასევე რეკომენდაციას უწევენ სკრინინგის მიზნით ისეთი ტესტების გამოყენებას, როგორცაა კოლონოსკოპია 10 წელიწადში ერთხელ, ან სიგმოიდოსკოპია 5 წელიწადში ერთხელ, დაწყებული 50 წლის ასაკიდან, თუ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა სულ მცირე, 10 წელია (A).

R19სარბევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგი — სარბევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგზე გადაწყვეტილება ხანდაზმულ ქალებში უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის შეხედულებებისა და უპირატესობების განხილვას, აგრეთვე სკრინინგის პოტენციურ რისკსა და სარგებელს. საქართველოში ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამა მოქმედებს 40-70 წლის ქალებში და მოიცავს მამოგრაფიულ გამოკვლევას 2 წლიანი ინტერვალით (A).

- საშუალო რისკის ქალებში ორწლიანი ინტერვალებით სკრინინგის დროს ვლინდება კიბოს იმდენივე შემთხვევა, რამდენიც ერთწლიანი ინტერვალებით სკრინინგისას და ამავე დროს, კლებულობს ცრუ დადებითი შედეგების სიხშირე.
- ამერიკის გერიატრიული საზოგადოების რეკომენდაციით არ არის მიზანშეწონილი მამოგრაფიული სკრინინგის ჩატარება ქალებში, რომელთა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 10 წელზე ნაკლებია, რადგანაც ამ დროს სკრინინგთან დაკავშირებული ზიანის (მაგ.: შფოთვა, დახარჯული დრო და ა. შ.) ალბათობა აღემატება მოსალოდნელ სარგებელს.

R20საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი - საშვილოსნოს ყელის კიბო ხანდაზმულებში ნაკლებად აგრესიულია ახალგაზრდებთან შედარებით; ამავე დროს, მაღალი ხარისხის დაზიანება იშვიათად გვხვდება ხანდაზმულ ქალებში, რომლებიც რეგულარულად იტარებდნენ სკრინინგულ გამოკვლევას. თუმცა, საშვილოსნოს ყელის კიბოს საკმაოდ მნიშვნელოვანი რაოდენობა შეიძლება იყოს ხანდაზმულებშიც, რომელთაც არ ჩაუტარებიათ სათანადო სკრინინგი. საერთაშორისო გაიდლაინების უმეტესობა რეკომენდაციას იძლევა 65 წელს ზევით საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის შეჩერებასთან დაკავშირებით, თუ ქალის ბოლო სკრინინგული ტესტი ადეკვატურია და მას არ აღენიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოს მომატებული რისკი. ადეკვატური სკრინინგ ტესტი განისაზღვრება, როგორც:

- ორი თანმიმდევრული უარყოფითი ტესტი ადამიანის პაპილომა ვირუსზე (HPV) ბოლო 10 წლის განმავლობაში, ამასთან, უკანასკნელი ტესტი - ბოლო 5 წლის მანძილზე; ან
- ორი თანმიმდევრული ნეგატიური ტესტი ერთდროულად პაპ და HPV-ზე ბოლო 10 წლის განმავლობაში, ამასთან, უკანასკნელი ტესტი - ბოლო 5 წლის მანძილზე; ან
- სამი თანმიმდევრული ნეგატიური პაპ-ტესტი ბოლო 10 წლის განმავლობაში, ამასთანავე უკანასკნელი ტესტი ბოლო 3 წლის მანძილზე.

ამავე დროს ქალებმა, რომელთაც ყავთ ახალი სქესობრივი პარტნიორი, ეწვეიან თამბაქოს ან ეწეოდნენ წარსულში, ზოგადად, რეკომენდებულია გააგრძელონ სკრინინგი, თუ მათი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა > 10 წელზე. ტოტალური ჰისტერექტომიის შემთხვევაში, როდესაც საშვილოსნოს ყელის ამოკვეთის მიზეზი არ უკავშირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს, სკრინინგი არ უნდა გაგრძელდეს. საქართველოში სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სკრინინგი საშვილოსნოს ყელის კიბოზე ხორციელდება 25-60 წლის ქალებში სამ წელიწადში ერთხელ.

R21პროსტატის კიბოს სკრინინგი - საქართველოში მოქმედებს პროსტატის კიბოს მართვის სახელმწიფო პროგრამა, რაც მოიცავს 50-70 წლის ასაკის მამაკაცებში სპეციფიკურ ანტიგენზე გამოკვლევას პროსტატის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით. აშშ-ს პრევენციული სერვისების მიზნობრივმა ჯგუფმა USPSTF 2018 წელს გამოსცა განახლებული რეკომენდაციები⁷ პაციენტთან პროსტატის კიბოს სკრინინგის რისკისა და სარგებელის ინდივიდუალურ განხილვაზე, იმის გათვალისწინებით, რომ სკრინინგთან დაკავშირებული სარგებელი ყველაზე თვალსაჩინოა 50-69 წლის მამაკაცებისთვის. გადაწყვეტილება პროსტატის კიბოზე სკრინინგთან დაკავშირებით უნდა ეფუძნებოდეს კონკრეტულ პაციენტთან დისკუსიას, მისთვის ჯანმრთელობის სპეციფიკური გამოსავლების, აგრეთვე, სკრინინგის რისკისა და სარგებელის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას. შავკანიანებს, *BRCAl*

ან *BRCA2* გენეტიკური მუტაციის დადგენილ ან შესაძლო მატარებლებს, პაციენტებს პროსტატის კიბოს ოჯახური ისტორიით უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია სიცოცხლის განმავლობაში მათი მომატებული რისკის შესახებ. 10 წელზე ნაკლები სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობისას პროსტატის კიბოზე სკრინინგის სარგებელი ნაკლებად მოსალოდნელია ცრუ დადებითი შედეგების მაღალი ალბათობისა და მკურნალობის ბუნდოვანი სარგებელის გამო,

გულ-სისხლძარღვთა რისკფაქტორების სკრინინგი

R22 ჰიპერტენზიის სკრინინგი— ხანდაზმულებში ჰიპერტენზია საკმაოდ გავრცელებულია (60-დან 80%-მდე) და წარმოადგენს გულის იშემიური დაავადებისა და ინსულტის წამყვან რისკფაქტორს. ამ ასაკობრივ ჯგუფში არტერიული წნევის გაზომვა რეკომენდებულია სულ მცირე, ყოველწლიურად. უფრო ხშირი სკრინინგი შესაძლოა საჭირო იყოს პაციენტის რისკფაქტორებიდან გამომდინარე (A).

ხანდაზმულ პაციენტებში მომატებული არტერიული წნევის აგრესიული დაქვეითება შესაძლოა არასასურველ ეფექტებთან იყოს დაკავშირებული. დეტალურად წნევის სამიზნე მაჩვენებლები და ჰიპერტენზიის მართვის რეკომენდაციები იხილეთ ჰიპერტენზიის მართვის სახელმწიფო პროტოკოლში.

R23 ლიპიდების სკრინინგი — დისლიპიდემიასთან დაკავშირებული ათეროსკლეროზული გსდ-ს რისკი თანაბარია სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში. ხანდაზმულებს გსდ-ს საერთო წლიური რისკის მომატებული მაჩვენებელი აქვთ და ლიპიდდამაქვეითებელი მკურნალობა მიზანშეწონილია, თუ ამის საშუალებას იძლევა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა. ამდენად, კონკრეტული ზედა ზღვარი, როდესაც ლიპიდური დარღვევების საწყისი სკრინინგი არ უნდა ჩატარდეს, არ არსებობს. თუმცა, იმ პაციენტებში, რომელთაც ლიპიდური პროფილის წინა გასინჯვებიდან ერთზე მეტი ნორმალური მაჩვენებელი დაუფიქსირდათ, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები იძლევიან სკრინინგის შეწყვეტის რეკომენდაციას 65 წლის შემდეგ⁸.

ლიპიდდამაქვეითებელ მკურნალობა განსაკუთრებით ეფექტურია ხანდაზმულ პაციენტებში კორონარული შემთხვევის მაღალი რისკით. პირველადი პრევენციის სარგებელი დაბალი რისკის ხანდაზმულ პაციენტებში ბუნდოვანია. გსდ 10-წლიანი მაღალი რისკის პაციენტებში სკრინინგი და მკურნალობა მიზანშეწონილია. ამავე დროს, გადაწყვეტილება ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის დაწყებაზე ხანდაზმულ პაციენტებში, განსაკუთრებით, 80 წელს ზევით, უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალური მიდგომის საფუძველზე, კომორბიდული მდგომარეობებისა და იმ პრობლემების გათვალისწინებით, რაც ამ ასაკობრივ ჯგუფში შესაძლოა თან ახლდეს პოლიფარმაციას.

R24 მუცლის აორტის ანევრიზმის სკრინინგი — მუცლის ღრუს ერთჯერადი ულტრაბგერითი გამოკვლევით მუცლის აორტის ანევრიზმის სკრინინგი დაკავშირებულია ანევრიზმით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირებასთან მამაკაცებში. იმის გამო, რომ მუცლის აორტის ანევრიზმის გავრცელება ქალებში ნაკლებია, მათთან სკრინინგის ეფექტურობა არ დადასტურდა.

მუცლის აორტის ანევრიზმის ერთჯერადი სკრინინგი მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევის საშუალებით რეკომენდებულია 65-75 წლის მამაკაცებში მწველობის ნებისმიერი ანამნეზით, აგრეთვე 65-75 წლის მამაკაცებში, რომელთა პირველი რიგის ნათესავს დასჭირდა ოპერაციული ჩარევა მუცლის აორტის ანევრიზმის გამო ან განვითარდა ლეტალური გამოსავალი ანევრიზმის გასკდომის შედეგად (A). სკრინინგის შეთავაზება ასევე რეკომენდებულია იმ ქალებისთვის, რომელთა პირველი რიგის ნათესავს დასჭირდა ოპერაციული ჩარევა მუცლის აორტის ანევრიზმის გამო ან განვითარდა ლეტალური

გამოსავალი ანევრიზმის გასკდომის შედეგად, ხოლო გადაწყვეტილება სკრინინგის ჩატარებაზე უნდა ეფუძნებოდეს მათ ინდივიდუალურ ღირებულებებსა და უპირატესობებს. უსიმპტომო ანევრიზმის ოპერაციული მკურნალობის განხილვა რეკომენდებულია, როდესაც მისი ზომა ორჯერ აღემატება ნორმალური სეგმენტისას და როდესაც დიამეტრი მატულობს მეთვალყურეობის განმავლობაში.

R25 სკრინინგი შაქრიან დიაბეტზე — აშშ-ს პრევენციული სერვისების მიზნობრივმა ჯგუფმა (USPSTF) 2015 წელს გადახედა დიაბეტის სკრინინგთან დაკავშირებულ რეკომენდაციებს. ამ რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, დიაბეტზე სკრინინგი უნდა ჩატარდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასების კომპონენტის სახით 40-70 წლის ასაკის პაციენტებში, რომელთა სმი \geq 25 კგ/მ²(A).

დიაბეტზე სკრინინგი ასევე რეკომენდებულია პაციენტებში ჰიპერტენზიით ან ჰიპერლიპიდემიით.

სკრინინგის მიზნით შეიძლება როგორც უზმოდ პლაზმაში გლუკოზის, ისე A1C გლიკოზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრა. ტესტის ნორმიდან გადახრილი შედეგი მოითხოვს დადასტურებას განმეორებითი ტესტით.

სპეციფიკური მტკიცებულებები დიაბეტზე სკრინინგის სასარგებლოდ 70 წელს გადაცილებულ პირებში არ მოიპოვება. ამ ასაკობრივ ჯგუფში გადაწყვეტილება უნდა ეფუძნებოდეს ინდივიდუალურ რისკსა და სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობას, აგრეთვე, სკრინინგის პოტენციურ ზიანს, რაც შეიძლება უკავშირდებოდეს გადაჭარბებულ მკურნალობას.

სკრინინგი რკინადეფიციტურ ანემიაზე

R26 ქრონიკული ანემია საკმაოდ გავრცელებულია ხანდაზმულებში. ის შეიძლება მიმდინარეობდეს ასიმპტომურად, მაგრამ მძიმე შემთხვევებში ვლინდება ისეთი სიმპტომებით, როგორცაა ზოგადი სისუსტე, დაღლილობა, ქოშინი და ისეთი კომორბიდული დაავადებების გამწვავება, როგორცაა სტენოკარდია, გულის უკმარისობა, თქდ და ფქოდ. ეს დაავადებები ხშირია ხანდაზმულებში და შეიძლება ანემიის მსგავსი კლინიკური სიმპტომატიკით გამოვლინდეს, შესაბამისად, რეკომენდებულია მაღალი დონის კლინიკური სიფხიზლის შენარჩუნება.

R27 კლინიკურ გამოვლინებასთან ერთად აუცილებელია ანემიის რისკ-ფაქტორების გათვალისწინება, როგორცაა:

- ალკოჰოლიზმი;
- მალნუტრიცია;
- თქდ;
- ღვიძლის დაავადებები;
- მიელოდისპლაზიური დაავადებები;
- გასტროინტესტინური სისხლდენა;
- ავთვისებიანი სიმსივნეები;
- ანდროგენული უკმარისობა და სხვა.

კლინიკური ანამნეზი ფოკუსირებული უნდა იყოს როგორც აღნიშნული რისკფაქტორების, ისე სიმპტომების გამოვლენაზე, რომელთა ფონზეც სავარაუდოა სპეციფიკური პრობლემა. მელენა, ჰემატოქეზია და წონაში უნებლიე დაკლება შესაძლოა გასტროინტესტინურ სისხლდენაზე მიუთითებდეს.

კანის მორეციდივე ინფექციები შეიძლება იმუნოკომპრომეტირებული მდგომარეობის გამოვლინებას წარმოადგენდეს, რის ფონზეც სავარაუდოა მიელოდისპლაზიური სინდრომის არსებობა.

აღნიშნული რისკ-ფაქტორების არსებობა ან არარსებობა უნდა წარმოადგენდეს შეფასებისა და მკურნალობის შემდგომი სტრატეგიის განსაზღვრის საფუძველს.

R28 ანემიაზე ეჭვის მიტანისთანავე უნდა ჩატარდეს სისხლის საერთო ანალიზი ფორმულით. თუ შედეგები მიუთითებს ანემიაზე, აუცილებელია შემდგომი კვლევების დაგეგმვა გამომწვევი მიზეზის დადგენისა და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით. ჰემოგლობინის ზღვრული მაჩვენებლები სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში ანემიის დიაგნოზის დასასმელად მითითებულია ქვემოთ. ერთროციტების საშუალო მოცულობა გამოიყენება ანემიის კლასიფიცირებისთვის მიკროციტულ (< 80 fL), ნორმოციტულ (80-100 fL) და მაკროციტულ (> 100 fL) ტიპებად და ამავე დროს, ანემიის უფრო სპეციფიკური ინდივიდუალური შეფასების საშუალებას იძლევა.

ჰემოგლობინის ზღვრული უმდაბლესი მაჩვენებლები⁹

სქესი	რასა	ასაკი (წელი)	ჰემოგლობინი, გ/დლ (გ/ლ)
მამაკაცი	თეთრკანიანი	20 -59	13.7 (137)
		≥ 60	13.2 (132)
	შავკანიანი	20 – 59	12.9 (129)
		≥ 60	12.7 (127)
ქალი	თეთრკანიანი	≥ 20	12.2 (122)
	შავკანიანი	≥ 20	11.5 (115)

R29 გაითვალისწინეთ, რომ ფერიტინის დაბალი დონე შრატში (<19 ნგ/მლ (43 პმოლ/ლ) ასოცირებულია რკინადეფიციტურ ანემიასთან (C). **R30**

R31 ხანდაზმულ პაციენტებს რკინადეფიციტური ანემიით უნდა ჩაუტარდეთ ენდოსკოპიური შეფასება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფარული ავთვისებიანი სიმსივნის გამოვლენის მიზნით (C).

R32 საექვო რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობის მიზნით ეფექტურია დაბალდოზიანი რკინის პრეპარატები (15 მგ ელემენტური რკინა), რომელთაც ამავე დროს, რკინის სტანდარტულ პრეპარატებთან შედარებით გვერდითი ეფექტების ნაკლები რისკი აღნიშნებათ (C).

ფუნქციური და ფსიქოსოციალური შეფასება

R33 ფუნქციური და გერიატრიული შეფასება — ყოველდღიური აქტივობის დარღვევა დაკავშირებულია დაცემის, დეპრესიის, ინსტიტუციონალიზაციისა და სიკვდილობის მომატებულ რისკთან. სპეციფიკური კითხვები და სკრინინგული ტესტები ფუნქციური

სტატუსის შეფასების მიზნით იხილეთ ცხრილი №2-ში.

R34 რეკომენდებულია ინფორმაციის შეკრება ფუნქციური სტატუსის შესახებ, განსაკუთრებული ფოკუსით ყოველდღიურ აქტივობებზე, როგორცაა, მაგალითად, ბანაობა, ტუალეტი, საკუთარი თავის მოვლა და საკვების მომზადება, რაც კლინიცის ეხმარება პრობლემური სფეროების იდენტიფიცირებაში.

R35 სპეციფიკური კითხვების დასმა, რომლის მიზანია იმ მდგომარეობების დადგენა, რომლებიც მოქმედებენ პაციენტის ფუნქციასა და სიცოცხლის ხარისხზე, ამ პრობლემებთან დაკავშირებული ავადობის შემცირების საშუალებას იძლევა.

R36 ამასთანავე, სიარულის ტემპის შეფასება იმ ხანდაზმული პაციენტების იდენტიფიცირების საშუალებას იძლევა, რომელთაც ფუნქციური სტატუსისა და ჯანმრთელობის გაუარესების მომატებული რისკი აღენიშნებათ. სიარულის ტემპი >1 მეტრი/წმ საშუალოზე უკეთესი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებელია („ადექი და გაიარე“ ტესტი იხილეთ დანართი №4).

R37 **კოგნიტური შეფასება**— რეკომენდებულია კოგნიტური შეფასება ჩატარდეს იმ ხანდაზმულებში, რომლებიც თავად აღნიშნავენ მესიერებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, ან მსგავს ჩივილებს მიუთითებს პაციენტზე მზრუნველი.

მეცნიერული მტკიცებულებები კოგნიტური სკრინინგის ფართო გამოყენების სასარგებლოდ ზოგადად გერიატრიულ პოპულაციაში, სიმპტომების არარსებობის დროს, არასაკმარისია.

ცხრილი №2. ხანდაზმული დაუძლურებული პაციენტების ზოგადი სკრინინგული შეფასების კითხვარი და მარტივი ტესტები*

	კითხვა	ინდიკატორები (ქულები შეესაბამება ცალკეულ დომენებს)	ალტერნატივა
ფუნქციური სტატუსი			
ყოველდღიური აქტივობა (ADLs)	ბანაობა, ჩაცმა, ტუალეტი, თავშეკავება, კვება	შეუძლია დახმარების გარეშე; შეუძლია, მაგრამ გამწვანებულია; არ შეუძლია დახმარების გარეშე	
ინსტრუმენტული ყოველდღიური რუტინა (IADLs)	ტელეფონის მოხმარება, „შოპინგი“, საკვების მომზადება, სახლის დალაგება, რეცხვა, საზოგადოებრივი ტრანსპორტით მგზავრობა ან მანქანის ტარება, მედიკამენტების მიღება, ფინანსების მართვა	შეუძლია დახმარების გარეშე; არ შეუძლია დახმარების გარეშე	
მხედველობის პრობლემა	გაქვთ თუ არა მხედველობასთან დაკავშირებული პრობლემა მანქანის ტარების, ტელევიზორის ყურების, კითხვის, ან ნებისმიერი რუტინული აქტივობის განხორციელებისას, მაშინაც კი, როცა სათვალეს ხმარობთ?	დადებითი პასუხის შემთხვევაში სკრინინგი დადებითია	სწელენის მხედველობის ტაბულა
სმენის პრობლემა	70 წელს გადაცილებული ხართ?	1 ქულა	ალტერნატივაა აუდიოსკოპია
	მამრობითი სქესი?	1 ქულა	
	განათლების ხანგრძლივობა 12 წელი ან ნაკლებია?	1 ქულა	
	ოდესმე მიგიმართავთ ექიმისთვის	2 ქულა	

	სმენასთან დაკავშირებული პრობლემის გამო?		
	შეგიძლიათ თუ არა დამხმარე აპარატის გარეშე გაიგოთ მეორე პირის ჩურჩული ოთახის მეორე ბოლოდან, როდესაც ვერ ხედავთ მის სახეს?	არა - 1 ქულა	
	დამხმარე აპარატის გარეშე, შეგიძლიათ თუ არა გაიგოთ მეორე პირის ჩვეულებრივი ტემბრით საუბარი ოთახის მეორე ბოლოდან, როდესაც ვერ ხედავთ მის სახეს?	არა- 2 ქულა ≥3 ქულა; პოზიტიური სკრინინგი	
შარდის შეუკავებლობა ^Δ	უჩივით შარდის შეუკავებლობას, რომელიც იმდენად მომაბეზრებელია, რომ ეძებთ მკურნალობის გზას?	დიახ - მიუთითებს დადებით სკრინინგს	
მაღლტრიცია	დაიკვლით წონაში გასული წლის განმავლობაში?	გასული წლის მანძილზე, ჩვეული წონის სულ მცირე, 5%-ის დაკლება მიუთითებს პოზიტიურ სკრინინგს	
სიარული, წონასწორობა, დაცემა ^Δ	დაცემულხართ ორჯერ ან უფრო ხშირად გასული 12 თვის განმავლობაში?	დიახ - ნებისმიერ კითხვაზე მიუთითებს დადებით სკრინინგს	
	დაცემის შედეგად მიგიღიათ დაზიანება ექიმთან ბოლო ვიზიტის შემდეგ?		
	გეშინიათ დაცემის წონასწორობის დარღვევის ან სიარულის პრობლემების გამო?		
დეპრესია [◊]	ბოლო ორი კვირის მანძილზე რამდენად ხშირად შეუწყუხებიათ: - ჩვეული საქმიანობის მიმართ ინტერესის ან სიამოვნების განცდის დაკარგვას? - უგუნებობას, დათრგუნულობას, უიმედობას?	ქულები: 0: საერთოდ არა 1: რამდენიმე დღე 2: დღეების ნახევარზე მეტი 3: თითქმის ყოველდღე ჯამი ≥3, პოზიტიური სკრინინგი	
კოგნიტური პრობლემები	სამი საგნის გახსენება	<2 საგანზე გახსენება პოზიტიური სკრინინგის მაჩვენებელია	
	საათის დახატვის ტესტი	ჩამოთვლილიდან ნებისმიერი შეცდომა პოზიტიური სკრინინგის მაჩვენებელია: არასწორი დრო, ისრების არარსებობა, ციფრების გამოტოვება, ციფრების ჩანაცვლება, გამეორება, უარყოფა	
გარემოს შეფასება	ბინის უსაფრთხოების კითხვარი		
<p>* ყველა ფუნქციის შეფასება, გარდა სწელენის ტაბულის, აუდიოსკოპიის და კოგნიტური ფუნქციისა, შესაძლებელია განხორციელდეს თვითშეფასების კითხვარით.</p> <p>Δ კითხვები და ინდიკატორები აღებულია ACOVE-2 სკრინინგული კითხვარიდან¹⁰</p> <p>◊ კითხვები და ინდიკატორები აღებულია პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარიდან (PHQ-2)¹¹.</p>			

R38 კოგნიტური ტესტირება საშუალებას იძლევა ადრეულ სტადიაზე მოხდეს მსუბუქი დემენციის გამოვლენა, როდესაც სიმპტომები შეუმჩნეველია. კოგნიტური დარღვევების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა მნიშვნელოვანია, რადგანაც ეს აუმჯობესებს პაციენტის უსაფრთხოებასთან და ქცევით თავისებურებებთან დაკავშირებული საკითხების გათვითცნობიერებას და იძლევა ფარმაკოლოგიური ჩარევის შესაძლებლობას. ამასთანავე, ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკა ოჯახის წევრებსა და ახლობლებს საშუალებას აძლევს მოემზადონ პაციენტზე ზრუნვისთვის და მოაგვარონ ფინანსური და იურიდიული საკითხები. და ბოლოს, აღნიშნული ხელს უწყობს ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებას სიცოცხლის ხარისხის ოპტიმიზაციასთან დაკავშირებით.

R39 არსებობს სხვადასხვა აღიარებული ინსტრუმენტები, რომლებიც გამოიყენება მენტალური სტატუსის სკრინინგის მიზნით, როგორცაა, მაგალითად, მინი-მენტალური ტესტი (MMSE), საათის ხატვის ტესტი, მონრეალის კოგნიტური შეფასების ტესტი (MOCA) და სხვა (იხილეთ დანართები №1-2).

R40 დეპრესია— ხანდაზმულ ასაკში განვითარებული დეპრესია ხშირად არ არის დიაგნოსტირებული და მნიშვნელოვანი უარყოფითი ზეგავლენა აქვს სიცოცხლის ხარისხზე, სხვა დაავადების გამოსავალზე, სამედიცინო დახმარების უტილიზაციაზე, ავადობასა და სიკვდილობაზე, სუიციდის სიხშირე დაახლოებით ორჯერ მაღალია ხანდაზმულებში ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით, ხოლო ყველაზე ხშირად აღინიშნება 85 წელს გადაცილებულ თეთრკანიან მამაკაცებში. დეპრესიაზე სკრინინგი ხანდაზმულ პაციენტებში რეკომენდებულია, თუ გამოვლენის შემთხვევაში არსებობს შესაბამისი რეფერალის, მკურნალობისა და მეთვალყურეობის შესაძლებლობა.

R41 ხანდაზმულ პაციენტთა უმრავლესობა დეპრესიის შემთხვევაში თავდაპირველად მიმართავს პირველად ჯანდაცვას. დაავადება ხშირად ვლინდება სომატური სიმპტომებით. ხანდაზმულებში ხშირია დეპრესიის ატიპური სიმპტომები, როგორცაა კოგნიტური, ფუნქციური, ძილთან დაკავშირებული პრობლემები, დაღლილობა და დაქვეითებული ენერჯია.

R42 არსებობს ხანდაზმულ პაციენტებში დეპრესიის სკრინინგის სხვადასხვა მოკლე კითხვარი, როგორცაა მაგალითად, პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი PHQ-9 (იხილეთ დანართი №3), გერიატრიული დეპრესიის სკალა, კორნელის სკალა დეპრესიისთვის დემენციის დროს და სხვა.

R43 USPSTF რეკომენდაციას იძლევა ყველა მოზრდილის დეპრესიაზე სკრინინგთან დაკავშირებით, თუმცა, სკრინინგის ინტერვალი დადგენილი არ არის. ამავე დროს მნიშვნელოვანია სპეციალისტის არსებობა ადგილზე, რომელიც უზრუნველყოფს სკრინინგის შედეგების საფუძველზე ზუსტი დიაგნოზის დასმას, მკურნალობას და მეთვალყურეობის განხორციელებას.

ოსტეოპოროზი

R44 ძვლის სიმკვრივის შემცირების პრობლემა საკმაოდ გავრცელებულია ხანდაზმულებში. პოსტმენოპაუზის პერიოდში ქალების 37%-ს უვლინდება ოსტეოპენია, ხოლო 7%-ს - ოსტეოპოროზი (ძვლის მინერალური სიმკვრივე ახალგაზრდა ქალის საშუალო მაჩვენებელზე >2.5 SD ნაკლები)¹².

R45 ძვლის მინერალური სიმკვრივის შეფასება რეკომენდებულია 65 წელს გადაცილებულ პირებში, რომელთაც აღნიშნებათ ძვლოვანი მასის შემცირების ნიშნები (მოტეხილობა

მინიმალურ ტრავმაზე ან სიმადლეში შემცირება) ან მოტეხილობის რისკ-ფაქტორები (მაგალითად, გლუკოკორტიკოსტეროიდებით თერაპია, ანდროგენების სუპრესიული თერაპია, ჰიპერთირეოიდიზმი, სხეულის მცირე წონა, ჰიპოგონადიზმი, მოტეხილობა წარსულში).

R46 ოსტეოპოროზის სკრინინგისთვის უპირატესი მეთოდია ბარძაყის და ხერხემლის ორმაგ-ენერგეტიკული რენტგენობსორბციული დენსიტომეტრია (DXA), თუმცა, ხანდაზმულ პირებში, შესაძლოა საკმარისი იყოს მხოლოდ ბარძაყის გამოკვლევა.

R47 მეთვალყურეობის განხორციელება DXA კვლევით რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში:

- მოზრდილ პირებში ნებისმიერი ლოკალიზაციის დაბალი ძვლოვანი მასით (T-ქულა -2.00-დან -2.49-მდე) ან ძვლოვანი მასის შემდგომი კარგვის რისკფაქტორებით (მაგალითად, გლუკოკორტიკოსტეროიდების მოხმარება, ჰიპერპარათირეოიდიზმი), განმეორებითი გაზომვა რეკომენდებულია 2 წელიწადში ერთხელ, რისკფაქტორების ზემოქმედების პერიოდში.
- 65 წლის და უფროსი ასაკის ქალებში, რომელთა ბაზისური სკრინინგით ვლინდება ნებისმიერი ლოკალიზაციის დაბალი ძვლოვანი მასა (T-ქულა -1.50-დან -1.99-მდე) და არ აღინიშნება ძვლოვანი მასის შემდგომი კარგვის რისკ-ფაქტორები, განმეორებითი DXA კვლევა რეკომენდებულია 3-5 წლიანი ინტერვალებით.
- 65 წლის და უფროსი ასაკის ქალებში, რომელთა ბაზისური სკრინინგით ვლინდება ნორმალური ან მცირედ დაქვეითებული ძვლოვანი მასა (T-ქულა -1.01-დან -1.49-მდე) და არ აღინიშნება ძვლოვანი მასის შემდგომი კარგვის რისკფაქტორები, განმეორებითი DXA კვლევა რეკომენდებულია 10-15 წლიანი ინტერვალით¹³.

R48 აშშ პრევენციული სერვისების მიზნობრივი ჯგუფი (USPSTF) რეკომენდაციას იძლევა 65 წლის და უფროსი ქალების რუტინულ სკრინინგთან დაკავშირებით, ძვლის დენსიტომეტრიის მეშვეობით.

ამავე დროს, USPSTF იძლევა რეკომენდაციას სკრინინგის უფრო ადრეული, 60 წლის ასაკში დაწყების შესახებ იმ ქალებში, რომელთაც ოსტეოპოროზული მოტეხილობის მომატებული რისკი აღინიშნებათ, მათ შორის, სხეულის დაბალი წონის შემთხვევაში.

მხედველობა

R49 მხედველობის სკრინინგი— მხედველობის დაქვეითება აღენიშნება 75 წელს ზევით პირთა დაახლოებით 15%-ს და უკავშირდება ჯანმრთელობის, ფუნქციონირებისა და სიცოცხლის ხარისხის მნიშვნელოვან გაუარესებას. ამავე დროს, მხედველობის პრობლემებთან ასოცირებულია დაცემის მომატებული რისკი, ინტელექტუალური ფუნქციის გაუარესება და დეპრესიის სიხშირის ზრდა.

USPSTF-ის მიერ განხორციელდა ხანდაზმულებში მხედველობის სიმახვილის სკრინინგის როლის შესწავლა, რის საფუძველზეც დადგინდა, რომ მტკიცებულებები რუტინული სკრინინგის სასარგებლოდ არასაკმარისია. კერძოდ, მხედველობის სიმახვილის დაქვეითების ადრეული გამოვლენის როლი მხედველობასთან დაკავშირებული გამოსავლების, ფუნქციური სტატუსისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით ნაკლებად სარწმუნოა.

ამ მიმოხილვაზე დაყრდნობით, არ არსებობს მკაცრი მითითება რეგულარული სკრინინგის თაობაზე სხვა მხრივ უსიმპტომო, საშუალო რისკის ხანდაზმულ პაციენტებში, თუმცა მხედველობის სიმახვილის შეფასების ჩართვა რეკომენდებულია ხანდაზმულ პაციენტთა ჯანმრთელობის რუტინული შემოწმების პაკეტში, თუ უახლოეს წარსულში ვლინდება ინტელექტუალური ფუნქციის გაუარესება, ფუნქციონირების დაქვეითება ან დაცემის

ფაქტები.

სმენა

R50 სმენის დაქვეითება - წარმოადგენს მესამე ყველაზე გავრცელებულ დაავადებას ჰიპერტენზიისა და ართრიტის შემდეგ, რომელიც აღენიშნება ხანდაზმულ პირებს და ასოცირებულია დეპრესიასთან, სოციალურ იზოლაციასთან, თვითშეფასების დაქვეითებასთან, ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის ზრდასთან, კოგნიტური ფუნქციის გაუარესებასა და ფუნქციურ უნარშეზღუდულობასთან.

R51 2021 წელს USPSTF ჯგუფმა დაასკვნა, რომ მტკიცებულებები 50 წელს გადაცილებულ ასიმპტომურ პირებში სმენის სკრინინგის რისკისა და სარგებელის ბალანსის შეფასების მიზნით არასაკმარისია¹⁴.

არასაკმარისი მტკიცებულებების მიუხედავად, პირველად ჯანდაცვაში რეკომენდებულია 65 წელს გადაცილებულ პირთა სმენის სკრინინგი, განსაკუთრებით, მოწყვლადი ხანდაზმული პირების შემთხვევაში, რომელთაც ფუნქციური სტატუსის დაქვეითების, ჰოსპიტალიზაციის ან კოგნიტური პრობლემების მომატებული რისკი აღენიშნებათ.

R52 სმენის სკრინინგის ყველაზე მარტივი და იაფი მეთოდი პაციენტის გამოკითხვაა.

მიუხედავად იმისა, რომ აუდიომეტრია სმენის დაქვეითების სკრინინგის ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს, ჩურჩულის ტესტი კარგი მგრძობელობით და სპეციფიკურობით ხასიათდება.

USPSTF ჯგუფის რეკომენდაციის მხარდამჭერი მტკიცებულებების მიმოხილვამ აჩვენა, რომ 0.6 მ-ზე ჩურჩულის ტესტი ან სმენის დაქვეითების სუბიექტურ შეგრძნებასთან დაკავშირებული ერთი კითხვა დაახლოებით ისეთივე ეფექტურია სმენის დაქვეითების სკრინინგის თვალსაზრისით, როგორც სმენის ფორმალური შეფასების კითხვარი ან ტონალური ოტოსკოპია¹⁵.

ნუტრიციული სტატუსი

R53 ნუტრიციული სტატუსი — საერთაშორისო ავტორიტეტული ორგანიზაციების უმრავლესობა რეკომენდაციას იძლევა კლინიცისტების მიერ პაციენტთა ნუტრიციული სტატუსის შეფასებისა და კონსულტირების შესახებ.

ხანდაზმული ამბულატორიული პაციენტების დაახლოებით 15%-ს და ჰოსპიტალიზებულთა ნახევარს მალნუტრიციის პრობლემა აღენიშნება. მიუხედავად თვალსაჩინო ურთიერთკავშირის არსებობისა დაქვეითებულ ნუტრიციულ სტატუსსა და გაზრდილ ავადობა/სიკვდილობას შორის, ამ მდგომარეობის სკრინინგისთვის განკუთვნილი მაღალმგრძობიარე და სპეციფიკური ტესტები ზოგადად ნაკლებია.

კლინიკაში წონის სერიული გაზომვებისა და მადის ცვლილების შესახებ გამოკითხვის კომბინირებული გამოყენება, როგორც ჩანს, ხანდაზმულელებში ნუტრიციული სტატუსის შეფასების ყველაზე სასარგებლო მეთოდია. დამატებით, ნუტრიციული შეფასების მინი-ტესტი შეიძლება დაეხმაროს კლინიცისტს იმ პაციენტთა გამოვლენაში, რომელთაც ნუტრიციული დახმარება და კონსულტირება სჭირდებათ (იხილეთ ცხრილი №3).

R54 მაღალი რისკის ხანდაზმულ პაციენტებს, რომელთაც წელიწადზე ნაკლებ პერიოდში წონაში არანებაყოფლობით დაიკლეს სხეულს მასის 10%-ზე მეტი, უნდა ჩაუტარდეთ ნაკვებობის დაქვეითების, შესაძლო სამედიცინო ან მედიკამენტებთან დაკავშირებული მიზეზების, დენტალური სტატუსის, საკვების უსაფრთხოების, საკვებთან დაკავშირებული ფუნქციური სტატუსის, მადისა და კვების, ყლაპვის ფუნქციისა და წარსულში დიეტური შეზღუდვების შემდგომი შეფასება.

R55 ვიტამინი D — მტკიცებულებების სულ უფრო მზარდი რაოდენობა მეტყველებს ხანდაზმულ პაციენტებში D ვიტამინის დეფიციტის (<30 ნგ/მლ) ფართო გავრცელებისა და მისი მნიშვნელოვანი ეფექტების შესახებ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე¹⁶.

D ვიტამინის როლი დაცემის პრევენციის მიზნით გაურკვეველია, თუმცა, ექსპერტების უმრავლესობა იძლევა რეკომენდაციას ხანდაზმულებში ყოველდღიურად D ვიტამინის სულ მცირე, 800სე გამოყენებასთან დაკავშირებით.

ამასთანავე, მტკიცებულებები მეტყველებს, რომ D ვიტამინის მაღალი დოზების (24,000 სე ან მეტი) პერიოდული გამოყენება ზრდის დაცემის რისკს¹⁷.

R56 ამავე დროს რეკომენდებულია სულ მცირე, 1.2 გ კალციუმის მიღება საკვების ან დანამატის სახით. როგორც ჩანს, D ვიტამინისა და კალციუმის მიღების ფონზე შესაძლებელია ხანდაზმულებში ბარძაყის მოტეხილობის რისკის შემცირება.

R57 ამავე დროს, აღსანიშნავია სხვა კვლევების მონაცემებიც, მაგალითად, სამწლიან ევროპულ კვლევაში (DO-HEALTH), რომელიც მოიცავდა 70 წლისა და უფროსი ასაკის 2157 ჯანმრთელ პირს, დღეში 2000სე D3 ვიტამინის, 1 გრამი EPA/DHA ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავების, ან ძალოვანი ვარჯიშის პროგრამის ფონზე, როგორც ცალკე, ისე კომბინირებული გამოყენებისას, არ დაფიქსირებულა ჯანმრთელობის ისეთი გამოსავლების გაუმჯობესება, როგორცაა სისტოლური ან დიასტოლური წნევა, არავერტებრული მოტეხილობა, ფიზიკური შრომისუნარიანობა, ინფექციების სიხშირე ან კოგნიტური ფუნქცია¹⁸.

R58 მულტივიტამინები — პროსპექტული რანდომიზებული კვლევები არ მეტყველებს ავადობასა ან სიკვდილობაზე მულტივიტამინების დადებითი ეფექტის სასარგებლოდ. მულტივიტამინური დანამატები სასარგებლო პოტენციალით ხასიათდება იმ ხანდაზმულებში, რომლებიც არასაკმარისად იკვებებიან. ამავე დროს, ობსერვაციული კვლევები გვიჩვენებენ, რომ მულტივიტამინური დანამატები არ ამცირებენ კიბოს ან გსდ-ს რისკს.

R59 დაცემა და მობილობა — რეკომენდებულია ხანდაზმულების რეგულარული გამოკითხვა უახლოეს წარსულში დაცემისა და დაცემის რისკის შესახებ, ამ ასაკობრივ ჯგუფში დაცემის მაღალი სიხშირისა და პოტენციური არასასურველი შედეგების გამო, მოტეხილობისა და ჰოსპიტალიზაციის ჩათვლით (იხილეთ სურათი 1 - დაცემის პრევენციის ალგორითმი).

R60 პაციენტებთან, რომლებიც ანამნეზში აღნიშნავენ დაცემას, აქვთ ფიზიკური ფუნქციონირების პრობლემა ან მობილობის შეზღუდვა, რაც ზრდის მათთვის დაცემის რისკს, რეკომენდებულია ხელშემწყობი ფაქტორების შეფასება, მედიკამენტური დანიშნულების გადახედვა და ბინაში უსაფრთხოების საკითხების გამოკითხვა.

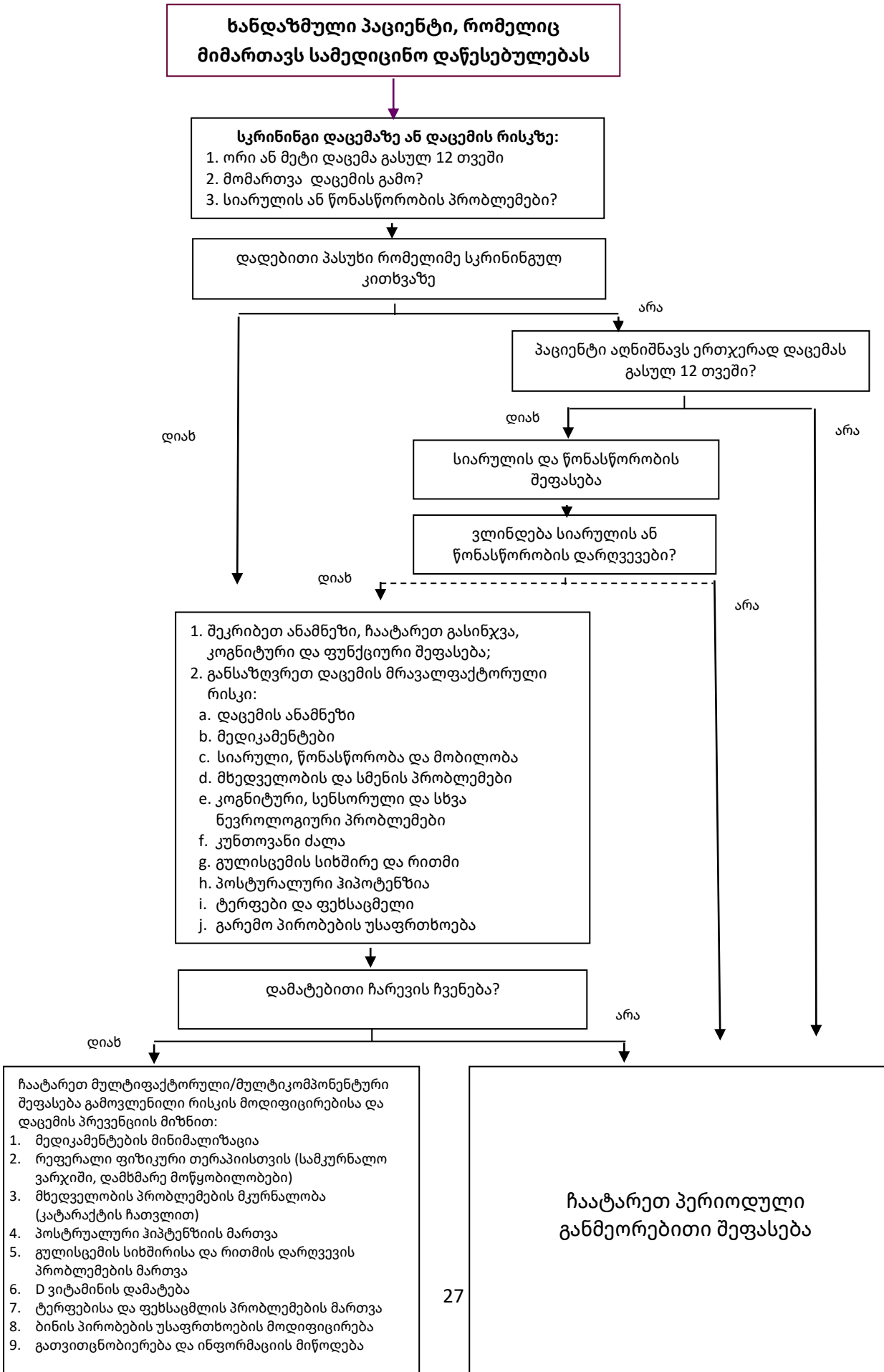
R61 ანამნეზში დაცემის ან დაცემის რისკის შემთხვევაში რეკომენდებულია სხვადასხვა ეფექტური ჩარევების გამოყენება, როგორცაა ფიზიკური თერაპია, დამხმარე მოწყობილობები და ვარჯიშის პროგრამა მეთვალყურეობის ქვეშ.

ცხრილი №3. ნუტრიციული სტატუსის შეფასების მინი-ტესტი

ანთროპომეტრიული შეფასება	ქულები	კვების შეფასება	ქულები
1. სხეულის მასის ინდექსი (კგ/მ ²): a. <19 b. 19-21 c. 21-23 d. >23	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა =3 ქულა <input type="checkbox"/>	11. დღეში რამდენჯერ იკვებება პაციენტი სრულფასოვნად? a. ერთხელ b. ორჯერ c. სამჯერ	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა <input type="checkbox"/>
2. მხრის გარშემოწერილობა: a. <21სმ b. 21-22 სმ c. >22 სმ	=0 ქულა =0.5 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>	12. შეარჩიეთ ცილის წყარო: a. რძის პროდუქტების (რძე, ყველი, იოგურტი) სულ მცირე, ერთი ულუვა დღეში დიახ არა b. პარკოსნების ან კვერცხის ორი ან მეტი ულუვა კვირაში დიახ არა c. ხორცი, თევზი ან ფრინველი ყოველდღე დიახ არა 0 ან 1 პასუხი „დიახ“ 2 პასუხი „დიახ“ 3 პასუხი „დიახ“	=0 ქულა =0.5 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>
3. კანჭის გარშემოწერილობა: a. <31სმ b. ≥31 სმ	=0 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>		
4. წონაში დაკლება გასულ 3 თვეში: a. >3 კგ b. არ იცის c. 1-3 კგ d. არ ვლინდება	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა =3 ქულა <input type="checkbox"/>		
ზოგადი შეფასება			
5. ცხოვრობს დამოუკიდებლად (არა თავშესაფარში ან სამედიცინო დაწესებულებაში) a. არა b. დიახ	=0 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>	13. მოიხმარს ხილისა და ბოსტნეულის ორ ან მეტ ულუვას დღეში a. დიახ b. არა	=0.5 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>
6. დანიშნული აქვს დღეში სამზე მეტი მედიკამენტი a. დიახ b. არა	=0 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>	14. საკვების მიღების შემცირება ბოლო 3 თვეში მადის დაქვეითების, საჭმლის მონელების, ღეჭვის ან ყლაპვის პრობლემების გამო a. მადის ძლიერი დაქვეითება b. მადის ზომიერი დაქვეითება c. მადა არ შეცვლილა	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა <input type="checkbox"/>
7. გადაიტანა ფსიქოლოგიური სტრესი ან მწვავე დაავადება გასული 3 თვის მანძილზე a. დიახ b. არა	=0 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>	15. მიღებული სითხის რაოდენობა ჭიქებში (წყალი, წვენი, ყავა, რძე, ჩაი) a. < 3 ჭიქა b. 3-5 ჭიქა c. > 5 ჭიქა	=0 ქულა =0.5 ქულა =1 ქულა <input type="checkbox"/>
8. მობილობა a. საწოლს ან სავარძელს მიჯაჭვული b. შეუძლია საწოლიდან ან სავარძლიდან წამოდგომა, მაგრამ არ შეუძლია სიარული c. დადის	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა <input type="checkbox"/>	16. კვების ფორმა a. ესაჭიროება დახმარება კვების დროს b. დამოუკიდებელი კვება მცირედ გართულებულია c. იკვებება დამოუკიდებლად	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა <input type="checkbox"/>
9. ნეიროფსიქოლოგიური პრობლემები: a. მძიმე დემენცია ან დეპრესია b. მსუბუქი დემენცია c. ფსიქოლოგიური პრობლემა არ ვლინდება	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა <input type="checkbox"/>	თვითშეფასება 17. ფიქრობს თუ არა პაციენტი, რომ მას კვებითი პრობლემები აქვს? a. მნიშვნელოვანი მალნუტრიცია b. ზომიერი მალნუტრიცია ან არ იცის c. ნუტრიციულ პრობლემებს არ აღნიშნავს	=0 ქულა =1 ქულა =2 ქულა <input type="checkbox"/>

<p>10. ნაწილები ან კანის დაწვლულება:</p> <p>a. დიახ</p> <p>b. არა</p>	<p>=0 ქულა</p> <p>=1 ქულა □</p>	<p>18. როგორ აფასებს პაციენტი საკუთარ ჯანმრთელობას სხვა მისივე ასაკის პირებთან შედარებით?</p> <p>a. უფრო ცუდი</p> <p>b. არ იცის</p> <p>c. ისეთივე</p> <p>d. უკეთესი</p>	<p>=0 ქულა</p> <p>=0.5 ქულა</p> <p>=1 ქულა</p> <p>=2 ქულა</p> <p>□</p>
<p>ტესტის ინტერპრეტაცია: ≥ 24 ქულა - კარგი ნუტრიციული სტატუსი; 17-23.5 - მალნუტრიციის რისკი; < 17 ქულა=მალნუტრიცია</p>			

სურათი 1. დაცემის პრევენციის ალგორითმი



R62 შარდის შეუკავებლობა — შარდის შეუკავებლობა ხანდაზმულებში მნიშვნელოვან სოციალურ და ემოციურ სტრესს უკავშირდება და ძირითადი პრობლემაა სათნოების სახლებში. სხვადასხვა შეფასებებით შარდის შეუკავებლობა ხანდაზმული ქალების 17-55%-სა და მამაკაცების 11-34%-ში გვხვდება. დიაბეტი თითქმის აორმაგებს მძიმე შეუკავებლობის რისკს ქალებში. შეუკავებლობის პრობლემები პოტენციურად განკურნებადია, მაგრამ ხშირად არ ხდება ამის შესახებ გაცხადება პაციენტის მხრიდან.

R63 ანამნეზი და ფიზიკური გასინჯვა ხშირად გვეხმარება შარდის შეუკავებლობის მიზეზის დადგენასა და შესაბამისი ჩარევის განხორციელებაში.

R64 რეკომენდებულია შარდის შეუკავებლობის შესახებ გამოკითხვა ჩატარდეს წელიწადში ორჯერ და დადებითი პასუხის შემთხვევაში განისაზღვროს, რამდენად შემაწუხებელია პაციენტისთვის ან მზრუნველისთვის.

R65 სათანადო შეფასება მოიცავს გამოკითხვას შემდეგ საკითხებზე: შეუკავებლობის გამოვლენის ხანგრძლივობა (მწვავე თუ ქრონიკული), ტიპი (მაგალითად, სტრესული, მწვავე მოთხოვნილება, გადავსების შედეგად, შერეული) და ხელშემწყობი ფაქტორები (მაგალითად, ხველა, მედიკამენტები).

R66 ფიზიკური გასინჯვა შეიძლება მოიცავდეს შეფასებას სითხით გადავსებაზე, გენიტალურ და რექტალურ გამოკვლევას და ნევროლოგიურ შეფასებას.

R67 შარდისა და სისხლის ანალიზები ნაჩვენებია მაშინ, როდესაც არსებობს ინფექციის, მეტაბოლური დარღვევების, თირკმლის დისფუნქციის და B12-ვიტამინის შესაძლო დეფიციტის შეფასების საჭიროება. რუტინულად უროდინამიკური ტესტირება რეკომენდებული არ არის.

მედიკამენტური მკურნალობა

R68 მედიკამენტების გამოყენებასთან დაკავშირებულ პრობლემები საკმაოდ გავრცელებულია ხანდაზმულებში. სხვადასხვა კვლევის მიხედვით 65 წელს გადაცილებული პაციენტები საშუალოდ სამიდან ხუთ მედიკამენტამდე ღებულობენ დღეში¹⁹,

მრავლობითი მედიკამენტების მიღება ზრდის წამალთაშორისი ურთიერთქმედებისა და არასასურველი გვერდითი მოვლენების რისკს. მედიკამენტების ფარმაკოკინეტიკისა და ფარმაკოდინამიკის დარღვევა ხანდაზმულ პაციენტებში ხელს უწყობს არასასურველი რეაქციების განვითარებას და ჰოსპიტალიზაციისა და ავადობის გავრცელებული მიზეზია. ხანდაზმულებში მედიკამენტების გამოყენებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები იხილეთ ცხრილი №4-ში.

ცხრილი №4. ხანდაზმულ პაციენტებში მედიკამენტების სათანადო გამოყენების ხარისხის ინდიკატორები

ინდიკატორი	აღწერა	დასაბუთება
მედიკამენტების სია	მედიკამენტების განახლებული სია, რომელიც მოიცავს OTC მედიკამენტებს, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნებისმიერი სამედიცინო პერსონალისთვის სამედიცინო ბარათში	საშუალებას იძლევა დადგინდეს ახალი სიმპტომების მედიკამენტთან დაკავშირებული პოტენციური მიზეზები, აღმოიფხვრას უადგილო დუბლირება, შეფასდეს წამალთაშორისი ურთიერთქმედება და მოხდეს მედიკამენტური რეჟიმის ოპტიმიზაცია დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით
მედიკამენტური რეჟიმის ყოველწლიური გადახედვა	ყველა ხანდაზმული პაციენტის მედიკამენტური დანიშნულება უნდა გადაიხედოს წელიწადში ერთხელ	საშუალებას იძლევა შეწყდეს არასაჭირო მედიკამენტი ან დაემატოს აუცილებელი წამალი, რომელიც მანამდე არ დანიშნულა
მედიკამენტის ჩვენება	ხანდაზმულისთვის დანიშნულ ყველა წამალს უნდა ჰქონდეს მკაცრად განსაზღვრული ჩვენება	საშუალებას იძლევა შეწყდეს მედიკამენტის მიღება, რომელიც დანიშნულია გაურკვეველი ან დროებითი ჩვენებით
პაციენტის განათლება	ყველა ხანდაზმულ პაციენტს ან მის მზრუნველს უნდა ჩაუტარდეს სათანადო განათლება დანიშნული მედიკამენტების შესახებ	განათლებით შესაძლებელია დამყოლობისა და კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესება; ამავე დროს უზრუნველდება პაციენტის ყურადღება პოტენციური გვერდითი ეფექტების მიმართ
თერაპიაზე პასუხი	თერაპიაზე პასუხი უნდა დოკუმენტირებული იყოს ყველა მიმდინარე სამედიცინო პრობლემის შემთხვევაში	პასუხის დოკუმენტირება საშუალებას იძლევა განისაზღვროს, რამდენად აკმაყოფილებს წამალი თერაპიულ სამიზნეს, რისთვისაც ის დაინიშნა და გადაწყდეს მედიკამენტის გაგრძელების, მოდიფიცირების ან შეწყვეტის საკითხი
გათვითცნობიერება ვარფარინით მკურნალობაზე	პაციენტებს, რომელთაც პირველად დაენიშნათ ვარფარინი, უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია დიეტის, წამალთაშორისი ურთიერთქმედების და სისხლდენის რისკის შესახებ, ან უნდა გაიგზავნონ სპეციალისტთან	ცოდნა მედიკამენტებისა და საკვების შესახებ, რომლებიც ურთიერთქმედებენ ვარფარინთან, ამცირებს პოტენციური სისხლდენის რისკს
ვარფარინით თერაპიის მონიტორინგი	ვარფარინის დანიშვნისას, INR უნდა განისაზღვროს მკურნალობის დაწყებიდან 4 დღეში და სულ მცირე, 6 კვირაში ერთხელ ამის შემდეგ.*	ხანდაზმულებს მედიკამენტური ტოქსიკურობის მომატებული რისკი აქვთ, ხოლო მკაცრი მონიტორინგი INR-ის თერაპიულ ფარგლებში შენარჩუნების საშუალებას იძლევა
აგგ-ინჰიბიტორებით მკურნალობის მონიტორინგი	აგგ-ინჰიბიტორების დანიშვნისას, შრატში კრეატინინი და კალიუმი უნდა განისაზღვროს მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირაში და სულ მცირე, წელიწადში ერთხელ მას შემდეგ	ხანდაზმულ პაციენტებს თირკმლის უკმარისობისა და ჰიპერკალიემიის მომატებული რისკი აღენიშნებათ
მარყუჟის შარდმდენით მკურნალობის მონიტორინგი	მარყუჟის შარდმდენების დანიშვნისას ელექტროლიტების განსაზღვრა უნდა მოხდეს მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირაში და სულ მცირე, წელიწადში ერთხელ მას შემდეგ	დიურეზულ თერაპიასთან დაკავშირებული ჰიპოკალიემიის რისკი
პროპოქსიფენის (ოპიოიდური ანალგეტიკი) მორიდება	არ დანიშნოთ პროპოქსიფენი ანალგეზიური მიზნებით	პროპოქსიფენი ჩამორჩება ან დაახლოებით ექვივალენტურია აცეტამინოფენის და სხვა ანალგეტიკების, რომელთაც უკეთესი უსაფრთხოების პროფილი გააჩნიათ
მოერიდეთ ბენზოდიაზეპინების ქრონიკულ ან მაღალი დოზით გამოყენებას	თუ ბენზოდიაზეპინის მიღება გრძელდება 1 თვეზე მეტი, აუცილებელია რისკის განხილვისა და დოზის შემცირების ან შეწყვეტის მცდელობის დოკუმენტირება	ბენზოდიაზეპინები ზრდიან დაცემის, ბარბაყის მოტეხილობის და ცნობიერების დაბინდვის რისკს
მოერიდეთ ძლიერ ანტიქოლინერგულ მედიკამენტებს	ნუ დანიშნავთ ძლიერ ანტიქოლინერგულ პრეპარატებს, თუ არსებობს სხვა ალტერნატივა	ეს მკურნალობა დაკავშირებულია ისეთ გვერდით ეფექტებთან, როგორცაა ცნობიერების დაბინდვა, შარდის შეკავება, შეკრულობა, მხედველობის დარღვევა და ჰიპოტენზია
მოერიდეთ	თუ ხანდაზმულ პაციენტს ესაჭიროება	ეს პრეპარატები ცნს-ის ძლიერი დეპრესანტებია,

ბარბიტურატებს	მკურნალობა კრუნჩხვების კონტროლის მიზნით, ნუ დანიშნავთ ბარბიტურატებს	აქვთ დაბალი თერაპიული ინდექსი, იწვევენ წამალთაშორის ურთიერთქმედებას და ასოცირებულია დაცემისა და ბარბიტურატების მოტეხილობის მომატებულ რისკთან
მოერიდეთ მეპერიდინს ოპიოიდური ანალგეზიის მიზნით	ანალგეზიის საჭიროებისას მოერიდეთ მეპერიდინს	ეს მედიკამენტი ასოცირებულია დელირიუმის მომატებულ რისკთან და შეუძლია მოახდინოს გულყრის პროვოცირება
მოერიდეთ კეტოროლაკის ქრონიკულ გამოყენებას	არ არის რეკომენდებული კეტოროლაკის დანიშვნა 5 დღეზე მეტი	ეს პრეპარატი დაკავშირებულია კუჭ-ნაწლავის მხრიდან მომატებულ გვერდით ეფექტებთან, სისხლდენის ჩათვლით და ნაკლებად უსაფრთხოა სხვა ტკივილგამაყუჩებლებთან შედარებით
მოერიდეთ მიორელაქსანტებს	მიორელაქსანტები (ციკლოპენზაპრინი, მეთოქარბამოლი, კარისოპროდოლი, ქლოროპროქსაზონი, ორფენადრინი, ტიზანიდინი, მეტაქსალონი) არ უნდა დაინიშნოს 1 კვირაზე მეტი	ამ მედიკამენტებმა შეიძლება გამოიწვიონ ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტები: სედაცია, ცნობიერების დაბინდვა, ხოლო მონაცემები მათი ეფექტურობის შესახებ შეზღუდულია
მოერიდეთ ტიკლოპიდინს	ანტიაგრეგანტული თერაპიის საჭიროებისას (მაგ.: გადატანილი ინსულტი, მიოკარდიუმის ინფარქტი, მწვავე კორონარული სინდრომი, პერკუტანური ანგიოპლასტიკა) ტიკლოპიდინთან შედარებით უპირატესია კლოპიდოგრელის დანიშვნა	ტიკლოპიდინი ნაკლებად ეფექტურია კლოპიდოგრელთან შედარებით და ასოცირებულია ჰემატოლოგიური გართულებების უფრო მაღალ რისკთან
უმკურნალეთ რკინადეფიციტურ ანემიას დაბალი დოზით პერორალური რკინის პრეპარატებით	რკინადეფიციტური ანემიის მქონე ხანდაზმულმა პაციენტებმა არ უნდა მიიღონ დაბალდოზიანი რკინის პრეპარატის ერთ ტაბლეტზე მეტი დღეში	დაბალდოზიანი პერორალური თერაპია ექვივალენტურია მაღალდოზიანი რკინით თერაპიის და დაკავშირებულია ნაკლებ გვერდით ეფექტებთან
პასუხი ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებზე	ხანდაზმულ პაციენტებში ანტიფსიქოზური პრეპარატების დანიშვნისას მკურნალობაზე პასუხის დოკუმენტირება უნდა განხორციელდეს თერაპიის დაწყებიდან 1 თვის განმავლობაში	ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება ზრდის სიკვდილობას ხანდაზმულ პაციენტებში და მისი უსაფრთხო ალტერნატივაა ქვევითი თერაპია
აცეტამინოფენი	ხანდაზმული პაციენტები, რომელთაც ენიშნებათ აცეტამინოფენის მაღალი დოზა (≥3 გ დღეში) ან რომელთაც აღენიშნებათ ღვიძლის დაავადება და ქრონიკულად იღებენ აცეტამინოფენს, უნდა გავათვითცნობიეროთ ღვიძლის ტოქსიკური დაზიანების რისკის შესახებ	ღვიძლის ტოქსიკური დაზიანების რისკი უფრო მაღალია აცეტამინოფენის გამოყენებისას
ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები (ასპ) და ასპირინი	აუცილებელია გასტროინტესტინური სისხლდენის რისკის განხილვა და დოკუმენტირება პაციენტებს გასტროინტესტინური სისხლდენის მომატებული რისკით (ასაკი >75 წელი, პეპტიური წყლული, ანამნეზში გასტროინტესტინური სისხლდენა, ვარფარინის მოხმარება, გლუკოკორტიკოიდების ქრონიკული მოხმარება) არასელექციური ასპ-ით მკურნალობის პარალელურად უნდა დაენიშნოს მიზოპროსტოლი ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები	გასტროინტესტინური სისხლდენის რისკი მომატებულია ხანდაზმულ პაციენტებში, რომლებიც ყოველდღიურად ღებულობენ ასპ-ს ან ასპირინს

INR: საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდება;

* მონიტორინგის მითითებული სიხშირე მინიმალურია; ბევრი ექსპერტი რეკომენდაციას უწევს ყოველდღიურ მონიტორინგს დასაწყისში, ხოლო სტაბილური და თერაპიული სამიზნე INR მაჩვენებლის მიღწევის შემდეგ - 4 კვირაში ერთხელ გადამოწმებას.

R69 მედიკამენტური დანიშნულების მართვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები შემდეგია:

- მედიკამენტური დანიშნულების სიის რეგულარული განახლება OTC და ჰერბალური პრეპარატების ჩათვლით;
- მედიკამენტური დანიშნულების სრულყოფილი გადახედვა, სულ მცირე, წელიწადში ერთხელ (თუ არა ყოველ ვიზიტზე) და ნებისმიერი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ.
- ნებისმიერი მედიკამენტის ჩვენებისა და მკურნალობაზე პასუხის ზუსტი დოკუმენტირება (განსაკუთრებით, ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში).
- დანიშნულების დუბლირების, წამალთაშორისი ურთიერთქმედების, დამყოლობის და ხელმისაწვდომობის შეფასება.
- მედიკამენტების სპეციფიკური კლასების შეფასება, რომლებიც მეტად ასოცირებულია გავრცელებულ გვერდით ეფექტებთან: ანტიკოაგულანტები, ანალგეტიკები (განსაკუთრებით, ნარკოტიკები და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები), ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები (კერძოდ, აფ-ინჰიბიტორები და დიურეტიკები), ინსულინი და ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტები, ანტიფსიქოზური პრეპარატები.
- ანტიჰოლინერგული მედიკამენტებისგან თავშეკავება ან მინიმუმამდე დაყვანა, რადგანაც მათი გამოყენება უკავშირდება სპეციფიკურ რისკს.

ბინის პირობების უსაფრთხოების შეფასება

R70 ხანდაზმულ პაციენტებში გავრცელებული ფიზიკური და მენტალური პრობლემები განაპირობებს ბინის პირობებში უბედური შემთხვევების მომატებულ სიხშირეს, რის შემდეგაც ხანდაზმულებისთვის საჭირო სწრაფი დახმარებისა და მედიკამენტური სერვისის მიღების ალბათობა ნაკლებია იზოლაციასა და კომუნიკაციასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო.

R71 სარწმუნო მტკიცებულებები ტრავმის რისკის შემცირების საუკეთესო მეთოდების შესახებ არასაკმარისია. ბინის პირობების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კვლევები ძირითადად, ფოკუსირებულია დაცემის რისკის პრევენციაზე და მათი შედეგები არაერთმნიშვნელოვანია.

R72 აღნიშნულის მიუხედავად, რეკომენდებულია პაციენტისთვის ან ოჯახის წევრებისთვის დამოუკიდებლად შესავსები საკონტროლო კითხვარის მიწოდება, მათი ცნობიერების ამაღლებისა და უსაფრთხოების შეფასებისთვის პრევენციული ვიზიტების ხელშეწყობის მიზნით.

ავტომობილის მართვა

R73 70 წელს გადაცილებულ პირებში ავტოსატრანსპორტო შემთხვევების, აგრეთვე ტარებისას ან ქვეითად სიარულისას ფატალური უბედური შემთხვევების სიხშირე ერთ მილიონ მილზე გადაანგარიშებით, უფრო მაღალია, ვიდრე შუახნის მძღოლებში. ეს სავარაუდოდ უკავშირდება ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა მხედველობის სიმახვილის, სმენისა და ფსიქომოტორული უნარების დაქვეითება.

R74 რეკომენდებულია კლინიცისტმა განიხილოს ავტომობილის ტარებასთან დაკავშირებული საკითხები დემენციის მქონე ყველა პაციენტთან და ურჩიოს ტარების შეწყვეტა. დემენციის დიაგნოზი დამოუკიდებლად ზრდის ავტოსატრანსპორტო შემთხვევების რისკს.

ფინანსური და სოციალური მხარდაჭერა

R75 რეკომენდებულია ფინანსური და სოციალური პრობლემების სკრინინგი, რადგანაც აღნიშნული საკითხები პირდაპირ ზემოქმედებენ ჯანმრთელობის სტატუსსა და კეთილდღეობაზე.

R76 ხანდაზმულები განიცდიან სოციალურ იზოლაციას ფუნქციური უნარშეზღუდულობის გამო, აგრეთვე ნათესავების, მეგობრების ან სპეციალური ორგანიზაციების მხარდაჭერის ნაკლებობას, დამოუკიდებლობისა და კეთილდღეობისთვის აუცილებელი ფიზიკური ან ემოციური დახმარების აღმოსაჩენად.

სოციალური იზოლაცია და სიღარიბე ასოცირებულია დეპრესიის, შფოთვის, უნარშეზღუდულობის და საკუთარი ჯანმრთელობის დაბალი თვითშეფასების მომატებულ სიხშირესთან.

ხანდაზმულების მიმართ ბოროტად მოპყრობა

R77 სხვადასხვა მონაცემებით ხანდაზმულების მიმართ ბოროტად მოპყრობის გავრცელება 3-დან 8%-მდე მერყეობს²⁰. უგულებელყოფის ან ფიზიკური ძალადობის სხვადასხვა ფორმებმა (ფიზიკური, სექსუალური, ფსიქოლოგიური, ფინანსური ძალადობა, უგულებელყოფა) შესაძლოა ხანდაზმულ პაციენტებში ჯანმრთელობის არასასურველი გამოსავლები გამოიწვიოს, მომატებული სიკვდილობის ჩათვლით.

R78 თავად მსხვერპლი ნაკლებად ახდენს ძალადობის ფაქტის კონსტატაციას, რაც ართულებს კლინიკის პირობებში პრობლემის გადაწყვეტას. ხანდაზმული პაციენტები დაჟეჟილობის, დამწვრობის, გენიტალური ან რექტალური ტრავმის ნიშნებით, ნაწოლებით ან სმი-თ <17.5კგ/მ², რომელიც ვერ აიხსნება კლინიკური მიზეზებით, უნდა გამოიკითხონ ბოროტად მოპყრობის საკითხებზე ან გაიგზავნონ სოციალურ სამსახურებში შემდგომი შეფასებისთვის. ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია (AMA) რეკომენდაციას უწევს ხანდაზმული პაციენტისთვის კლინიციისტი მიერ რუტინულად პირდაპირი სპეციფიკური კითხვების დასმას ძალადობის შესახებ.

ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები

R79 ჰოსპიტალში რეფერალი რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში:

- სპეციფიკური სამედიცინო ან ქირურგიული პათოლოგია, როგორცაა მაგალითად:
 - მოტეხილობა;
 - მორეციდივე პნევმონია;
 - ნაწოლები და სხვა.

R80 არსებობს მეორე ტიპის მიდგომა, როდესაც ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებისას რეკომენდებულია განსაზღვრულ ასაკს გადაცილებულ (მაგალითად, 85 წელს ზევით) პირებს ან იმ პაციენტებს, რომელთაც პროგნოზული ინსტრუმენტების შეფასებით რეჰოსპიტალიზაციის მაღალი რისკი აღენიშნებათ, ჰოსპიტალიზაციამდე ჩაუტარდეთ სკრინინგი, სრული მულტიდისციპლინური გერიატრიული შეფასების საჭიროების დასადგენად.

შეჯამება

R81 ხანდაზმულ პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი განსხვავებები მიუთითებს იმაზე, რომ გადაწყვეტილება როგორც პრევენციული, ისე თერაპიული მკურნალობის შესახებ უნდა ეფუძნებოდეს ინდივიდუალურ საჭიროებებს და მხოლოდ ასაკი არ უნდა წარმოადგენდეს ამა თუ იმ ჩარევის განმსაზღვრელს, ხოლო ყველა სამკურნალო ჩარევის მიზანი უნდა იყოს ფუნქციური სტატუსის შენარჩუნება და სიცოცხლის ხარისხის მაქსიმალური ოპტიმიზაცია.

R82 დაუძლურებული ან ძალიან ხანდაზმული პაციენტების შემთხვევაში კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობისა და პროგნოზის გათვალისწინება. პროგნოზის შესაფასებელი ინსტრუმენტების შესაძლებლობები შეზღუდულია. დაუძლურებულ ხანდაზმულ პაციენტებში სიცოცხლის შემცირებული ხანგრძლივობითა და მრავლობითი დაავადებებით, მეტად მისაღებია ინდივიდუალურ სამიზნეებზე დაფუძნებული კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღება.

R83 მრავალგანზომილებიანი სკრინინგისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სიცოცხლის ხარისხის შესაფასებელი ინსტრუმენტები რუტინულად არ არის დანერგილი კლინიკურ პრაქტიკაში, მაგრამ შესაძლოა, ღირებული იყოს გარკვეულ გარემოებებში პაციენტის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღქმის შეფასებისა და მონიტორინგის მიზნით.

R84 სრულყოფილი გერიატრიული პროგრამების უმრავლესობაში არ ხდება იმ პაციენტების ჩართვა, რომელთა შემთხვევაშიც გერიატრიული შეფასების სარგებელი ნაკლებად სავარაუდოა, მაგალითად, ტერმინალური დაავადების, მძიმე დემენციის, სრული ფიზიკური დამოკიდებულების და მოხუცთა თავშესაფარში მოთავსების გარდაუვალი საჭიროების გამო. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, მაგალითად მძიმე დემენციის მქონე პაციენტებში, სრულყოფილი გერიატრიული შეფასება შეიძლება სასარგებლო იყოს, რადგანაც ის აუმჯობესებს მზრუნველის შესაძლებლობებს, თუ შეფასებას თან სდევს რეგულარული მეთვალყურეობა.

სრულყოფილი გერიატრიული შეფასება ასევე არ ტარდება იმ ხანდაზმულ პაციენტებში, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაც „ზედმეტად კარგია“ იმისთვის, რომ შეფასება უკავშირდებოდეს გარკვეულ სარგებელს. ასეთებია ხანდაზმული პაციენტები სრულყოფილი ფუნქციური შესაძლებლობებით და თანმხლები დაავადებების გარეშე.

R85 გერიატრიულ შეფასებაში სულ უფრო ხშირად არის ჩართული ინფორმაცია არაკლინიკური პერსონალის, პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისგან, რაც შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა ტიპის ფორმებს და კითხვარებს.

საკმარისი მტკიცებულებები გერიატრიული შეფასების პერიოდულობის შესახებ არ არსებობს, თუმცა მიზანშეწონილია აღნიშნული საკითხების ყოველწლიური შეფასება დაწყებული 75 წლის ასაკიდან, ან 75 წლამდე მრავლობითი თანმხლები დაავადებების დროს.

დამატებით, გერიატრიული შეფასების გარკვეული ელემენტები (მაგალითად, ყოველდღიური აქტივობა, ინსტრუმენტული ყოველდღიური რუტინა, სიარული, წონასწორობა, დაცემის რისკი, გუნება-განწყობა და ცნობიერება) უნდა შეფასდეს მნიშვნელოვანი მწვავე დაავადების შემდეგ, განსაკუთრებით თუ საჭირო გახდა ჰოსპიტალიზაცია.

13 აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა დაწესებულებას პირველად ჯანდაცვაში 65 წელს ზევით პირთა რეგულარული მეთვალყურეობის პროტოკოლი.
2. აქვთ თუ არა ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს ჩატარებული სწავლება პროტოკოლის პრაქტიკული გამოყენების შესახებ.
3. გააჩნია თუ არა დაწესებულებას 65 წელს ზევით პაციენტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებელი მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტი (ელექტრონული სამედიცინო ისტორია, „ფლოუშიტი“, დაავადების რეესტრი).

პროცესის აუდიტი

1. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც ბოლო წლის მანძილზე გაეზომათ არტერიული წნევა.
2. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც ბოლო წლის მანძილზე შეუფასდათ ფიზიკური აქტივობის სტატუსი.
3. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტების რაოდენობა, ვისაც ბოლო წლის მანძილზე შეუფასდა მწვევლობის სტატუსი.
4. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტების რაოდენობა, ვისაც ბოლო წლის მანძილზე დოკუმენტირებული აქვთ მედიკამენტური დანიშნულების გადახედვა.
5. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტების რაოდენობა, ვისაც ბოლო 3 წლის მანძილზე შეუფასდა:
 - სმენის ფუნქცია;
 - მხედველობის ფუნქცია;
 - მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების უნარი (შარდის შეუკავებლობის იდენტიფიცირების მიზნით);
 - პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა მცირე ფსიქიკური ტესტის გამოყენებით;
 - დეპრესიაზე სკრინინგი სპეციფიკური კითხვარის საშუალებით.
6. კლინიკაში მომართული 65-75 წლის მამაკაცების რაოდენობა, ვისაც ერთხელ მაინც დოკუმენტირებული აქვთ სკრინინგი მუცლის აორტაზე.
7. კლინიკაში მომართული >65 წელზე ქალების რაოდენობა, ვისაც ბოლო 3 წლის განმავლობაში დოკუმენტირებული აქვს სკრინინგული დენსიტომეტრია.

8. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტთა რაოდენობა, ვისაც ბოლო 3 წლის განმავლობაში დოკუმენტირებული აქვს ნუტრიციული სტატუსის შეფასება.
9. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტთა რაოდენობა, სადაც შეფასდა სიარული და წონასწორობა.
10. კლინიკაში მომართული >65 წელზე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც გსდ 10 წლიანი რისკი >3% (SCORE-ის მიხედვით) შემთხვევაში დანიშნული აქვთ ასპირინის პრევენციული დოზა.

გამოსავლის აუდიტი

1. დემენციის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა.
2. დეპრესიის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა.
3. სმენისა და მხედველობის ფუნქციის დარღვევის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა.
4. კვებითი დეფიციტის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა.
5. მძიმე დამოკიდებულების რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა.

14 პროტოკოლის გადახედვის ვადები

სასურველია პროტოკოლი გადაიხედოს და შეივსოს გამოყენებული წყაროების განახლების შემთხვევაში, ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით.

15 პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ ცხრილში.

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი	კლინიკური შეფასება, სამედიცინო პრობლემების გამოვლენა, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, სპეციალისტთან რეფერალის ან ჰოსპიტალიზაციის საჭიროების განსაზღვრა, მიმდინარე მეთვალყურეობა, დოკუმენტაციის წარმოება	სავალდებულო
ექთანი	პაციენტის ანთროპომეტრიული პარამეტრების გაზომვა/დოკუმენტირება; არტერიული წნევის გაზომვა, სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა, სმენის სიმახვილის განსაზღვრა “ზურჩულის ტესტით”, პაციენტის ბინაზე ვიზიტი: საცხოვრებელი გარემოსა და პაციენტის ფუნქციონალური სტატუსის შესაბამისობის შეფასება; დაცემის გარემოსთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება; ოჯახის წევრების დამოკიდებულების შეფასება; პაციენტის განათლება ქვევითი რისკფაქტორების, მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის, გვერდითი ეფექტების, გართულებების რისკის შესახებ, საექთნო დოკუმენტაციის წარმოება	სავალდებულო
ოფთალმოლოგი	მხედველობის პრობლემების სკრინინგი, შეფასება და მართვა	სავალდებულო
რეგისტრატორი	პაციენტის გამოძახება, ჩაწერის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები		
სფიგმომანომეტრი, სასწორი, სიმადლისმზომი, ოფთალმოსკოპი, მინი-მენტალური ტესტი, დეპრესიის შეფასების PHQ-9 კითხვარი	პროტოკოლით მოცული გერიატრიული შეფასების პროცედურების განხორციელება პაციენტის შეფასებისა და მეთვალყურეობის მიზნით	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლისა და შარდის სტანდარტული ანალიზების წარმოებისთვის	ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის გამოვლენა	სავალდებულო ან კონტრაქტი შესაბამისი სიმძლავრის დაწესებულებასთან
პაციენტის ელექტრონული ან ბეჭდური საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება ქვევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებისა და დიეტური რეკომენდაციების დაცვის მნიშვნელობის შესახებ, დაცემის რისკზე, ფუნქციური სტატუსისა და ცხოვრების ხარისხის ოპტიმიზაციის საკითხებზე	სასურველი

16 სამუშაო ჯგუფი:

პროტოკოლი შემუშავებულია მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფის მიერ:

მარინა შიხაშვილი - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის წამყვანი კლინიკური ექსპერტი;

ნატო შენგელია - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის კლინიკური ექსპერტი;

ირინა ქაროსანიძე - საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე;

გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის პრეზიდენტი;

ლელა წოწორია - პოლიტიკის დეპარტამენტის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის სამმართველო;

ეკატერინე ადამია - პოლიტიკის დეპარტამენტის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის სამმართველოს უფროსი.

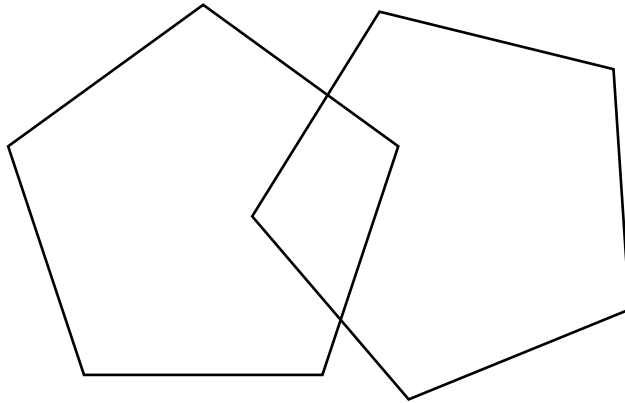
დანართი №1. მინი-მენტალური ტესტი

მინი-მენტალური ტესტი²¹

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

ორიენტაცია	საკითხები
1-5. რა დღეა დღეს?	თარიღი წელი თვე კვირის დღე სეზონი
6-10. “შეგიძლიათ მითხრათ რა ჰქვია იმ ადგილს სადაც ჩვენ დღეს ვიმყოფებით?”- ქვეყანა, მხარე, ქალაქი, შენობა, სართული	ქვეყანა, მხარე, ქალაქი, შენობა, სართული
რეგისტრაცია	
11-13. მახსიერების შეფასება. გამოიყენეთ სამი საგანი: ბურთი, დროშა და ხე. ჩამოთვალეთ ისინი ნელა და გარკვევით. პირველი გამეორება იძლევა შეფასებას (0-3), მაგრამ გააგრძელებთ, სანამ პაციენტი არ გაიმეორებს სწორად (მაქს. ექვსი ცდა)	ბურთი დროშა ხე
ყურადღება და კალკულაცია	
14-18. დაიწყეთ 100-დან და გამოაკელით 7. შეწყვიტეთ გამოკლება 5 მოქმედების შემდეგ. შეაჯამეთ სწორი პასუხების შესაბამისი ქულები. თუ პირს არ შეუძლია ამ დავალების შესრულება, სთხოვეთ მას წარმოთქვას სიტყვა შებრუნებით. დათვალეთ სწორად შებრუნებული ბგერების რაოდენობა.	93 86 79 72 65 სიტყვა
მახსიერება	
19-21. “ახლა გაიმეორეთ სამი სიტყვა, რომლის დამახსოვრებაც გთხოვეთ”	ბურთი დროშა

	ხე
მეტყველება	
22-23. დასახელება: უჩვენეთ საგნები და ჰკითხეთ მათი სახელები: მაჯის საათი, კალამი	საათი კალამი
24. გმეორება: გაამეორებინეთ პაციენტს ფრაზა: „და თუ, თუ არა, მაგრამ თუ“	გამეორება
25-27. სამი კომპონენტის შემცველი ბრძანება: მიეცით პაციენტს ქაღალდის ფურცელი და უთხარით: “აიღეთ ფურცელი მარჯვენა ხელში, გაკვეთთ და დადევით იატაკზე.	აიღეთ გაგვეკვეთ დადევით
28. კითხვა: დაბეჭდეთ დიდი ასოებით „დახუჭეთ თვალები“ და პაციენტს სთხოვეთ წაიკითხოს. შეფასება დადებითია თუ პაციენტი თვალებს დახუჭავს	კითხვა
29. სპონტანური წერა: სთხოვეთ პაციენტს დაწეროს წინადადება ქაღალდის ფურცელზე.	გონივრული წინადადება ქვემდებარითა და შემასმენლით
ორიენტაცია	
30. კოპირება:” გადახატეთ ეს ფიგურა” წარმოდგენილი უნდა იყოს ათივე კუთხე და 2 გადაკვეთა	ხაზავს მრავალკუთხედებს



დანართი №2. მონრეალის კოგნიტიური შეფასების კითხვარი²²

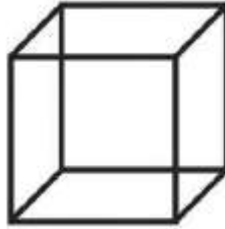
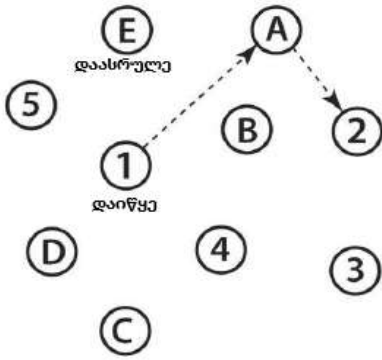
მონრეალის კოგნიტიური შეფასების კითხვარი (MoCA) წარმოადგენს მსუბუქი კოგნიტიური დისფუნქციის სწრაფ სკრინინგულ ინსტრუმენტს. იგი აფასებს სხვადასხვა შემეცნებით ფუნქციას: ყურადღებას და კონცენტრაციას, აღსრულების უნარებს, მეხსიერებას, მეტყველებას, ვიზუალურ-კონსტრუქციულ უნარებს, აბსტრაქტულ აზროვნებას, კალკულაციას და ორიენტაციას. MoCA–ს გამოყენება შეუძლია ნებისმიერ პირს, რომელსაც ესმის და ასრულებს მითითებებს, თუმცა, შედეგების ინტერპრეტაცია შესაძლოა განხორციელდეს მხოლოდ შემეცნებით სფეროში გამოცდილი სამედიცინო პერსონალის მიერ. MoCA–ს კითხვარი დაახლოებით 10 წუთს მოითხოვს. მაქსიმალური საერთო ქულათა ჯამი შეიძლება იყოს 30; 26 ან მეტი ქულა ითვლება ნორმად.

პაციენტის სახელი, გვარი: _____
 დაბადების თარიღი: _____
 განათლება: -----
 სქესი: -----

**ვიზუალურ/კონსტრუქციული
ადმასრულებელი ფუნქცია**

დააკოპირე
კუბი

ქულა



დანატე საათი -
თორმეტის ათი წუთი
(3 პუნქტი)

[] []

პაციენტმა უნდა დააკავშიროს ხაზებით: 1 -A- 2- B- 3- C- 4- D- 5- E, ხაზების გადაკვეთის გარეშე. ნებისმიერი შეცდომა, რომელსაც მაშინვე არ გამოასწორებს, არის 0 ქულა, სწორად შესრულებული დავალება - 1 ქულა.

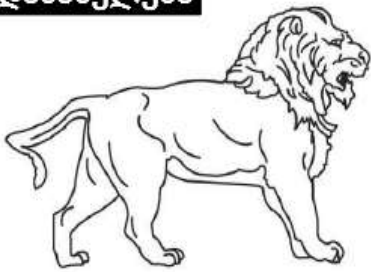
1 ქულის მინიჭების კრიტერიუმები: კუბი უნდა იყოს სამგანზომილებიანი:

- დახაზოს ყველა ხაზი;
- არცერთი დამატებითი ხაზი;
- ხაზები მეტნაკლებად პარალელური და ერთნაირი სიგრძის (მართკუთხა პრიზმა მისაღებად).

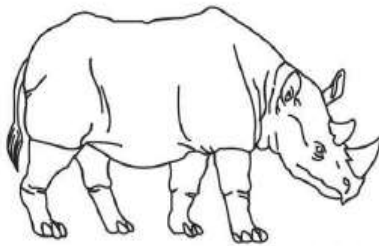
[] [] []
კონტური რიცხვები ისრები

___/5

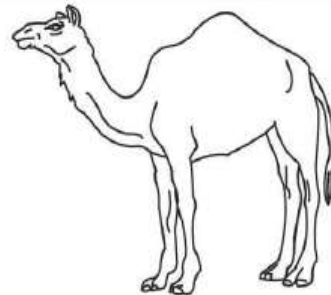
დასახელება



[]



[]



[]

___/3

მეხსიერება

წაიკითხეთ სიტყვები, პაციენტმა უნდა გაიმეოროს ისინი. ჩაატარეთ 2 ცდა მაშინაც კი თუ 1-ლი ცდა წარმატებულია. სთხოვეთ პაციენტს გაიმეოროს სიტყვები 5 წთ-ის შემდეგ

	სახე	ხავერდი	ეკლესია	გვირილა	წითელი
1 ცდა					
მე-2 ცდა					

ქულა
არ
იწერება

ყურადღება

წაიკითხეთ ციფრები (1 ციფრი/წმ-ში)

პაციენტმა უნდა გაიმეოროს ეს ციფრები: [] 2 1 8 5 4

წაიკითხეთ ჩამოთვლილი ასოები. პაციენტმა ხელით უნდა დააკაკუნოს ყველა ასო A-ს

გაიმეოროს ეს ციფრები უკუმიმართულებით: [] 7 4 2

F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B
[]

___/2

ხსენებაზე. ქულა არ იწერება თუ შეცდომა ≥ 2									___/1
7-ის სერიული გამოკლება 100-დან	[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65								___/3
მეტყველება	გამეორებით: მე მხოლოდ ის ვიცი, რომ დღეს ჯონს უნდა დავეხმაროთ კატა ყოველთვის იმალებოდა ტახტის ქვეშ, როდესაც ოთახში იყვნენ ძაღლები								___/2
შეუფერხებელი მეტყველება/1 წუთის განმავლობაში დასახელებით მაქსიმალური რაოდენობით სიტყვები, რომლებიც იწყება ასო „ფ“-თი [] _____ (N \geq 11 სიტყვაზე)									___/1
აბსტრაქტული აზროვნება	მსგავსი საგნების დაჯგუფება, მაგალითად: ბანანი-ფორთოხალი=ხილს; [] მატარებელი-მოტოციკლეტი; [] საათი-სახაზავი								___/2
ხანგრძლივი მეხსიერება	უნდა გაიხსენოს სიტყვები მინიშნების გარეშე	სახე []	ხავერდი []	ეკლესია []	გვირილა []	წითელი []	ქულა იწერება მხოლოდ მინიშნების გარეშე გამეორების დროს		___/5
შერჩევითად	მინიშნება კატეგორიაზე								
	რამდენიმე მინიშნება								
ორიენტაცია	[] თარიღი [] თვე [] წელი [] დღე [] ადგილი [] ქალაქი								___/6
ნორმა $\geq 26/30$								ჯამი ___/30	დაუმატეთ 1 ქულა თუ განათლება ≤ 12 წელზე

დანართი №3. დეპრესიის სკრინინგის კითხვარი PHQ-9

დეპრესიის სკრინინგის კითხვარი (PHQ-9)
 პაციენტის გვარი სახელი _____
 სკრინინგის თარიღი _____
 საწყისი დიაგნოზი _____

დიაგნოზის დასმის თარიღი _____
 დიაგნოზი ICD10კოდი _____

PHQ-9 –ს პირველი 2 კითხვა სარწმუნოდ მგრძნობიარეა დეპრესიის სკრინინგის მიზნით. უარყოფითი პასუხი თითოეულ კითხვაზე (ქულა=0) ნიშნავს რომ შემდგომი გამოკითხვა საჭირო არ არის. დადებითი პასუხი მიუთითებს შემდგომი გამოკითხვის აუცილებლობას				
გასული 2 კვირის მანძილზე რამდენად ხშირად გაწუხებდათ ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელიმე პრობლემა?	საერთოდ არა	რამდენიმე დღე	ამ პერიოდის ნახევარზე მეტად	თითქმის ყოველდღე
1. საქმეების კეთების ნაკლები ინტერესი ან სიამოვნება	0	0	0	0
2. დეპრესიულობა, უგუნებობა, უიმედობა	0	0	0	0
3. ჩაძინების/ძილის პრობლემები, გადაჭარბებული ძილიანობა	0	0	0	0

4. დალილობა ან ენერჯის ნაკლებობა	0	0	0	0
5. უმადობა ან გაძლიერებული მადა	0	0	0	0
6. უარყოფითი წარმოდგენა საკუთარ თავზე, საკუთარი თავის ან ოჯახის წარუმატებლობის შეგრძნება	0	0	0	0
7. ისეთ საკითხებზე კონცენტრირების ნაკლებობა, როგორცაა გაზეთის კითხვა ან ტელევიზორის ყურება	0	0	0	0
8. იმდენად შენელებული მოძრაობა ან საუბარი, რომ ეს შესამჩნევი ხდება გარშემომყოფთათვის ან პირიქით ჩვეულებრივზე მეტად მოუსვენრობა	0	0	0	0
9. თვითდაზიანებასთან ან სიკვდილთან დაკავშირებული ფიქრები (ასეთის შემთხვევაში აუცილებელია სუიციდის რისკის შეფასება)	0	0	0	0
PHQ – ქულების გამოთვლა				
სიმპტომების #	___ X 0 =	___ X 1 =	___ X 2 =	___ X 3 =
კატეგორიის მიხედვით	_____ +	_____ +	_____ +	_____ +
		PHQ საერთო ქულა:		_____

ქულების ინტერპრეტაცია

0 - 4 ქულა	მინიმალური დეპრესია	პაციენტს არ ესაჭიროება მკურნალობა
5 - 9 ქულა	მსუბუქი დეპრესია	მკურნალობის შესახებ ექიმი თავად იღებს გადაწყვეტილებას სიმპტომების ხანგრძლივობისა და ფუნქციური დაზიანების გათვალისწინებით
10 - 14 ქულა	საშუალო სიმძიმის დეპრესია	ესაჭიროება ანტიდეპრესიული მკურნალობა ანტიდეპრესანტების, ფსიქოთერაპიის და/ან კომბინირებული მკურნალობის გამოყენებით
15 - 19 ქულა	ზომიერად მძიმე დეპრესია	
20 - 27 ქულა	მძიმე დეპრესია	

დანართი №4. „ადექი და გაიარე“ ტესტი ხანდაზმული პაციენტის შესაფასებლად

„ადექი და გაიარე“ ტესტი ხანდაზმული პაციენტის სიარულის შესაფასებლად
პაციენტი უნდა იჯდეს სკამზე მაღალი სწორი საზურგით
ინსტრუქცია პაციენტისთვის:
წამოდექით (თუ შესაძლებელია, სავარძლის სახელურების დახმარების გარეშე)
შეჩერდით ერთი წამით
გაიარეთ 3 მეტრი
მოტრიალდით და დაბრუნდით სკამთან

შეტრიალდით და დაჯექით სკამზე	
აღსანიშნავი ფაქტორები	
წონასწორობა ჯდომისას	
მჯდომარედან ვერტიკალურ პოზიციაში გადასვლა	
სიარულის სიჩქარე და სტაბილურობა	
მოტრიალების შესაძლებლობა წონასწორობის დარღვევის გარეშე	
მოდიფიცირებული ხარისხობრივი ქულათა სისტემა	
(1) დაცემის რისკი არ ვლინდება	კარგად კოორდინირებული მოძრაობა, სიარულში დახმარების გარეშე
(2) დაცემის დაბალი რისკი	კონტროლირებადი, მაგრამ გამოზომილი მოძრაობები
(3) დაცემის გარკვეული რისკი	არაკოორდინირებული მოძრაობები
(4) დაცემის მაღალი რისკი	მეთვალყურეობის საჭიროება
(5) დაცემის ძალიან მაღალი რისკი	ფიზიკური დახმარების საჭიროება დგომისას
ტესტის ინტერპრეტაცია დროის მიხედვით (დრო უნდა ჩაინიშნოს საწყისი წამოდგომიდან მჯდომარე პოზიციაში დაბრუნებამდე)	
ასაკი (წელი)	საშუალო დრო წმ-ებში (95% CI)
60 – 69	8.1 (7.1 - 9.0)
70 – 79	9.2 (8.2 - 10.2)
80 – 99	11.3 (10.0 - 12.7)

გამოყენებული ლიტერატურა

- ¹ Mitchell T Heflin, MD, MHS, Kenneth E Schmader, MD, Jane Givens, MD: Geriatric health maintenance: Literature review current through: Mar 2021. last updated: Mar 15, 2021.
- ² MARY C. SPALDING, MD, and SEAN C. SEBESTA, MD, Texas Tech University Health Sciences Center at El Paso, El Paso, Texas: Geriatric Screening and Preventive Care. Geriatric Screening and Preventive Care. *Am Fam Physician*. 2008 Jul 15;78(2):206-215.
- ³Toolkit for General Practice in Supporting Older People Living With Frailty, 2017: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/older-people/improving-care-for-older-people/>
- ⁴ World Population Ageing 2019 Highlights; Department of Economic and Social Affairs Population Division: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- ⁵ Introduction to Geriatrics; MSD MANUAL Professional Version By Richard W. Besdine , MD, Warren Alpert Medical School of Brown University Last full review/revision Apr 2019| Content last modified Apr 2019: <https://www.msmanuals.com/professional/geriatrics/approach-to-the-geriatric-patient/introduction-to-geriatrics#v8901053>
- ⁶ Sandra R Wilson et al, The prevalence of harmful and hazardous alcohol consumption in older U.S. adults: data from the 2005-2008 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES); *J Gen Intern Med*. 2014 Feb;29(2):312-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24101531/>
- ⁷ US Preventive Services Task Force. Final recommendation statement: Prostate cancer: Screening. 2018. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/prostate-cancer-screening1> (Accessed on November 24, 2019).

-
- ⁸ Robert S Rosenson, MD; Rodney A Hayward, MD; Jose Lopez-Sendon, MD, PhD: Management of low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in the secondary prevention of cardiovascular disease, 2021: https://www.uptodate.com/contents/management-of-low-density-lipoprotein-cholesterol-ldl-c-in-the-secondary-prevention-of-cardiovascular-disease?search=geriatric%20health%20maintenance&topicRef=3017&source=see_link
- ⁹ Adapted with permission from Beutler E, Waalen J. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? *Blood*. 2006;107(5):1749.
- ¹⁰ Wenger NS, Roth CP, Shekelle PG, et al. Practice-based intervention to improve primary care for falls, urinary incontinence and dementia. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:547.
- ¹¹ Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2. *Med Care* 2003; 41:1284.
- ¹² Trivedi DP, Doll R, Khaw KT; Effect of four monthly oral vitamin D3 (cholecalciferol) supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: randomised double blind controlled trial. *BMJ*. 2003;326(7387):469.
- ¹³ Gourlay ML, Fine JP, Preisser JS, May RC, Li C, Lui LY, Ransohoff DF, Cauley JA, Ensrud KE, Study of Osteoporotic Fractures Research Group: Bone-density testing interval and transition to osteoporosis in older women. *N Engl J Med*. 2012 Jan;366(3):225-33.
- ¹⁴ US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB: Screening for Hearing Loss in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(12):1196.
- ¹⁵ Chou R, Dana T, Bougatsos C, Fleming C, Beil T: Screening adults aged 50 years or older for hearing loss: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force; *Ann Intern Med*. 2011;154(5):347.
- ¹⁶ Holick MF: Vitamin D deficiency. *N Engl J Med*. 2007;357(3):266.
- ¹⁷ Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Orav EJ, Staehelin HB, Meyer OW, Theiler R, Dick W, Willett WC, Egli A: Monthly High-Dose Vitamin D Treatment for the Prevention of Functional Decline: A Randomized Clinical Trial: *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):175
- ¹⁸ Bischoff-Ferrari HA, Vellas B, Rizzoli R, Kressig RW, da Silva JAP, Blauth M, Felson DT, McCloskey EV, Watzl B, Hofbauer LC, Felsenberg D, Willett WC, Dawson-Hughes B, Manson JE, Siebert U, Theiler R, Staehelin HB, de Godoi Rezende Costa Molino C, Chocano-Bedoya PO, Abderhalden LA, Egli A, Kanis JA, Orav EJ, DO-HEALTH Research Group: Effect of Vitamin D Supplementation, Omega-3 Fatty Acid Supplementation, or a Strength-Training Exercise Program on Clinical Outcomes in Older Adults: The DO-HEALTH Randomized Clinical Trial: *JAMA*. 2020; 324(18):1855.
- ¹⁹ Willlams CM: Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician*. 2002;66(10):1917
- ²⁰ Lachs MS, Pillemer K: Elder abuse. *Lancet*. 2004; 364(9441):1263.
- ²¹ Mini Mental State Examination (MMSE): https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-05/mini-mental_state_exam.pdf
- ²² <https://www.mocatest.org/paper/>