

თამარ ლაზაშვილი, ვერა კაპეტივაძე, თეიმურაზ სილაგაძე, რევაზ თაბუკაშვილი,
ზვიად მაგლაპერიძე, ირინა კაპეტივაძე

კვებითი დარღვევები და დემენცია

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველო

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.06.19>

TAMAR LAZASHVILI, VERA KAPETIVADZE, TEIMURAZ SILAGADZE, REVAZ TABUKASHVILI,
ZVIAD MAGLAPHERIDZE, IRINA KAPETIVADZE

EATING DISORDERS AND DEMENTIA

Tbilisi Stater Medical University, Georgia

SUMMARY

Purpose: The purpose of our research was to study the specificity of the mechanism of eating disorders and the necessity of its correction.

Methods: 77 patients with a diagnosis of dementia admitted to the palliative clinic "Palmedi" in 2022-2023 were studied. 58 patients (76.3%) had eating disorders, 30 of them had dysphagia (39.0%, group DED); Dysphagia was not confirmed in 28 (36.4% - group DE). 19 patients with current dementia without eating disorder constituted the control group. Dementia severity was assessed by the CDR scale [17], mental status examination by the MMSE [18], and functional activity was assessed by the FAST scale [19]. The presence of eating disorders was diagnosed with EdFED-Q [20] and MNA-SF [21] questionnaires.

Results: Disordered eating habits assessed by the EdFED questionnaire were significantly more severe in the group of patients with dysphagia, eating disorders and dementia compared to the control group ($t=6.7$, $p<0.001$). When evaluated by the MNA-SF scale, only the fact that malnutrition is significantly more pronounced in the group of patients with dysphagia, eating disorders and dementia compared to the control group ($t=6.5$, $p<0.001$) and the group of patients with eating disorders and dementia without dysphagia has changed. compared ($t=4.8$, $p<0.001$). Dementia assessment with CDR scale showed that the DED score in the group was significantly lower compared to the DE ($t=7.3$, $p<0.001$) and control group ($t=9.3$, $p<0.001$). The CDR score of the group of patients with eating disorders and dementia without dysphagia does not differ significantly from the similar indicator of the control group ($t=2.3$, $p=0.099$).

Conclusion: Based on the results of the study, it can be concluded that eating disorders aggravate the degree of dementia. If dysphagia is added to these disorders, the degree of dementia becomes even more severe. The results of the study also show that when assessing eating disorders, it is necessary to assess both the habits and the degree of malnutrition.

Keywords: dementia, dysphagia, malnutrition

შესავალი. კვების ცვლილებები შესაძლოა ატარებდეს ასაკობრივ ხასიათს და გამოვლინდეს ხანდაზმულ ასაკში კვებითი ჩვევების ან საკვები რაციონის ცვლილებებით [1-3], თუმცა დემენციის მქონე პაციენტებში ეს ცვლილებები უფრო რთულად ვლინდება, მოიცავს საკვები რაციონის მნიშვნელოვან გაზრდას ან შემცირებას, საკვების მიღების პროცესთან დაკავშირებულ დარღვევებს, რაც თავის მხრივ შეიძლება ატარებდეს სუბიექტურ (უარის თქმა საკვებზე) ან ობიექტურ (ღეჭვის, ყლაპვის დარღვევა) ხასიათს. კვებასთან დაკავშირებული ცვლილებები შესაძლოა გამოვლინდეს დემენციის მიმდინარეობის ყველა ეტაპზე, თუმცა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ის იძენს დემენციის მძიმე და შორსნასულ შემთხვევებში, ამასთან უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ კვების დარღვევები კორელაციაშია კოგნიტური უნარების დარღვევის ხარისხთან და ნეიროფსიქიატრიული სიმპტომების გამოვლენის ინტენსივობასთან, რასაც რიგი ავტორები ლიმბური სისტემის დისფუნქციას, ქერქის ატროფიას და ქერქში გლუკოზის მეტაბოლიზმის დაქვეითებას მიაწერენ [6, 7]. ზოგი მათგანი მხარს უჭერს ჰიპოთეზას ნეიროენდოკრინული და მეტაბოლური დარღვევების შესახებ [8-10]. დინამიკაში, დაავადების პროგრესირებასთან ერთად იცვლება კვების ხასიათი, საკვებთან დაკავშირებული პრიორიტეტები, ჰიპერრექსია იცვლება ჰიპო და ანორექსიით, დარღვევებით უშუალოდ საკვების მიღების პროცესში [5]. დაავადების ადრეულ

სტადიაზე პაციენტებს აღენიშნებოდათ სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი საკონტროლო პირებთან შედარებით, მაგრამ არა შიმშილის შეგრძნების ინდექსის მატება, ზრდა ან დანაყრების ინდექსის შემცირება [5]. მძიმე შემთხვევებში კვების დარღვევა დაკავშირებულია საკვების იდენტიფიკაციის შეუძლებლობასთან, რაც განაპირობებს შერჩევით დამოკიდებულებას საკვების მიმართ, საკვების უპირატესობის ცვლილებებს, შედარებით იშვიათად კი საკვებად უვარგისი პროდუქტების გამოყენებას [11,16], რაც საბოლოო ჯამში ერთობლივად განსაზღვრავს დაავადების სიმძიმეს და არასახარბიელო გამოსავალს.

დემენციით დაავადებული პაციენტების კვებითი სტატუსის და დარღვევების შესაფასებლად შესაძლოა გამოყენებული იქნას რიგი კითხვარები, რომლებიც ფართოდაა დანერგილი ხანდაზმული პირების კვების რეჟიმისა და საკვები ნივთიერებების მიღების შეფასების კვლევებში [12]. კერძოდ, მინი ნუტრიციული შეფასების (Mini Nutritional Assessment - MNA) და გამარტივებული ნუტრიციული მადის კითხვარი (Simplified Nutritional Appetite Questionnaire - SNAQ) [12]. MNA-კითხვარის საშუალებით შესაძლებელია საკვლევ პირთა კლასიფიცირება ნორმალური კვებითი სტატუსის, მალნუტრიციის რისკის ქვეშ მყოფი და მალნუტრიციის მქონე კატეგორიებად, დაყოფა ეფუძნება შეფასების ოთხ პარამეტრს (წონის ცვლილებები, საკვები რაციონის შეფასება და თვითშეფასება) [13]. შეფასების SNAQ კითხვარი ეფექტურია წონის მნიშვნელოვანი კლების რისკის ქვეშ მყოფი პირების იდენტიფიცირებისთვის [12]. ზრდასრულთა კვების ქცევის კითხვარი (Adult Eating Behavior Questionnaire - AEBQ) და კვების ქცევის თვითრეგულირების კითხვარი (Self-Regulation of Eating Behavior Questionnaire - SREBQ) [14,15]. EdFED კითხვარი გამოყენებულია საკვების მიღების პროცესში არსებული დარღვევების გამოვლენაზე. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ კვებითი დარღვევა, ისე როგორც ქცევითი დარღვევის სხვა ფორმები, მოტორული და იდეატორული აქტივობების დაქვეითება, პაციენტს სრულად დამოკიდებულს ხდის გარშემომყოფებზე, ამცირებს მისი სიცოცხლის ხანგრძლივობას, აუარესებს როგორც მისი, ასევე მასზე მზრუნველი პირების სიცოცხლის ხარისხს. ყოველივე ზემოთქმული აქტუალურს ხდის კვების დარღვევების მექანიზმის, სპეციფიკის შესწავლას და მისი კორექციის აუცილებლობას. სწორედ ამ მიზანს ემსახურებოდა ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევა.

კვლევის მეთოდები. შესწავლილ იქნა პალიატიურ კლინიკა „პალმედში“ 2022-2023 წლებში მოთავსებული 77 პაციენტი დემენციის დიაგნოზით. აქედან კვებითი დარღვევა აღენიშნებოდა 58 პაციენტს (76.3%), მათგან დისფაგია - 30-ს (39.0%, ჯგუფი DED); დისფაგია არ უდასტურდებოდა 28-ს (36.4% - ჯგუფი DE). კვებითი დარღვევის გარეშე მიმდინარე დემენციის მქონე 19 პაციენტმა შეადგინა საკონტროლო ჯგუფი.

დემენციის სიმძიმის ხარისხი შეფასდა CDR შკალით [17], მენტალური სტატუსის გამოკვლევა MMSE [18] და ფუნქციური აქტივობის შეფასება მოხდა FAST შკალით [19]. კვების დარღვევების არსებობა დიაგნოსტირდებოდა EdFED-Q [20] და MNA-SF [21] კითხვარებით.

მიღებული შედეგები სტატისტიკურად დამუშავდა კომპიუტერული პროგრამა SPSS23.0-ის მეშვეობით. რაოდენობრივი ცვლადები წარმოდგენილია საშუალო±სტანდარტული გადახრის (SD) სახით. ჯგუფებს შორის მათი შედარება კი განხორციელდა ფიშერის ზუსტი F-ტესტისა და დამოკიდებული t-ტესტის საშუალებით. კატეგორიული ცვლადები წარმოდგენილია პროცენტული მაჩვენებლებით. ჯგუფებს შორის მათი შედარება განხორციელდა Chi2-ტესტით. კორელაციური კავშირების ანალიზი ჩატარდა პირსონის (r და R²) კოეფიციენტის გამოყენებით. სარწმუნოების კრიტერიუმად მიღებულ იქნა p<0.05.

კვლევის შედეგები. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში დემენციისა და კვებითი დარღვევების შკალებითა და კითხვარებით მიღებული შედეგები მოყვანილია ცხრილში #1.

ცხრილიდან #1 ნათლად ჩანს, რომ EdFED კითხვარით შეფასებული დარღვეული კვებითი ჩვევები სარწმუნოდ უფრო მწვავედაა გამოხატული დისფაგიის, კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფში საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (t=6.7, p<0.001). დისფაგიის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფთან EdFED ქულის განსხვავება კი არ აღმოჩნდა სარწმუნოდ (t=1.6, p=0.115). დისფაგიის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფის EdFED ქულა ასევე სარწმუნოდ აღემატება საკონტროლო ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებელს (t=4.3, p<0.001).

ცხრილი #1. საკვლევე და საკონტროლო ჯგუფებში დემენციისა და კვებითი დარღვევების შკალებითა და კითხვარებით მიღებული შედეგები

შკალა, კითხვარი	ჯგუფი DED		ჯგუფი DE		საკონტროლო ჯგუფი	
	საშუალო	SD	საშუალო	SD	საშუალო	SD
EdFED	12.0	2.6	10.8	3.1	7.4	1.8
MNA-SF	10.7	2.6	14.4	3.3	17.2	2.3
MMSE	7.3	3.6	13.5	3.5	16.1	4.1
CDR	3.0	0.1	2.7	0.2	2.6	0.2
FAST	n	%	n	%	n	%
სტადია 6	2	6.7%	11	39.3%	14	73.7%
სტადია 7	28	93.3%	17	60.7%	5	26.3%

MNA-SF შკალით შეფასებისას კი შედეგებში მხოლოდ ის შეიცვალა, რომ მალნუტრიცია სარწმუნოდ უფრო მწვავედაა გამოხატული დისფაგიის, კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფში როგორც საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ($t=6.5$, $p<0.001$), ისე დისფაგიის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფთან შედარებით ($t=4.8$, $p<0.001$). დისფაგიის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფის MNA-SF შკალით მიღებული ქულა ასევე სარწმუნოდ დაბალია საკონტროლო ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებელზე ($t=3.2$, $p<0.001$).

დემენციის შეფასებამ MMSE შკალით კი აჩვენა, რომ ჯგუფში DED ქულობრივი მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაქვეითებული DE ($t=6.6$, $p<0.001$) საკონტროლო ჯგუფთან ($t=7.9$, $p<0.001$) შედარებით. დისფაგიის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფის MMSE შკალით მიღებული ქულა ასევე სარწმუნოდ დაბალია საკონტროლო ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებელზე ($t=2.3$, $p=0.024$).

დემენციის შეფასებამ CDR შკალით კი აჩვენა, რომ ჯგუფში DED ქულობრივი მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაქვეითებული DE ($t=7.3$, $p<0.001$) საკონტროლო ჯგუფთან ($t=9.3$, $p<0.001$) შედარებით. დისფაგიის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფის CDR შკალით მიღებული ქულის მაჩვენებელი სარწმუნოდ არ განსხვავდება საკონტროლო ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებლისგან ($t=2.3$, $p=0.099$).

FAST შკალით შეფასებული დემენცია ჯგუფებში მე-6 (ზომიერად მძიმე) და მე-7 (მძიმე) სტადიებს მოიცავდა. განაწილება ამ სტადიების მიხედვით კი აჩვენებს, რომ ჯგუფში DED სარწმუნოდ სჭარბობს დემენციის მძიმე ფორმა DE ($\text{Chi}^2=8.71$, $p=0.003$) საკონტროლო ჯგუფთან ($\text{Chi}^2=23.27$, $p<0.001$) შედარებით. ამ კუთხით DE და საკონტროლო ჯგუფებს შორის განსხვავება სარწმუნოა ($\text{Chi}^2=5.26$, $p=0.022$).

ჯგუფში DED EdFED-კითხვარით შეფასებული დარღვეული კვებითი ჩვევების ქულობრივი მაჩვენებლის კორელაციამ MMSE-შკალის ქულობრივ მაჩვენებელთან აჩვენა სარწმუნო უარყოფითი კავშირი ($r=-0.651$, $R^2=0.424$, $p<0.001$); რაც ნიშნავს, რომ უფრო გამოხატული დარღვევების ფონზე (მაღალი EdFED-ქულა) დემენციის ხარისხი მძიმდება (დაბალი MMSE-ქულა). MNA-SF-კითხვარით შეფასებული მალნუტრიციის ქულობრივი მაჩვენებელიც კორელირებს MMSE-შკალის ქულობრივ მაჩვენებელთან, ოღონდ ეს კავშირი სარწმუნოდ დადებითია ($r=0.499$, $R^2=0.249$, $p=0.005$); რაც ნიშნავს, რომ უფრო გამოხატული მალნუტრიციის ფონზე (დაბალი MNA-SF-ქულა) დემენციის ხარისხი მძიმდება (დაბალი MMSE-ქულა).

ჯგუფში DE EdFED-კითხვარით შეფასებული დარღვეული კვებითი ჩვევების ქულობრივი მაჩვენებლის კორელაციამ MMSE-შკალის ქულობრივ მაჩვენებელთან არ აჩვენა სარწმუნო კავშირი ($r=-0.276$, $R^2=0.076$, $p=0.155$). MNA-SF-კითხვარით შეფასებული მალნუტრიციის ქულობრივი მაჩვენებელიც არ კორელირებს MMSE-შკალის ქულობრივ მაჩვენებელთან, ეს კავშირი არ აღმოჩნდა სარწმუნო ($r=0.170$, $R^2=0.029$, $p=0.387$).

იგივე სურათს ვაწყდებით საკონტროლო ჯგუფშიც. EdFED-კითხვარით შეფასებული დარღვეული კვებითი ჩვევების ქულობრივი მაჩვენებლის კორელაციამ MMSE-შკალის ქულობრივ მაჩვენებელთან არ აჩვენა სარწმუნო კავშირი ($r=-0.435$, $R^2=0.189$, $p=0.785$). MNA-SF-კითხვარით

შეფასებული მალნუტრიციის ქულობრივი მაჩვენებელიც არ კორელირებს MMSE-შკალის ქულობრივ მაჩვენებელთან, ეს კავშირი არ აღმოჩნდა სარწმუნო ($r=0.067$, $R^2=0.004$, $p=0.387$).

განხილვა. კვლევის შედეგები უჩვენებს, რომ როგორც კვებითი ჩვევების დარღვევები (ფასდებოდა EdFED კითხვარით), ისე კვებითი რაციონის (ფასდებოდა MNA-SF შკალით) ნაკლოვანებები სარწმუნო ზეგავლენას ახდენს დემენციის მიმდინარეობაზე (ფასდებოდა სამი ინსტრუმენტით). თუ ამ დარღვევებს ემატება დისფაგია, დემენციის დამძიმება კიდევ უფრო სარწმუნო და თვალსაჩინო ხდება. ანალოგიურ შედეგებს ცალ-ცალკე წაანყდებით მრავალი კვლევის მინაცემებში [1,2,4,21], თუმცა კომბინაციაში (კვებითი ჩვევები + მალნუტრიცია) ძალზე იშვიათად გვხვდება [22,23]. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ EdFED კითხვარით შეფასებისას კვებითი დარღვევების ჯგუფებში დისფაგიის არსებობა/არარსებობა გავლენას არ ახდენდა EdFED-ქულის მაჩვენებელზე, MNA-SF-ქულის მაჩვენებელზე ზეგავლენის კუთხით კი დისფაგიის არსებობა სარწმუნო ფაქტორს წარმოადგენდა.

დემენციასთან მიმართებაში ორივე საკვლევ ჯგუფში მიღებული შედეგები ადასტურებენ კვებითი დარღვევების გადამწყვეტ მნიშვნელობას დემენციის მიმდინარეობაში. ამ კუთხით ასევე საინტერესოა კორელაციური ანალიზის შედეგები. სამივე ინსტრუმენტით შეფასებული დემენციის სიმძიმის ხარისხი სარწმუნოდ ასოციაციაში იყო როგორც კვებითი ჩვევების დარღვევებთან, ისე მალნუტრიციასთან. ანალოგიურ შედეგებს აქვეყნებენ სხვა ავტორებიც [24,25]. თუმცა აქვე გასათვალისწინებელია კორელაციური კავშირების ანალიზი თვით ჯგუფების შიგნით. თუ დისფაგიის დროს EdFED-კითხვარითა და MMSE-შკალის ქულობრივი მაჩვენებლები სარწმუნოდ კორელირებდნენ MMSE-შკალის ქულობრივ მაჩვენებელთან, იგივე სურათს არ ვაწყდებით დისფაგიის გარეშე დემენციისა და კვებითი დარღვევების მქონე პაციენტების ჯგუფში.

კვლევის ლიმიტაციად შეიძლება მივიჩნიოთ საკვლევ ჯგუფის მცირერიცხოვნობა. თუმცა, მიღებული შედეგების სარწმუნოების ხარისხი გვაძლევს იმედს, რომ საკვლევ კონტინგენტის გაზრდით, კვლევის შედეგები არ დადგება კითხვის ნიშნის ქვეშ. მაგრამ, უფრო მყარი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დასკვნების გასაკეთებლად საჭიროდ მივიჩნევთ კვლევის ჩატარებას ფართომასშტაბიანი და რანდომიზებული დიზაინით.

დასკვნა. კვლევის შედეგების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ კვებითი დარღვევები ამძიმებს დემენციის ხარისხს. თუ ამ დარღვევებს ემატება დისფაგია, დემენციის ხარისხი კიდევ უფრო მძიმდება. კვლევის შედეგები ასევე აჩვენებენ, რომ კვებითი დარღვევების შეფასებისას აუცილებელია როგორც ჩვევების, ასევე მალნუტრიციის ხარისხის შეფასებაც.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Fostinelli S, De Amicis R, Leone A, Giustizieri V, et al. Eating Behavior in Aging and Dementia: The Need for a Comprehensive Assessment. *Front Nutr.* (2020) 7: 604488.
2. Hardman RJ, Kennedy G, Macpherson H, Scholey AB, Pipingas A. Adherence to a mediterranean-style diet and effects on cognition in adults: a qualitative evaluation and systematic review of longitudinal and prospective trials. *Front Nutr.* (2016) 3:22. 10.3389/fnut.2016.00022
3. Petersson SD, Philippou E. Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: a systematic review of the evidence. *Adv Nutr.* (2016) 7:889–904. 10.3945/an.116.012138
4. Ikeda M, Brown J, et al. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* (2002) 73:371–6.
5. Ahmed RM, Irish M, Kam J, van Keizerswaard J, et al. Quantifying the eating abnormalities in frontotemporal dementia. *JAMA Neurol.* (2014) 71:1540–6.
6. Hu X, Okamura N, Arai H, Higuchi M, et al. Neuroanatomical correlates of low body weight in Alzheimer's disease: a PET study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* (2002) 26:1285–9.
7. Grundman M, Corey-Bloom J, Jernigan T, Archibald S, Thal LJ. Low body weight in Alzheimer's disease is associated with mesial temporal cortex atrophy. *Neurology.* (1996) 46:1585–91.
8. Power DA, Noel J, Collins R, O'Neill D. Circulating leptin levels and weight loss in Alzheimer's disease patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* (2001) 12:167–70. 10.1159/000051252
9. Holscher C. Insulin signaling impairment in the brain as a risk factor in Alzheimer's disease. *Front Aging Neurosci.* (2019) 11:88. 10.3389/fnagi.2019.00088

10. Hiller AJ, Ishii M. Disorders of body weight, sleep and circadian rhythm as manifestations of hypothalamic dysfunction in Alzheimer's disease. *Front Cell Neurosci.* (2018) 12:471.
11. Vignando M, Rumiati RI, Manganotti P, Cattaruzza T, Aiello M. Establishing links between abnormal eating behaviours and semantic deficits in dementia. *J Neuropsychol.* (2019) 14:431–48.
12. Warne C, Forrester IT, Jones L, Morley JE. Editorial: screening for the anorexia of aging. *J Nutr Health Aging.* (2019) 23:398–400. 10.1007/s12603-019-1195-9
13. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* (1999) 15:116–22.
14. Hunot C, Fildes A, Croker H, Llewellyn CH, et al. Appetitive traits and relationships with BMI in adults: development of the adult eating behaviour questionnaire. *Appetite.* (2016) 105:356–63.
15. Kliemann N, Beeken RJ, Wardle J, Johnson F. Development and validation of the self-regulation of eating behaviour questionnaire for adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* (2016) 13:87.
16. Elsner RJ. Changes in eating behavior during the aging process. *Eat Behav.* (2002) 3:15–43.
17. Gum AM, Cheavens JS. Psychiatric comorbidity and depression in older adults. *CurrPsych.Rep.*(2008) 10:23-9.
18. Bertoli S, Leone A, Vignati L, et al. Adherence to the mediterranean diet is inversely associated with visceral abdominal tissue in caucasian subjects. *Clin Nutr.* (2015) 34:1266–72.
19. Conceição EM, Gomes FVS, Vaz AR, Pinto-Bastos A, Machado PPP. Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women. *Int J Eat Disord.* (2017) 50:793–800.
20. Mathus-Vliegen EM. Obesity and the elderly. *J Clin Gastroenterol.* (2012) 46:533–44.
21. Wakimoto P, Block G. Dietary intake, dietary patterns, and changes with age: an epidemiological perspective. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* (2001) 56:65–80. 10.1093/gerona/56.suppl_2.65
22. Saucedo Figueredo MC, Morilla Herrera JC, San Alberto Giraldo M, et al. Validation of the Spanish version of the Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale for older people with dementia. *PLoS One.* 2018 Feb 27;13(2):e0192690. 10.1371/journal.pone.0192690. eCollection 2018.
23. Lin LC, Huang YJ, Su SG, et al. Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010 Oct;25(10):953-59.
24. Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing.* 2012;41:376–381.
25. Rofes L, Arreola V, Almirall J, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Practice.* 2011 10.1155/2011/818979.

*თამარ ლაბაშვილი, ვერა კაპეტიაძე, თეიმურაზ სილაგაძე, რევაზ თაბუკაშვილი,
ზვიად მალლაფერიძე, ირინა კაპეტიაძე
კვებითი დარღვევები და დემენცია
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველო*

რეზიუმე

მიზანი: ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კვების დარღვევების მექანიზმის სპეციფიკის შესწავლა და მისი კორექციის აუცილებლობა.

მეთოდები: შესწავლილ იქნა პალიატიურ კლინიკა „პალმედში“ 2022-2023 წლებში მოთავსებული 77 პაციენტი დემენციის დიაგნოზით. აქედან კვებითი დარღვევა აღენიშნებოდა 58 პაციენტს (76.3%), მათგან დისფაგია - 30-ს (39.0%, ჯგუფი DED); დისფაგია არ უდასტურდებოდა 28-ს (36.4% - ჯგუფი DE). კვებითი დარღვევის გარეშე მიმდინარე დემენციის მქონე 19 პაციენტმა შეადგინა საკონტროლო ჯგუფი. დემენციის სიმძიმის ხარისხი შეფასდა CDR შკალით, მენტალური სტატუსის გამოკვლევა MMSE და ფუნქციური აქტივობის შეფასება მოხდა FAST შკალით. კვების დარღვევების არსებობა დიაგნოსტიკად აღიარდა EdFED-Q და MNA-SF კითხვარებით.

შედეგები: EdFED კითხვარით შეფასებული დარღვეული კვებითი ჩვევები სარწმუნოდ უფრო მწვავედაა გამოხატული დისთავის, კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფში საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ($t=6.7, p<0.001$). MNA-SF შკალით შეფასებისას კი შედეგებში მხოლოდ ის შეიცვალა, რომ მალნუტრიცია სარწმუნოდ უფრო მწვავედაა გამოხატული დისთავის, კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფში, როგორც საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ($t=6.5, p<0.001$), ისე დისთავის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფთან შედარებით ($t=4.8, p<0.001$). დემენციის შეფასებამ CDR შკალით კი აჩვენა, ჯგუფში DED ქულობრივი მაჩვენებელი სარწმუნოდაა დაქვეითებული DE ($t=7.3, p<0.001$) და საკონტროლო ჯგუფთან ($t=9.3, p<0.001$) შედარებით. დისთავის გარეშე კვებითი დარღვევებისა და დემენციის მქონე პაციენტების ჯგუფის CDR შკალით მიღებული ქულის მაჩვენებელი სარწმუნოდ არ განსხვავდება საკონტროლო ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებლისგან ($t=2.3, p=0.099$).

დასკვნა: კვლევის შედეგების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ კვებითი დარღვევები ამძიმებს დემენციის ხარისხს. თუ ამ დარღვევებს ემატება დისთავია, დემენციის ხარისხი კიდევ უფრო მძიმდება. კვლევის შედეგები ასევე აჩვენებენ, რომ კვებითი დარღვევების შეფასებისას აუცილებელია როგორც ჩვევების, ასევე მალნუტრიციის ხარისხის შეფასებაც.