

Prof. Jūratė Macijauskienė

METODINĖS REKOMENDACIJOS

**DĖL ANKSTYVOS
VYRESNIO AMŽIAUS
ŽMONĖMS BŪDINGŲ
LIGŲ DIAGNOSTIKOS**

PROJEKTAS
„MEDICININĖS PRIEŽIŪROS
PASLAUGOS PAGYVENUSIEMS
ŽMONĖMS“



Finansuoja
Europos Sąjunga
Funded by the
European Union

2022
KRETINGA

DEMOGRAFINĖ SITUACIJA

Gyventojų senėjimas Europoje dėl ilgėjančios gyvenimo trukmės ir mažėjančio gimstamumo yra pastovi tendencija, turinti socialines ir ekonomines pasekmes.

Lietuvoje iš 2,79 mln. visų gyventojų vyresnio amžiaus žmonės (65 m. ir vyresni) 2020 m. sudarė 19,9 proc. visos populiacijos¹. Palyginti su 2009 m. pradžia, pagyvenusių žmonių skaičius padidėjo 8,2 tūkst. (1,5 proc.). 2020 m. pradžioje šalyje gyveno 188,1 tūkst. pagyvenusių vyrų (14,4 proc. palyginti su bendru šalies vyrų skaičiumi), o moterų – 367,9 tūkst. (24,7 proc. palyginti su bendru šalies moterų skaičiumi). Pagyvenusių moterų buvo beveik du kartus daugiau negu to paties amžiaus vyrų.

Kretingos rajono savivaldybėje 2022 m. pradžioje 65 m. ir vyresnių gyventojų buvo 7 306 ir tai sudarė 19,7 proc. visų savivaldybės gyventojų².

Lietuvos statistikos departamento duomenimis demografinės senatvės koeficientas nuosekliai auga (0–14 metų amžiaus šimtui vaikų tenkantis 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonių skaičius) ir 2020 m.³ siekė 132 (lyginant su 114 2009 m.). Daugėja ilgaaamžių, ir prognozuojama, kad 2019–2100 m. ES-27 gyventojų dalis, kurią sudaro 80 metų ir vyresni asmenys, padidės du su puse karto – nuo 5,8 iki 14,6 proc. Šiuo metu Lietuvoje 80–84 m. amžiaus grupės gyventojai sudaro 3,22 proc. nuo visų šalies gyventojų, o 85 m. ir vyresni – 2,69 proc.²

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pastaraisiais metais nuolat augo iki 2019 m. ir siekė 76,43 metus (vyrų 71,53, moterų 81,04). Visoje Europoje 2020 m. buvo stebėta gyvenimo trumpėjimo tendencija – bent iš dalies dėl COVID-19 pandemijos. Lietuvoje 2020 m. taip pat stebėta vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės trumpėjimo tendencija – visų gyventojų trumpėjo iki 75,11 (vyrų 70,09, moterų 80,06)¹. Tačiau Lietuva ES kontekste išsiskiria ne tik viena iš trumpesnių gyvenimo trukmių (ES-27 bendras 81,3, vyrų – 78,5 moterų – 84,0)⁴, bet ir dideliu skirtumu tarp vyrų ir moterų būsimos gyvenimo trukmės (didžiausiu Europoje), kas atspindi sveikatos netolygumus.

Dar vienas svarbus rodiklis, nusakantis populiacijos sveikatą, yra sveiki gyvenimo metai (angl. healthy life years, HLY) – gyvenimo trukmė be ilgalaikių veiklos ribojimų. Lietuvoje 2020 m. šis rodiklis siekė vyrams 55,1 metus (ES šalių vidurkis siekė 63,5 metus, ilgiausias Švedijoje – 72,8), o moterų siekė 58,7 metus (ES vidurkis – 64,5, ilgiausias Švedijoje – 72,7)⁵. 2022–2030 m. LR sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programoje siekiama, kad vidutinė tikėtina vyrų sveiko gyvenimo trukmė 2025 m. siektų 61 m., 2030 m. – 62,6 m., o vidutinė tikėtina moterų sveiko gyvenimo trukmė 2025 m. siektų 64,3 m., 2030 m. – 65 m.⁶

Vyresnio amžiaus žmonių dalis ir skaičius ES didės: šiuo metu 20 proc. gyventojų yra vyresni nei 65 metų, prognozuojama, kad 2070 m. ji pasieks 30 proc. Asmenų kuriems gali reikėti ilgalaikės priežiūros, skaičius ES išaugs iki 23,6 mln. 2030 m. ir 30,5 mln. 2070 m.⁷

Įvertinus demografines tendencijas, neabejotinai Lietuvoje augs paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms poreikis ir geriatrijos paslaugų paklausa.

1 Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2020. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius 2021, ISSN 1392-8155

2 Nuolatinių gyventojų skaičius metų pradžioje* (Gyventojai ir socialinė statistika. Gyventojai. Gyventojų skaičius ir sudėtis)

3 Lietuvos gyventojai (2020 m. leidimas)

4 OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

5 Eurostat. Statistics explained https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth

6 LR vyriausybės nutarimas "Dėl 2022–2030 m. plėtros programos valdytojos LR sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programos patvirtinimo". LR Vyriausybės 2022 m. sausio 26 d. nutarimas Nr.66

7 Europos Komisija. Komisijos ataskaita Europos parlamentui, tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui dėl demografinių pokyčių poveikio. 2020

GERIATRIJOS PASLAUGOS LIETUVOJE

Lietuvos sveikatos mokslų universitete 1995 m. įkurta Geriatrijos klinika, kurioje pedagoginis darbas vykdomas medicinos, slaugos, ergoterapijos, kineziterapijos, burnos higienos studijų programų studentams, vyksta tobulinimo kursai jau dirbantiems specialistams, vykdomas mokslinis darbas tema: „Senyvų žmonių sveikatos sutrikimų prevencija, diagnostika ir valdymas medicininėmis ir technologinėmis priemonėmis“. Pedagoginis ir mokslinis darbas geriatrijos srityje taip pat vystomas ir Vilniaus universitete.

LR Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. spalio 18 d. įsakymu buvo patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 71:1999 „Gdytojas geriatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, reglamentuojanti gydytojo geriatro praktinės veiklos sritį. Šiuo metu galiojanti medicinos norma buvo patvirtinta 2017 m.⁸

Geriatrijos rezidentūros studijos, trunkančios 4 metus, vykdomos LSMU ir VU nuo 2000 metų. Pirmoji geriatrijos paslaugų plėtros programa „Geriatrinės pagalbos ir sveikatos priežiūros plėtojimo Lietuvoje programa 2003–2007 m.“ buvo patvirtinta 2002 m., o 2014 m. patvirtintas naujas veiksmų planas⁹, paskatinęs spartesnę geriatrijos paslaugų augimą. Pagal šį planą numatyta steigti specializuotus aukšto lygio geriatrijos centrus Kaune ir Vilniuje, įkurti ir atnaujinti 11 geriatrijos skyrių daugiaprofilinėse ligoninėse, įkurti 30 geriatrijos konsultacijų poliklinikose ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

2013 m. LSMU Kauno ligoninėje buvo įkurtas pirmasis Lietuvoje geriatrijos skyrius, šiuo metu turintis 50 lovų. Ligoninėje taip pat teikiamos geriatrijos ambulatorinės paslaugos. Nuo 2019 m. ligoninėje vykdomas projektas, rekonstruojant patalpas ir įkuriant Geriatrijos centrą.

VAPSVT duomenimis šiuo metu licencija teikti geriatrijos paslaugas pagal teisės aktus^{10,11,12} išduota 37 sveikatos priežiūros įstaigoms.

Šiuo metu Lietuvoje yra 46 gydytojai geriatrai, kurių VAPSVT išduotos gydytojo geriatro licencijos yra aktyvios. Remiantis STRATA atliktu tyrimu¹³, prognozuojančiu sveikatos priežiūros specialistų poreikį, 2030 m. Lietuvai reikės 106 gydytojų geriatrų – vienas iš didžiausių prognozuojamų trūkumų sveikatos specialistų tarpe.

Gerontologų mokslinė draugija buvo įkurta 1960 m., kuri šiandien vadinama Lietuvos geriatrų ir gerontologų draugija, vienijanti specialistus, dirbančius su vyresnio amžiaus žmonėmis. Ji yra taptautinių organizacijų *EuGMS*¹⁴ ir *UEMS Geriatric medicine section*¹⁵ narė.

Lietuvos mokslo taryba (LMT) nuo 2015 m. vykdo nacionalinę mokslo programą „Sveikas senėjimas“¹⁶, kuria vadovaujantis skelbiami konkursai vykdyti mokslinius tyrimus senėjimo srityje.

8 LR sveikatos apsaugos ministro 2017 m. birželio 26 d. įsakymas Nr. V-803 „Dėl Lietuvos Respublikos medicinos normos MN 71:2017 „Gdytojas geriatras“ patvirtinimo“

9 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“. 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-825

10 LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. V-1242 „Dėl Bendrųjų vidaus ligų stacionariųjų antrinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų aprašo ir Bendrųjų specializuotų vidaus ligų stacionariųjų tretinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“

11 LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. vasario 10 d. įsakymas Nr. V-117 „Dėl Geriatrijos profilio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų ir bazinės kainos patvirtinimo“

12 LR sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 27 d. įsakymas Nr. V-912 „Dėl Geriatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo ir Geriatrijos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

13 Vyriausybės strateginės analizės centras. Sveikatos priežiūros specialistų prognozių atnaujinimas. 2021

14 <https://www.eugms.org/home.html>

15 <https://www.uemsgeriaticmedicine.org/www/>

16 LR švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl nacionalinės mokslo programos „Sveikas senėjimas“ patvirtinimo“. 2015 m. vasario 5 d. Nr. V-82

BIOLOGINĖS IR PSICHOSOCIALINĖS SENĖJIMO TEORIJOS

Biologinės senėjimo teorijos stengiasi paaiškinti fizinius pokyčius, vykstančius organizme. Aiškinantis senėjimo mechanizmus, kyla du pagrindiniai klausimai: kodėl mes senstame ir kaip senstame. Egzistuoja daugybė teorijų (virš 300), aiškinančių su amžiumi susijusių pokyčių mechanizmus organizme, tačiau nė viena jų savarankiškai negali paaiškinti pilnai senėjimo procesų organizme, ar netgi prieštarauja viena kitai. Senėjimui įtakos turi ir įgimti (genetiniai), ir aplinkos nulemti (epigenetiniai) veiksniai. Biologines senėjimo teorijas galima suskirstyti į dvi grupes:

1) užprogramuoto senėjimo (nestochastinės), ir 2) pažaidos (klaidų) teorijas (stochastinės).

Ši klasifikacija yra sąlyginė, nes teorijos dar skirstomos į biochemines, molekulinės, ląstelines, genetinės, sisteminės, evoliucinės grupes.

UŽPROGRAMUOTO SENĖJIMO TEORIJOS

Programuoto ilgaamžiškumo teorija	Gyvenimo trukmė ir mirtis yra užprogramuota ir nulemta genų, t.y. egzistuoja maksimalaus ilgaamžiškumo riba. Manoma, kad biologinis laikrodis per hormonus veikia senėjimo greitį.
Neuroendokrininė teorija	Senėjimas yra nulemtas genų. Aiškiausi įrodymai yra progeroidiniai sindromai, t.y. priešlaikinės senatvės sindromai, tačiau nėra nė vienos geninės mutacijos prailginančios gyvenimo trukmę.
Genetinė teorija	Gyvenimo trukmė ir mirtis yra užprogramuota ir nulemta genų, t.y. egzistuoja maksimalaus ilgaamžiškumo riba. Manoma, kad biologinis laikrodis per hormonus veikia senėjimo greitį.
Evoliucinė teorija	Genas skirtingu gyvenimo laikotarpiu gali turėti skirtingą vaidmenį, teigiamą arba neigiamą, vitagenai virstant gerontogenais.
Imuninė teorija	Senėjimas vyksta dėl blogėjančios imuninės sistemos funkcijos, mažėja atsparumas infekcijoms ir ligoms. Su šia teorija siejama Alzheimerio ligos, diabeto, vėžio, uždegiminių ligų vystymasis.

PAŽAIIDOS (KLAIDŲ) TEORIJOS

Laisvųjų radikalų teorija	Senėjimas vyksta dėl laisvųjų radikalų poveikio sąlygotų pažeidimų organizme; ja iš dalies galima paaiškinti daugelį su amžiumi susijusių ligų (išeminę širdies ligą, kataraktą, demenciją, artrozę ir t.t.). Laisvieji radikalai, nestabilios ir agresyvios molekulės, jungiasi prie kitų molekulių, jas pažeidžia. Laisvuosius radikalus neutralizuoja antioksidantai.
Klaidų katastrofos teorija	Laikui bėgant atsiranda, kaupiasi DNR nuskaitymo klaidos, dėl ko kyla baltymų sintezės klaidos, sutrinka baltymų sintezė.
Nusidėvėjimo teorija	Organizmas sudarytas iš nepakeičiamų komponentų, kurie nusidėvi, ir taip žūsta ląstelės, audiniai, organai. Organai ir audiniai turi užprogramuotą energijos kiekį, ir energijai išsielekvojus, nusidėvi. Įtakos gali turėti ir nepalankūs aplinkos veiksniai, bloga mityba.
Replikacinio senėjimo	Ląstelėms dalijantis susidaro nepilnai atkartoti telomerai (galinės chromosomų dalys), telomerai trumpėja, ir kai daugiau nebegali trumpėti chromosomos lieka be telomerų, chromosoma kaupiasi klaidos, ląstelės mutuoja, vyksta apoptozė. Manoma, kad telomerų ilgis gali nusakyti biologinį amžių.

Psichosocialinės senėjimo teorijos varijuoja pagal kompleksškumą, aprėptis, sąveikas, motyvus, skirstymą į amžiaus grupes. Žemiau esančioje lentelėje pateikiamos kelios pagrindinės teorijos, bet kaip ir biologinių senėjimo teorijų atveju, nė viena atskirai paminėta teorija nėra pajėgi paaiškinti psichosocialinius senėjimo reiškinius.

PSICHOLOGINĖS TEORIJOS	
Žmogaus poreikių teorija	A. Maslow (1943) identifikavo penkis pagrindinius žmogaus poreikius (A. Maslow poreikių hierarchijos piramidė), kurie amžiaus tarpsniuose kinta: fiziologiniai poreikiai (pirmas lygmuo), saugumo poreikis, socialiniai poreikiai, savigarbos ir pagarbos poreikiai, savirealizacijos poreikis (penktas, aukščiausias lygmuo).
Individualizmo teorija	K. Jungas (1960) teigė, kad asmenybė vystosi gyvenimo eigoje, ir sėkmingas senėjimas yra tada, kai sugebama priimti praeitį, prisitaikyti prie fizinių pajėgumų silpnėjimo ir įveikti netektis. Neugarten (1968) papildė, kad introspekcija svarbi vidiniam augimui.
Asmenybės vystymosi tarpsnių teorija	E. Eriksono (1950) teigimu egzistuoja aštuoni vienas po kito gyvenime kylantys asmenybės raidos uždaviniai: pasitikėjimas kitais, fizinė autonomija, iniciatyvumas, darbštumas, identiškas, intymumas, produktyvumas, integralumas. Senatvė šioje teorijoje pateikiama kaip viso gyvenimo patyrimų ir išgyvenimų priėmimas ir teigiamas įvertinimas.
Asmenybinė senėjimo teorija	B. L. Neugarten (1968) manymu svarbiausios asmenybės savybės tampa vis akivaizdesnės, išskiriami aštuoni individualūs senėjimo stiliai: reorganizatoriai, adiktyvieji, išsipareigojusieji, atkaklieji, piktieji, apatiškieji, priklausomi, chaoso kėlėjai.
Kognityvinė teorija	H. Thomae (1992) pabrėžia, jog suvokimas senatvėje labai pakinta dėl vis blogiau funkcionuojančių jutimo organų ir tampa perdėm subjektyviu.
SOCIOLOGINĖS TEORIJOS	
Aktyvumo	R. Havigurst (1948) teigia, kad vėlyvos brandos, prasidedančios nuo 60 m., uždaviniai yra šie: prisitaikymas prie fizinių pokyčių; naujų socialinių vaidmenų mokymasis (pvz., senelių, našlių), pasikeitusio gyvenimo priėmimas, nuostatos mirties atžvilgiu išsiugdymas. Šių uždavinių sprendimai reikalauja energijos ir aktyvumo, todėl senas žmogus ilgai išlieka socialus.
Atsitraukimo/ išsipareigojimo	E. Cumming ir W.E. Henry (1961) suformulavo teoriją apie senų žmonių pasitraukimą iš ankstesnės veiklos ir vaidmenų, kai senstant mažiau domimasi socialiniais vaidmenimis ir aplinka. Šis pasikeitimas padeda išmokti tapti mažiau reikalingu kitiems ir tausoti jėgas savarankiškam savo fizinių reikmių tenkinimui.
Tęstinumo	J.E. Birren (1989) senatvę supranta kaip organizmo biologijos ir elgesio raidos transformaciją, kuri reiškiasi kaip įvairaus ekologinio konteksto kintamųjų tęstinumas.

IŠSAMUSIS GERIATRINIS IŠTYRIMAS

Dėl kompleksiško ir polipatologijos tiriant vyresnio amžiaus pacientus būtina daugiadalykė komanda (multidiscipliniškumas) ir sistemiškas, visapusiškas būklės įvertinimas.

Išsamusis geriatrinis ištyrimas¹⁷ (IGI) – įvairiapusis senyvo amžiaus asmens sveikatos būklės tyrimas, kurio metu įvertinamos medicininės ir psichosocialinės problemos bei funkcinis pajėgumas, siekiant sudaryti integruotą gydymo ir ilgalaikės priežiūros planą. Įrodyta, kad šis tyrimas gali jautriau identifikuoti specifines būkles, padidinti pacientų išgyvenamumą, sumažinti hospitalizavimo ir institucionalizavimo riziką¹⁸.

IGI apima anamnezės surinkimą, fizinės būklės, pažintinių funkcijų, funkcinės būklės, socialinį, psichologinį, paskirtų vaistų, aplinkos įvertinimą. Be įprastinių aspektų, šiame tyrime svarbu vertinti specifinius geriatrinius sindromus ir būkles. IGI gali skirtis, priklausomai nuo institucijos, kurioje atliekamas tyrimas, profilio (poliklinika, dienos stacionaras, ligoninė, globos įstaiga). Šis ištyrimas itin naudingas priešoperaciniu laikotarpiu, skubios pagalbos skyriuje, tačiau jis gali ir turi būti taikomas įvairaus profilio institucijose. Pagrindiniai IGI komandos nariai - gydytojas, slaugytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, tačiau gali būti ir platesnė komanda. Šis ištyrimas gali atrodyti kaip daug laiko ir resursų reikalaujantis tyrimas, tačiau gelbsti paruošti šablonai, standartizuoti klausimynai, informacijos surinkimas klausimynų pagalba prieš vizitą, visos komandos narių įsitraukimas. Lentelėje pateikiami pagrindiniai, dažniausiai naudojami klausimynai.

Vertinamoji sritis	Kas vertinama	Instrumentas
Mityba	Dabartinė mitybos būklė ir nepakankamos mitybos rizika	Trumpoji mitybos anketa, MNA ¹⁹ Mitybos rizikos patikros skalė NRS 2002 ²⁰
Kasdienės veiklos funkcijos	Pagrindinės asmens atliekamos funkcijos savipriežiūros ir esminiam funkcionavimui užtikrinti	Bartelio indeksas
Instrumentinės kasdienės veiklos funkcijos	Funkcijos kasdienėje namų aplinkoje, užtikrinančios savarankiškumą namuose ir bendruomenėje (naudojimas telefonu, valgio gaminimas, tvarkymas, skalbimas, išėjimas iš namų, vaistų vartojimas, disponavimas savo finansais)	Instrumentinės kasdienės veiklos anketa (IKVA, Lawton ir Brody anketa) ²¹
Pažintinės funkcijos	Atmintis, dėmesio koncentravimas, suvokimas	Protinės būklės trumpasis tyrimas ²¹ Suglumimo įvertinimo metodas ²²
Nuotaika	Nuotaikos pokyčiai	Geriatrinė depresijos skalė ²¹
Judėjimas	Eisena, pusiausvyrą, griuvimų rizika	Testas „Stokite ir eikite“ Morse griuvimų skalė ²³ Tinetti testas ²⁴

17 LR sveikatos apsaugos ministro 2017-07-27 įsakymas Nr. V-912 „Dėl Geriatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo ir Geriatrijos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

18 Elis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database 2017, Issue 9.

19 <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-lithuanian.pdf>

20 Lietuvos parenterinės ir enterinės mitybos draugija. Dėl mitybos terapijos metodikos, 2017

21 LR sveikatos apsaugos ministro 2011-02-10 įsakymas Nr. V-117 „Dėl Geriatrijos profilio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų ir bazinės kainos patvirtinimo“

22 Bunevičius A. Suglumimo įvertinimo metodas. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija. 2009, t. 11. Nr. 2, 85-86

23 Morse JM et al. (1989) A prospective study to identify the fall-prone patient. Social Science and Medicine 28, 81-86.

24 Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R, Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med 1986;80:429-434

Tyrimo procesas apima duomenų rinkimą, diskusijas su komandos nariais įtraukiant pacientą ir jo šeimos narius, gydymo ir priežiūros plano parengimą, įgyvendinimą, stebėseną bei sudaryto plano peržiūrą. Visi etapai yra lygiavertiškai svarbūs, tik įgyvendinant stebėseną ir peržiūrą sudaryto plano, gali būti patikėta šeimos gydytojui.

GEROFARMAKOTERAPIJOS PRINCIPAI

Medikamentinio gydymo optimizavimas yra kompleksinis procesas apimantis: sprendimą apie vaisto reikalingumą, tinkamiausio vaisto parinkimą, dozės ir režimo parinkimą, efektyvumo ir pašalinių reiškinių stebėseną, paciento mokymą apie tikėtinus pašalinius reiškinius ir kada kreiptis pagalbos. Senstant kinta vartojamų vaistų farmakokinetika ir farmakodinamika²⁵; pagrindiniai pokyčiai pateikiami žemiau.

FARMAKOKINETIKOS POKYČIAI			
Procesai	Amžiaus įtaka	Ligų, kitų veiksnių įtaka	Vaistų skyrimo ypatumai
Rezorbicija	Ryškiau nekinta	Achlorhidrija, konkuruojantys vaistai, zondinis maitinimas	Vaisto-vaisto sąveika, vaisto-maisto sąveika gali turėti įtakos
			Pavyzdys: fluorochinolonai blogai įsisavinami, jei kartu skiriama kalcio, magnio, geležies; H ₂ antagonistai didina arba mažina kai kurių vaistų rezorbiciją
Pasiskirstymas	Mažėja vandenis kiekis organizme, riebalų daugėja; sumažėjęs baltymų kiekis plazmoje, ypatingai albumino	Širdies nepakankamumas, ascitas, kitos būklės, didinančios vandens kiekį organizme	Riebaluose tirpūs vaistai turi didesnį pasiskirstymo tūrį, jų maksimalus poveikis pasireiškia vėliau, ilgesnis veikimas
			Pavyzdys: Riebaluose tirpūs diazepamą išskyrimo pusperiodis pailgėja iki 80 val. (jaunų – 24-30 val.), o vandenyje tirpių vaistų (acetaminofeno, digoksino), pasiskirstymas mažėja, dozė turi būti mažinama
Metabolizmas	Mažėja kepenų masė ir kraujotaka	Rūkymas, genotipas, konkuruojantys vaistai, alkoholis ir kofeinas	Terapinį efektą turi mažesnės dozės
			Pavyzdys: ilgiau kepenyse metabolizuojami: acetaminofenas, varfarinas, ibuprofenas, kt.
Išskyrimas	Blogėja inkstų klirensas, mažėja GFG	Inkstų pažeidimas dėl ūmių ir lėtinių ligų, mažesnė kreatinino produkcija dėl raumenų masės mažėjimo	Kreatinino koncentracija kraujyje serume nėra patikimas rodiklis inkstų funkcijai vertinti, reikalinga remtis GFG ar remiantis formulėmis paskaičiuoti kreatinino klirensą
			Pavyzdys: mažinti vaistų, išskiriamų pro inkstus dozes (aminoglikozidai, kaptoprilis, digoksinas, furozemidas, tiazidiniai vaistai ir kt.)

FARMAKODINAMIKOS POKYČIAI

Procesai	Amžiaus įtaka	Ligų, kitų veiksnių įtaka	Vaistų skyrimo ypatumai
	Mažiau nuspėjama ir dažnai pakitusi reakcija į įprastinę vaisto dozę	Vaisto-vaisto sąveika ir vaisto-ligos sąveika gali turėti įtakos	Didesnis jautrumas vaistams, paradoksaliaios reakcijos Pavyzdys: geresnis skausmo malšinimas opioidų mažesnėmis dozėmis, didesnis mieguistumas ir nestabilumas nuo benzodiazepinų, didesnis jautrumas β-blokatoriams

Polifarmacija – tai kelių vaistų vartojimas vienu metu. Minimalus vaistų skaičius, kuris apibūdintų polifarmaciją, skiriasi, tačiau dažniausiai turima omenyje 5 ir daugiau vaistų skyrimas²⁶, nors kai kurie autoriai polifarmaciją įvardija 3 ir daugiau vaistų skyrimą. Reikėtų nepamiršti ir nereceptinių vaistų bei įvairių papildų, kuriuos pacientai vartoja savo nuožiūra. Skiriami ir polifarmacijos laipsniai (lengva, vidutinė, sunki ir perteklinė)^{27, 28}. Kai kuriuose apibrėžimuose atkreipiamas dėmesys ne tik į vaistų skaičių, bet ir į trukmę (persistuojanti, lėtinė polifarmacija).

Potencialiai netinkami vaistai – tai turintys nepalankų naudos-rizikos santykį. Potencialiai pavojingiausi yra anticholinerginiai, antipsichotiniai, NVNU, H₂ receptorių antagonistai, protonų siurblio inhibitoriai, benzodiazepinai, miorelaksantai, tiricikliai antidepresantai. Potencialiai pavojingų vaistų klasifikacijos: *Beers* kriterijai²⁹, skirstantys vaistus į 5 grupes (vengtini; vengtini esant specifinėms ligoms ir sindromams; atsargiai skiriami; vaistai, kurių dozė koreguojama priklausomai nuo inkstų funkcijos; vaisto-vaisto sąveikos su nepageidaujamomis reakcijomis); PRISCUS sąrašas³⁰, apimantis 131 vaistą; STOPP ir START kriterijai³¹; FORTA sąrašas³².

Nepageidaujama reakcija – nenorimas ir neigiamas organizmo atsakas į vaistinį preparatą, kuris pasireiškia vartojant registruoto vaistinio preparato tam tikrą dozę, skirtą žmogaus ligos profilaktikai, diagnostikai ar gydymui arba fiziologinei funkcijai grąžinti ar koreguoti³³. Vyresnio amžiaus pacientams dažniausiai pasireiškia skiriant diuretikus, triciklius antidepresantus, digoksiną, NVNU, benzodiazepinus, antiparkinsoninius ir antihipertenzinius vaistus. Dažna nepageidaujama reakcija – deliras. Kitos svarbios nepageidaujamos reakcijos: hiponatremija, hipokalemija, virškinimo trakto sutrikimai, sinkopė.

26 Ferner RE, Aronson JK. Communicating information about drug safety.. *BMJ*. 2006;333(7559):143.

27 Veehof L et al. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Fam Pract*. 2000;17:261–7

28 Cho H et al. Prevalence and predictors of potentially inappropriate prescribing of central nervous system and psychotropic drugs among elderly patients: A national population study in Korea. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018 Jan;74:1-8

29 American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, 67: 674-694

30 Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*. 2010 Aug;107(31-32):543-51.

31 Gallagher P, et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008 Feb;46(2):72-83.

32 Kuhn-Thiel AM, WeiBC, Wehling M, FORTA authors/expert panel members Consensus validation of the FORTA (Fit FOR The Aged) List: a clinical tool for increasing the appropriateness of pharmacotherapy in the elderly. *Drugs Aging*. 2014 Feb;31(2):131-40.

33 R. Mačiulaitis, A. Milašius. Nepageidaujamos vaistų tarpusavio sąveikos. Kaunas: KMU; 2002

Gydymo režimo nesilaikymą nulemia daugybė veiksnių, susijusių su pacientu (sveikatos raštingumas, pažintinės funkcijos), paskirtu gydymu (sudėtingas režimas), sveikatos būkle (gretutinės ligos, sutrikęs mobilumas), organizaciniais aspektais (nenupirkti vaistai).

Išskiriama ir dar viena svarbi problema – tai **nepaskyrimas vaistų**, kurie būtų reikalingi ligos ar būklės gydymui, tačiau be aiškios priežasties nepaskirti³⁴. Dažniausiai nepaskiriami vyresniame amžiuje AKF inhibitoriai, statinai, antikoagulantai, vitaminas D ir kalcio preparatai, brochodilatatoriai bei kiti.

Pagrindiniai vaistų skyrimo vyresniems žmonėms principai

1. *Pagrindiniai*: pradėti nuo mažesnės dozės; dozę didinti palaipsniui titruojant pagal paciento toleranciją ir jei įmanoma pagal koncentraciją kraujyje (digoksino, aminoglikozidų, kt.); stengtis nepradėti dviejų naujų vaistų tuo pačiu metu.

2. *Prieš pradėdant skirti vaistus įvertinti*: vaisto būtinumą ir alternatyvias nemedikamentines priemones (mityba, kineziterapija, ergoterapija, psichoterapija, TENS ir kt.); numatomą gydymo tikslą; naudos ir rizikos santykį; ar naujas vaistas nėra skiriamas kito vaisto pašalinėms reakcijoms koreguoti; ar įmanoma parinkti vieną vaistą dviem būklėm gydyti; vaisto-vaisto, vaisto-maisto sąveiką; ar naujai paskirtų vaistų režimas sutampa/atitinka jau paskirtų vaistų režimą (paciento patogumui); ar pacientas ir jo globėjas žino/supranta paskirtų vaistų naudą, vartojimą, pašalinius reiškinius; ar pacientas gali įsigyti paskirtus vaistus (finansinis, organizacinis aspektai) ir ar gali tinkamai vartoti (medicininis aspektas, pavyzdžiui disfagija ir vaisto rijimas, artritas ir buteliuko atidarymas).

3. *Paskyrus vaistus*: reguliariai stebėti visus naudojamus vaistus, įskaitant paskirtus kitų specialistų ir vartojamus savo iniciatyva; pateikti rašytines instrukcijas (dozė, būdas, kelis kartus per dieną, kokių tikslu skiriama, nenaudoti nesuprantamų terminų ir trumpinimų); paklausti paciento apie šalutinius reiškinius; supaprastinti skiriamų vaistų režimą ir pasitelkti gerontotechnologijas.

GERIATRINIAI SINDROMAI

Geriatrinis sindromas – daugiųjų priežasčių sąlygota sveikatos būklė, senyvame amžiuje pasireiškianti tam tikrų požymių ir simptomų deriniu ir kuri negali būti apibūdinta kaip konkreti liga.

Geriatriniais sindromams būdinga: dažnas pasireiškimas vyresniame amžiuje; bendri rizikos veiksniai; multietilogija; tiesioginė ir greita sąsaja su funkcijos blogėjimu; didesnė rizika sergamumui ir mirštamumui; siekiant efektyvios priežiūros – multikomponentės strategijos.

Pirmieji penki „geriatriniai milžinai“ buvo įvardinti 1965 m.: nejudrumas, nestabilumas, nelaikymas (šlapimo, išmatų), pažintinių funkcijų pablogėjimas³⁵. Ilgainiui sąrašas, plėtėsi, pasipildė naujais geriatriniais sindromais ir dabar jais įvardijami: demencija, delyras, depresija, griuvimai, šlapimo, išmatų nelaikymas, vidurių užkietėjimas, nepakankama mityba, sarkopenija, senatvinio silpnumo sindromas, polifarmacija, miego sutrikimai, dehidratacija, galvos svaigimas, sinkopė, nepriežiūra ir išnaudojimas, jatrogenija, nejudrumas. Lentelėje pateikiama LR SAM ministro įsakymu³⁶ patvirtinti geriatriniai sindromai ir būklės, dažniau sutinkami ambulatorinėje praktikoje, nes stacionare pats dažniausias geriatrinis sindromas – delyras (kodai F05, R41 pagal TLK-10-AM).

34 Lombardi, F., Paoletti, L., Carrieri, B. et al. Underprescription of medications in older adults: causes, consequences and solutions—a narrative review. *Eur Geriatr Med* 12, 453–462 (2021).

35 British Geriatrics Society. A giant of geriatric medicine – Professor Bernard Isaacs (1924–1995) Post 1. London: BGS, 2018.

36 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 27 d. įsakymas Nr. V-912 „Dėl Geriatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo ir Geriatrijos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

Geriatriniai sindromai ir būklės	Kodai pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminių ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM)
Demencija	F00; F01; F02; F03; F06.7*
Depresiškumas	F06.6; F06.9; F32.00
Disfagija	R13
Griuvimai (t. p. polinkis griūti, eisenos ir pusiausvyros sutrikimai, galvos svaigimas, sinkopė)	I67.8; I95.1; R26.0; R26.2; R26.3; R26.8; R27.8; R29.6; R42; R55, W01; W18.8; W18.9; W19
Miego sutrikimai	G47.0; G47.1; G47.2
Mitybos nepakankamumas	N31; N32.8; N39.3; N39.4; R30.1; R32
Odos niežulys ir odos sausmė	L29.8; L29.9; L85.3
Sarkopenija	M62.50
Sausa burna	K11.7; R68.2, M35.0;
Senatvinis silpnumas (išsekimas)	R54
Skausmas	R52
Vidurių užkietėjimas	K59.0

* *Lengvas kognityvinis sutrikimas*

SENATVINIO SILPNUMO SINDROMAS

Apibrėžimas. Senatvinio silpnumo sindromas (angl. *frailty*) yra progresuojantis su senėjimu susijęs fiziologinių sistemų išsekimas, dėl kurio sumenksta fizinio pajėgumo rezervai, kas sukelia ypač didelį jautrumą stresoriams ir padidina įvairių neigiamų sveikatos padarinių riziką³⁷. Tai organizmo nesugebėjimas priimti aplinkos (išorės) iššūkių.

Svarba klinikinėje praktikoje. Pacientai su šiuo sindromu patiria daugiau pooperacinių komplikacijų, didesnė rehospitalizacijos rizika, pažintinių funkcijų sutrikimo, griuvimų, negalios rizika, didelė įtrogeninių reiškinų rizika, didesnis slaugos poreikis ir mirties rizika.

Paplitimas svyruoja nuo 3,9 iki 51,4 proc., dažnesnis tarp hospitalizuotų pacientų, glaudžiai siejasi su širdies ir kraujagyslių ligomis (ypatingai širdies nepakankamumu), cukriniu diabetu, inkstų nepakankamumu, onkologinėmis ligomis ir kitomis būklėmis.

Skiriama pirminis silpnumo sindromas (dėl amžinių pokyčių) ir antrinis (ligų nulemtas).

Klinika. Praktikoje naudojama du klinikiniai modeliai (apibrėžimai):

1) Fenotipo modelis (angl. *frailty phenotype* - FP)³⁸, dar vadinama Fried apibrėžimu arba Kardiovaskulinės sveikatos studijos apibrėžimu, pagal kurį senatvinio silpnumo sindromui būdinga:

- silpnumas (matuojama plaštakos suspaudimo jėga),
- svorio kritimas (per paskutinius metus 4,5 kg ar daugiau nei 5 proc. kūno masės),

- nuovargis (paciento teiraujamas apie jaučiamą nuovargį, atsakymas „beveik visą laiką“ arba „vidutiniškai dažnai“ (3-4 dienas)),
- žemas fizinis aktyvumas (Tarptautinio fizinio aktyvumo klausimynas, Minesotos laisvalaikio klausimynas - matuojama kcal fiziniam aktyvumui per savaitę: vyrai <383, moterys <270),
- sulėtėjęs ėjimo greitis (>6-7 s/4,5 m).

Senatvinio silpnumo sindromas diagnozuojamas, kai nustatoma **3 ir daugiau rodikliai. Beveik silpni** (angl. *pre-frail*): kai atitinka 1 ar 2 kriterijus. **Sveiki** (angl. *nonfrail*): kai neatitinka nė vieno kriterijaus.

2) *Kumuliacinio deficito modelis, silpnumo indeksas* (angl. *frailty index – FI*)³⁹ naudojamas rečiau, paskaičiuojamas įvertinus rodiklius pagal nustatytą sąrašą. Pacientui su senatvinio silpnumo sindromu būdinga griuvimai, dažnesnis delyras, fliuktuojanti negalia (būklės nestabilumas ir svyravimai – „gera diena-bloga diena“), nespecifiniai požymiai (nuovargis, nepaaiškinamas svorio kritimas, dažnos infekcijos).

Ištyrimas ir diagnozavimas. Dviejų etapų metodas: 1) greita patikra (Lietuvoje validizuota Edmontono silpnumo skalė⁴⁰ (angl. *Edmonton Frail Scale*), Trumpasis fizinės funkcijos testų rinkinys⁴¹ (angl. *Short Physical Performance Battery, SPPB*); kaip alternatyva - ėjimo greičio matavimas, gebėjimas atsikelti nuo kėdės, gebėjimas išlaikyti pusiausvyrą); 2) visapusiškesnis įvertinimas diagnozės patvirtinimui (išsamusis geriatrinis ištyrimas)⁴². Visi vyresni nei 70 m. amžiaus žmonės ir tie, kuriems dėl lėtinių ligų stebimas ryškus svorio kritimas (≥5 proc.), turi būti vertinami dėl senatvinio silpnumo sindromo.

Gydymas. Senatvinio silpnumo sindromas yra dalinai grįžtamas procesas, todėl svarbu laiku diagnozuoti, koreguoti bei taikyti profilaktines priemones:

- *fizinis aktyvumas*: pagal PSO rekomendacijas⁴³ per savaitę 150 min. vidutinio intensyvumo aerobinė veikla (arba 75 min. intensyvesnė aerobinė veikla) ir 2 k. per savaitę raumenų stiprinimo pratimai. Simptomus mažina struktūrizuotos treniravimo programos, Lietuvoje patvirtinta prevencinių priemonių metodika⁴⁴;
- *mityba*: siekti idealios kūno masės ir laikytis sveikos mitybos principų, o esant nepakankamai mitybai baltymų papildai padidina raumenų masę, sumažina komplikacijas, pagerina jėgą. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad senatvinio silpnumo sindromas gali būti ir nutukusiems asmenims.
- *vitaminas D*: korekcija esant stokai.

Nėra įrodyta, kad konkretūs medikamentai galėtų būti skiriami senatvinio silpnumo sindromo profilaktikai ir gydymui.

39 ²Jones DM, Song X, Rockwood K. J Am Geriatr Soc. 2004

40 Rolfson D et al. Validity and reliability of the Edmonton frail scale. Age Ageing. 2006; 35: 526–529

41 Guralnik et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol. 1994 Mar;49(2):M85–94.

42 Rodríguez-Laso A. et al. Population screening, monitoring and surveillance for frailty: three systematic reviews and a grey literature review. Ann Ist Super Sanità 2018 | Vol. 54, No. 3: 253-262

43 WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010

44 LR SAM įsakymas „Dėl sveikatinamojo fizinio aktyvumo skatinimo mokymų, skirtų vyresnio amžiaus asmenims, vykdymo savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2021 m. sausio 22 d. Nr. V-119

SARKOPENIJA

Apibrėžimas. Sarkopenija – tai geriatrinis sindromas, kuriam būdinga progresuojantis ir generalizuotas raumenų masės ir jėgos mažėjimas, susijęs su didesne fizinės negalios, blogesnės gyvenimo kokybės ir mirties rizika.⁴⁵

Svarba klinikinėje praktikoje. Sarkopenija didina griuvimų ir lūžių riziką, sutrikdo kasdienę veiklą, yra susijusi su širdies ir kraujagyslių ligomis, kvėpavimo sistemos ligomis bei pažintinių funkcijų sutrikimu, apsunkina judėjimą ir mažina savarankiškumą, gyvenimo kokybę, didina hospitalizacijos, institucionalizavimo, mirštamumo riziką.

Paplitimas. Sarkopenijos dažnis visoje populiacijoje tiek vyrų, tiek moterų tarpe siekia 10 proc.⁴⁶, dažnesnė hospitalizuotiems ir stacionarizuotiems pacientams. Visi pacientai, kuriems nustatytas senatviniio silpnumo sindromas, turi sarkopenijai būdingų požymių.

Patofiziologija ir etiologija. Skiriama pirminė sarkopenija, susijusi su amžiniais pokyčiais (raumenų masė ir jėga po 50 gyvenimo metų pradeda mažėti, vyksta raumenų skaidulų atrofija) ir antrinė sarkopenija, kurią paskatina sisteminės ligos (uždegiminiai procesai, vėžys, organų nepakankamumas, nepakankama mityba). Neigiamos įtakos turi mažas fizinis aktyvumas, nejudrus gyvenimo būdas, nepakankamas baltymų kiekis maiste (pvz., dėl anoreksijos, malabsorbcijos, nepakankamos mitybos). Nutukimas skatina sarkopeniją (mažesnis fizinis aktyvumas, riebalų infiltracija raumenyse), tad ir nutukusiems pacientams stebima sarkopenija.

Klinika. Sarkopenijos kriterijai yra šie: 1) maža raumenų jėga; 2) maža raumenų masė; 3) sumažėjęs fizinis pajėgumas. Tikėtina sarkopenija, jei nustatomas pirmas kriterijus, diagnozė patvirtinama, jei dokumentuojamas antras kriterijus. Jei patvirtinami visi trys kriterijai, sarkopenija yra ryški (sunki). Sarkopenija gali būti ūmi (iki 6 mėn.) ir lėtinė, besitęsianti ilgiau nei 6 mėn.

Ištyrimas ir diagnozavimas. Visų pacientų patikra nėra rekomenduojama, tačiau įtariant sarkopeniją ar jos rizikos veiksnius, rekomenduojamas ištyrimas:

- anamnezė (griuvimai, nuovargis, sunkus judėjimas, sutrikusi kasdienė veikla, kt.);
- fizinis ištyrimas (pilnas visų sistemų ištyrimas, apimant fizinio pajėgumo vertinimą – atsistojimo nuo kėdės testas, „Stokite ir eikite“ testas, eisenos greitis ($\leq 0,8$ m/s sunkios sarkopenijos požymis); trumpasis fizinės funkcijos testų rinkinys⁴⁷ (angl. *Short Physical Performance Battery*, SPPB);
- laboratoriniai tyrimai (kol kas nėra specifinių patvirtintų biomarkerių sarkopenijai patvirtinti);
- instrumentiniai tyrimai (dinamometrija rankų jėgai matuoti, KT ar MRT raumenų masės paskaičiavimui, DXA tyrimas, bioelektrinis impedansas, ultragarsinis tyrimas).

Turintiems sarkopenijos riziką, tinka SARC-F⁴⁸ klausimynas.

Gydymas:

- *fizinis aktyvumas ir pratimai: aerobiniai pratimai ir raumenų stiprinimo pratimai (su pasipriešinimu);*
- *baltymų papildai.*

45 Cruz-Jentoft AJ et al. Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):16–31. doi: 10.1093/ageing/afy169. Erratum in: *Age Ageing*. 2019 Jul 1;48(4):601.

46 Shafiee G et al. Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta-analysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord*. 2017 May 16;16:21.

47 Guralnik JM et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol*. 1994 Mar;49(2):M85–94.

48 Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; 39: 412–423.

MITYBOS NEPAKANKAMUMAS

Apibrėžimas. Nepakankama pagyvenusių žmonių mityba – tai neadekvati mitybos būklė, pasireiškianti nepakankamu suvartojamo maisto kiekiu, svorio kritimu, raumenų masės mažėjimu, poodinio riebalinio sluoksnio nykimu, lokalizuotu ar generalizuotu skysčių susikaupimu, galinčiu maskuoti kūno masės mažėjimą, ir funkcinės būklės pablogėjimas, nustatytas rankos jėga⁴⁹ ir kūno masės mažėjimu⁵⁰.

Svarba klinikinėje praktikoje. Silpnėja imuninė sistema, didėja infekcijų ir sepsio rizika, vangiai gyja žaizdos, didėja pragulų, griuvimų rizika, vystosi sarkopenija ir senatvinio silpnumo sindromas, ilgėja hospitalizacijos trukmė ir pooperacinių komplikacijų rizika, didėja mirštamumas.

Paplitimas. Nepakankama mityba nustatoma nuo 5,8 proc. vyresnio amžiaus žmonių gyvenančių namuose iki 50,5 reabilitacijos įstaigose, stacionare⁵¹ ar net iki 85 proc. slaugos ir globos įstaigose gyvenančių žmonių. Tačiau dalis nepakankamos mitybos atvejų lieka nedidžiuoju.

Etiologija ir patogenezė. Organizmo nesugebėjimas kompensuoti mažesnį suvartojamo maisto kiekį dėl ligos ar kitų priežasčių, lemia svorio mažėjimą, ypač, jei tai susiję su socialiniais, mediciniais ir psichologiniais veiksniais, neigiamai veikiančiais kūno masę. Nepakankamas maisto suvartojimas gali būti dėl socialinių veiksnių (neturtas, izoliacija, sveikatos neraštingumas, kt.), psichologinių (depresija, demencija, kt.), medicininių (edentulizmas, disfagija, endokrininės ligos, infekcinės ligos, virškinamojo trakto ligos, negalia, kt.), farmakologinių (vaistai gali mažinti apetitą, maisto medžiagų pasisavinimą, rijimą). Senstant vykstantys fiziologiniai pokyčiai (raumenų masės nykimas ir riebalinio audinio gausėjimas, apetito sumažėjimas, pokyčiai virškinamajame trakte (įskaitant dantų būklę, burnos sausumą), jutimo organų pokyčiai (uoslės ir skonio) taip pat turi įtakos didesnei nepakankamos mitybos rizikai.

Klinika. Nepakankamos mitybos požymiai: per mažas svoris.

Skiriami šie klinikiniai nepakankamos mitybos tipai:

- *marazmas* – nepakankamai maitinantis mažėjanti kūno masė dėl riebalinio sluoksnio ir raumenų masės nykimo, lėtinė būklė; albumino kiekis sumažėjęs ar normos ribose;
- *kacheksija* – kompleksinis metabolinis sindromas susijęs su uždegimu, kuriam būdinga raumenų masės ir/arba riebalų masės netekimas;
- *kvašiorkoras* – ūmus baltymų deficitas su albumino ir kitų baltymų kiekio serume sumažėjimu ir hipoalbumineminės edemos.
- *su ligomis susijusi nepakankama mityba be uždegimo* – nėra uždegiminių rodiklių, vystosi dėl disfagijos, depresijos, anoreksijos, kitų virškinamojo trakto sutrikimų.

Ištyrimas ir diagnozavimas. Tiriant pacientą, vertinama:

- anamnezė (svorio mažėjimas, psichosocialiniai veiksniai, gretutinės ligos, išsami mitybinė anamnezė);
- fizinis ištyrimas (išsekimas, raumenų būklė, edemos, vitaminų-mineralų stokos požymiai, odos ir gleivinių spalva, kita);
- laboratoriniai tyrimai (hemoglobino koncentracija kr.; absoliutus limfocitų skaičius kr.; albumino, prealbumino ir transferino konc. serume; papildomai – geležies, folio r., vitamino B12, cholesterolio, trigliceridų, gliukozės, kreatinino, šlapalo, magnio, cinko, fosforo, chloro konc.);
- antropometriniai duomenys (kūno masės indeksas, žasto apimtis, trigalvio raumens srities odos raukšlės storis);
- instrumentiniai tyrimai (bioelektrinis impedansas, densitometrija, kompiuterinė tomografija, dinamometrija, kalorimetrija).

49 White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M, Academy Malnutrition Work Group, A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force, A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2012 May;36(3):275-83.

50 Lesauskaitė V. ir kit i. Geriatrija. 2017

51 Ritchie C, Yukawa M. Geriatric Nutrition: Nutritional issues in older adults. UprDate, 2021

Naudojama 2-jų žingsnių nepakankamos mitybos diagnostika:

1) *patikra Lietuvoje patvirtintomis ir rekomenduojamomis anketomis*. Trumpoji mitybos anketa (angl. Mini Nutritional Assessment, MNA), išsami ir trumpoji versija; NRS 2002 (tinkama hospitalizuotiems pacientams);

2) *nepakankamos mitybos ir jos sunkumo įvertinimas*: remiamasi fenotipiniais kriterijais (*svorio kritimas* daugiau 5 proc. per pastaruosius 6 mėn. ar daugiau 10 proc. per daugiau nei 6 mėn., mažas KMI - <20 jaunesniems nei 70 m. ir <22 vyresniems nei 70 m.; *sumažėjusi raumenų masė*) ir etiologiniais kriterijais (*sumažėjęs maisto suvartojimas* - <50 proc. ilgiau nei 1 sav. ar bet koks sumažėjimas ilgiau nei 2 sav. ar virškinamojo trakto liga, turinti įtakos absorbcijai ir virškinimui, ir *uždegimas* – ūmi ar lėtinė liga).

Gydymas. Pirmiausia paskaičiuojama paciento energiniai poreikiai: 1) paskaičiuojama kūno masė (idealios kūno masės IKM); 2) paskaičiuojamas energijos ir baltymų poreikis (1,5 g baltymų /kg IKM/d); 3) mitybos terapijos būdo parinkimas.

Mitybos parama (terapija) indikuotina⁵²:

- esant mitybos nepakankamumui;
- kai pacientui jo būklė, liga ar atliekamos gydymo procedūros lemia mitybos nepakankamumo riziką;
- kai pacientas negali gauti pakankamo kiekio maisto įprastiniu būdu per burną.

Mitybos parama:

1) *maitinimas per burną*:

- padidinti maitinimosi dažnį, organizuoti pagalbą ir kompanionus valgymo metu, padidinti kalorijų kiekį, pasiūlyti ir pateikti lengvai pasiekiamus ir paimamus kaloringus, gardžius, mėgiamus užkandžius, apetito pagerinimui rinktis maistą su prieskoniais, rūgštesnį, kartesnį;
- praturtintas maistas: pieno ir baltymų milteliai; maistas su praturtintu baltymų kiekiu; šokoladas, kakava, medus; pieno produktai (kondensuotas pienas, sūriai, grietinėlė);
- peroraliniai (geriamieji) maisto papildai: padidinto energijos, baltymų kiekio maisto papildai; pritaikyti pagal paciento būklę (skaidulų kiekis, skonis, sergant CD);

2) *enterinės mitybos terapija* (jei nesuvalgo 60 proc. reikalingos energijos su maistu ir papildų daugiau nei 1-2 sav. ar nevalgo 1 sav. ir žarnynas funkcionuoja);

3) *parenterinės mitybos terapija* (kai maitinimui negalima naudoti virškinamojo trakto, peroralinis ir enterinis maitinimas yra nepakankamas).

Profilaktika. Sveika mityba, potencialių rizikos veiksnių koregavimas, ankstyvas rizikos veiksnių išaiškinimas, gera gretutinių ligų korekcija, esant reikalui – vitaminų-mineralų papildai, dietologo konsultacija.

DISFAGIJA

Apibrėžimas. Disfagija (rijimo sutrikimas) – tai sunkumas ryjant, apibrėžiamas kaip kėšnio suformavimo ir slinkimo nuo burnos iki skrandžio sutrikimas, asmens subjektyviai jaučiamas 10 sekundžių nuo rijimo pradžios.

Svarba klinikinėje praktikoje. Disfagija gali sukelti nepakankamą mitybą, gyvenimo kokybės pablogėjimą, svorio kritimą, dehidrataciją, aspiracinę pneumoniją ar net užspringimą.

Paplitimas. Gyvenančių namuose tarpe šis sindromas siekia 15-22 proc., stacionarizuotų į geriatrinius skyrius – 44 proc., o tarp institucionalizuotų siekia 51-60 proc.⁵³. Tačiau pati svarbiausia problema, kad net 75 proc. atvejų nediagnozuojama.

Etiologija ir patogenezė. Disfagija skirstoma į orofaringinę (dažnesnė vyresnio amžiaus žmonėms) ir stemplinę. Orofaringinės disfagijos priežastys struktūrinės (mechaninės: Zenkerio divertikulas, augliai, radioterapija, spaudimo reiškiniai, kita) ir neurologinės (vyresniame amžiuje dažniausiai Alzheimerio liga, kitos demencijos, Parkinsono liga, insultas ir jo liekamieji reiškiniai). Manoma, kad ir amžiniai raumenų masės, stemplės įnervacijos pokyčiai gali prisidėti prie rijimo pokyčių, tačiau vien tik amžiniai pokyčiai nesukelia rijimo sutrikimų. Taip pat įtakos gali turėti skiriami vaistai:

1) sukeltys kserostomiją; 2) pažeidžiantys stemplės gleivinę (pvz. bifosfonatai).

Klinika. Orofaringinei disfagijai būdingas rijimo pasunkėjimas, kosulys/dusulys ryjant ir valgant, kėšnio strigimas gerklėje, atpylimas per nosį, seilėjimasis, svorio kritimas, pasikartojančios pneumonijos, balso pokyčiai.

Ištyrimas ir diagnozavimas:

- anamnezė (simptomų išaiškinimas, medikamentų, įtakojančių rijimo procesą, vartojimas);
- fizinis ištyrimas (ypatingą dėmesį kreipiant į kalbą, pažintines funkcijas, burnos ertmę, galvą ir kaklą, limfmazgių apčiuopą) ir neurologinis ištyrimas (galvinių nervų patikra, jutimai);
- laboratoriniai tyrimai (ligų, galinčių sukelti disfagiją, diagnozavimui, pvz., skyd liaukės tyrimai, AChR antikūniai, kita);
- instrumentiniai tyrimai (įprastinis kontrastinis radiologinis tyrimas su bariu, videoendoskopinis tyrimas prie ligoonio lovos, videoradiologinis tyrimas, stemplės manometrija ir endoskopinis tyrimas). Patikra (skryningas): Lietuvoje validuota Rijimo vertinimo anketa (angl. *Swallowing screening tool* EAT-10⁵⁴), Disfagijos atrankos klausimynas DAK (angl. *Dysphagia Screening Tool*⁵⁵).

Vandens gėrimo mėginys ir Tūrio-tirštumo testas naudojami klinikiniam patvirtinimui.

Gydymas. Vertinat disfagijos kompleksiskumą, labai svarbus geriatrinės komandos narių indėlis.

- 1) Priklausys nuo identifikuotos priežasties ir galimybės ją koreguoti.
- 2) Orofaringinei disfagijai gydyti efektyvi rijimo „reabilitacija“: rijimą gerinantys pratimai, elektrinė rijimo raumenų stimuliacija, šilumos-taktilinė stimuliacija;
- 3) Dieta ir maitinimas: skysčių ir maisto modifikacija keičiant tirštumą ir konsistenciją; tinkama paciento padėtis maitinimo metu ir pagalba jam; peroralinių vaistų skyrimo peržiūra;
- 4) Alternatyvus maitinimas: enterinės mitybos terapija.

53 Chen, S., Kent, B. & Cui, Y. Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatr* 21, 429 (2021).

54 Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008 Dec;117(12):919-24.

55 Ohkuma R FI, Kojima C, Hojo K, Takehara I, Motohashi Y. Development of a questionnaire to screen dysphagia. *Jpn J Dysphagia Rehabilitation*. 2002;6:3-8.

DEHIDRATACIJA

Apibrėžimas. Dehidratacija – vandens kiekio organizme sumažėjimas, kai jo organizme lieka mažiau negu fiziologinė norma.

Svarba klinikinėje praktikoje. Tai delyro, griuvimų, vidurių užkietėjimo, inkstų nepakankamumo, miokardo infarkto, pragulų ir blogo žaizdų gijimo, infekcijų rizikos veiksnys.

Paplitimas. Bendruomenėje gyvenančių tarpe dehidratacija stebima 16–28 proc. vyresnio amžiaus žmonių, ilgalaikės priežiūros institucijose iki 50 proc., o stacionare – iki 44 proc.⁵⁶.

Etiologija ir patogenezė. Rizikos veiksniai: *aplinkos* (karštas ir/ar sausas oras, aviacinė dehidratacija, nepritaikytas patalpų išplanavimas), *fiziologiniai amžiniai* pokyčiai, *lėtinės ligos*, *ūmios būklės*, *vaistai* (diuretikai, liuosuojantys, AKF inhibitoriai, psichotropiniai vaistai su anticholinerginiu poveikiu, polifarmacija), *mityba* (nepakankamas skysčių kiekis; maistas, turintis daug baltymų, druskos, cukraus ir kofeino), *įtrogenija*, *socialiniai veiksniai* (socialinė izoliacija, nepriežiūra, paramos stoka, priklausomybė nuo globėjų), psichologiniai veiksniai (supratimo apie vandens svarbą stoka, klaidingi įsivaizdavimai (pvz., esant šlapimo nelaikymui ribojamas skysčių kiekis).

Dehidratacijos rūšys: 1) hipertotoninė (tik vandens stoka, nepakankamai gaunant vandens; padidėjęs osmosinis slėgis); 2) izotoninė (ir druskos, ir vandens netekimas dėl viduriavimo, vėmimo, kraujo netekimo, prakaitavimo; sumažėjęs osmosinis slėgis ir Na kiekis); 3) hipotoninė (elektrolitų gausenis nei vandens netekimas, pvz., skiriant diuretikus). *Dehidratacijos lygiai:* lengva dehidratacija – prarasta 1–2 proc. vandens; vidutinė – prarasta 2–5 proc. vandens; sunki – prarasta daugiau kaip 5 proc. vandens.

Klinika. Simptomai ir požymiai: troškulys, galvos skausmas, letargija, galvos svaigimas, sumišimas, sumažėjęs odos turgoras (nelabai patikimas požymis vyresniame amžiuje), raumenų silpnumas, retas šlapinimasis, oligurija (< 30 ml/val.), tamsus šlapimas, sausos lūpos, sausa burna, mažai seilių, sausas liežuvis, sausos akys, mažas prakaitavimas, žemas AKS, silpnas ir dažnas pulsas, ortostatinė hipotenzija, padidėjusi kūno temperatūra, svorio kritimas. Troškulys yra organizmo apsauginė reakcija į skysčių trūkumą, įprastai kylantis, kai plazmos osmoliariškumas viršija 292 mOsmol/kg. Sveikiems vyresnio amžiaus žmonėms būdinga sumažėjęs jautrumas troškuliui, ir troškulys kyla, kai plazmos osmoliariškumas siekia 296 mOsmol/kg.

Ištyrimas ir diagnozavimas:

– Plazmos urea/kreatinino santykis (labiau atspindi inkstų funkciją, tinka, kai inkstai gerai funkcionuoja; bet vyresniame amžiuje santykis gali būti didesnis dėl inkstų nepakankamumo, kraujavimo, širdies nepakankamumo, sarkopenijos, gliukokortikoidų, baltymingo maisto);

– Bioelektrinis impedansas (netinka, kai ūmūs pokyčiai) bendram vandens kiekiui organizme nustatyti;

– Kūno masės pokyčiai (tinka greitai dehidratacijai ir rehidratacijai: ≥ 3 proc. kūno masės per 7 d.).

– Kraujo rodikliai: osmoliariškumas (auksinis standartas): > 295 mOsm/kg (norma: 280–295 mOsm/kg, 280–295 mmol/kg SI vienetai); 295 to 300 mOsm/kg – lengva ar preklinikinė dehidratacija; > 300 mOsm/kg dehidratacija; padidėjęs ar normalus Na kiekis (>145 mmol/L); padidėjęs kraujo urea kiekis (>25 mmol/L); hiperglikemija; padidėjęs hematokritas (>55 proc.).

Gydymas. Rehidratacija: per burną (jei pacientas valgo, tai turėtų išgerti 1200–1500 ml skysčių; jei nevalgo ir tik skysčiai – 2500 ml per 24 val.); intraveninė infuzija; jei stebimas hiperosmoliariškumas, galima hipotoninio tirpalo infuzija (5% gliukozė 0,2% natrio chlorido tirpale).

Prevencija – siekti, kad pacientas gautų ir gertų pakankamai skysčių, tačiau problema yra – kaip užtikrinti, kad išgertų (skysčiai turi būti lengvai pasiekiami, gerai ir aiškiai matomi, priminimai, informacijos suteikimas).

LENGVAS KOGNITYVINIS SUTRIKIMAS

Apibrėžimas. Tai sutrikimas, kuriam būdingas atminties susilpnėjimas, sunkumai mokytis ir sumažėjusi dėmesio koncentracija, kai atliekant užduotį reikia nuolat daryti pertraukas, bandant atlikti užduotį dažnai pajuntamas protinis nuovargis, o išmokti naują informaciją subjektyviai atrodo sunku, net jei objektyviai vertinant sunkumų nepastebima. Šie simptomai yra nepakankami demencijos (F00–F03) arba delyro (F05) diagnozėms nustatyti. Ši diagnozė turi būti nustatoma tik esant ryšiai su somatine patologija ir neturi būti naudojama, jei yra bet kuris psichikos ar elgesio sutrikimas, klasifikuojamas F10–F99.

Svarba klinikinėje praktikoje. Tai gali būti ir preklinikinė Alzheimerio ligos stadija, tad tokius ligonius būtina stebėti ir reguliariai vertinti pažintinių funkcijų dinamiką⁵⁷.

Paplitimas. Manoma, kad amžiaus grupėje 65–69 m. lengvas kognityvinis sutrikimas (LKS) gali siekti 6,7 proc., o amžiaus grupėje 80–84 m. – 25 proc.⁵⁸.

Patofiziologija ir etiologija. Tai heterogeniška grupė, priežasčių gali būti daug.

Klinika. Patvirtinat lengvą kognityvinį sutrikimą vadovaujamosi Petersono kriterijais^{59 60}:

- Nusiskundimai pablogėjusia atmintimi, kuriuos patvirtina paciento artimieji, taip pat psichologinio tyrimo rezultatai.
- Šie sutrikimai neturi arba gali turėti minimalią įtaką bendram intelektualiniam funkcionavimui bei gebėjimui atlikti kasdienę veiklą (t.y. kasdienę veiklą nesutrikusi).
- Nėra duomenų už demenciją.

Ištyrimas ir diagnozavimas. Tiriama pagal demencijos sindromo ištyrimo algoritmą.

Gydymas. Pagrindiniai principai⁶¹:

- 1) Gydyti ir koreguoti priežastis ir grįžtamas būkles (medikamentų pašalinius reiškinius, somatinės ligas, depresiją ir kt.).
- 2) Kraujagyslinių rizikų veiksnių prevencija ir modifikavimas.
- 3) Fizinis aktyvumas.
- 4) Kognityvinė rehabilitacija, įskaitant atminties lavinimą.

Nėra patvirtinta jokie efektyvus medikamento lengvo kognityvinio sindromo gydymui. Multiintervencinės priemonės gali būti naudingos sulėtinant lengvo kognityvinio sindromo progresavimą⁶².

57 Dunne RA et al. Mild Cognitive Impairment: the Manchester consensus, *Age and Ageing*, Volume 50, Issue 1, January 2021, Pages 72–80.

58 Livingston G et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* 2017; 390: 2673–734

59 Petersen RC et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *J Intern Med*. 2014 Mar;275(3):214–28.

60 Albert MS et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer disease: Recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s & Dementia*. 2011;7:270–279.

61 Petersen RC. UpToDate. Mild cognitive impairment: prognosis and treatment, 2022

62 Ngandu T, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 2255–63

DEMENCIJOS SINDROMAS

Apibrėžimas. Demencija – tai sindromas, sukeltas smegenų ligos, dažniausiai lėtinės ir progresuojančios, kuria sergant pažeidžiama daugelis aukštesniųjų smegenų žievės funkcijų: atmintis, mąstymas, orientacija, supratimas, skaičiavimo įgūdžiai, sugebėjimas mokytis, kalba, protavimas. Sąmonė sutrikusi nebūna. Paprastai pažinimo proceso sutrikimus lydi, o kartais būna iki jų atsiradimo, emocijų kontrolės, socialinio elgesio ar motyvacijos pablogėjimas⁶³.

Svarba klinikinėje praktikoje. Tai itin dažnas, tačiau ne visada diagnozuojamas sindromas.

Paplitimas. Demencija serga 5 – 10 proc. vyresnių negu 65-erių metų amžiaus žmonių. Lietuvoje Higienos instituto duomenimis ligotumas (sergančių asmenų skaičius) demencijos sindromu 2020 m. siekė 28 719, sergančių asmenų skaičius 1000 gyventojų siekė 10,28⁶⁴. Organizacijos *Alzheimer Europe* duomenimis 2018 m. Lietuvoje sergančiųjų demencijos sindromu galėjo būti 1,74 proc. visų gyventojų, t.y. 48957 sergančiųjų. Šiuos duomenis reikėtų vertinti atsargiai, nes remiamasi iš kitų tyrimų ekstrapoliuotais duomenimis.

Etiologija. Dažnesnės ligos ir pažeidimai, sukeltantys demencijos sindromą yra šie:

- Demencija dėl pirminio neurodegeneracinio pažeidimo: Alzheimerio liga, Lewy kūnelių tipo demencija, Frontotemporalinė demencija (Piko liga), Huntigtono chorėja, Kreutzfeld – Jakobo liga, Parkinsono liga, išsėtinė sklerozė ir kt.
- Antrinė demencija dėl kitų ligų: galvos smegenų kraujotakos ligos (kraujagyslinė demencija), galvos smegenų traumos, galvos smegenų augliai, metaboliniai/toksiniai pažeidimai (uremija, vitamino B12 stokos anemija, hipotirozė, sukelti alkoholio, anglies monoksido ir kt.), galvos smegenų uždegiminiai pažeidimai (encefalitas, ŽIV sukelta demencija ir kt.).

Vyresniame amžiuje dažniausia (55-70 proc. visų atvejų) yra Alzheimerio pirminė degeneracinė demencija, antroje vietoje – kraujagyslinė demencija.

Klinika. Demencijos klinikiniai kriterijai:

A. Stiprus trumpalaikės (negebėjimas įsiminti naujos informacijos) ir ilgalaikės (negebėjimas prisiminti anksčiau žinotos informacijos) atminties pablogėjimas.

B. Bent vienas iš šių požymių:

1. *Abstraktus mąstymo sutrikimas (negebėjimas rasti panašumų ir skirtumų tarpusavyje susijusiuose žodžiuose, paaiškinti žodžių ar sąvokų ir atlikti kitas užduotis);*
2. *Sprendimų sutrikimas (negebėjimas kurti realius planus, spręsti šeimos/darbo problemas);*
3. *Kiti aukštesniosios psichikos veiklos sutrikimai, pvz., afazija (kalbos sutrikimai), apraksija (valingų judesių sutrikimai), agnozija (negebėjimas pažinti daiktų, nors jutimai nesutrikę) ir „konstrukciniai sunkumai“ (negebėjimas kopijuoti erdviųjų figūrų);*
4. *Asmenybės pakitimai, t.y. premorbidinių savybių išryškėjimas ar akcentuacija. Šie sutrikimai labai trukdo asmeninei, darbinei ir socialinei veiklai.*

C. 1. Iš anamnezės, somatinės būklės ar laboratorinių tyrimų aiškėja specifinis organinis veiksnys, etiologiškai susijęs su sutrikimu;

2. Nesant tokio aiškumo, organinį veiksnių galima įtarti, nes sutrikimas negali būti siejamas su jokiū neorganiniu psichikos sutrikimu.

Ypatingai svarbu įtariant demencijos sindromą, nukreipti specialisto (geriatro, neurologo ar psichiatro) konsultacijai ir išsamiam ištyrimui, nes nustačius ne neurodegeneracinės kilmės, dalinai grįžtamos demencijos (pseudodemencijos) priežastis ją galima sėkmingai gydyti.

63 Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM)

64 Higienos instituto duomenys

Ištyrimas ir diagnozavimas. Asmens, kuriam įtariamas demencijos sindromas, atliekamas ištyrimas (lentelė žemiau).

Lentelė. Ištyrimas įtariant demencijos sindromą

Nusiskundimai

Dėl atminties susilpnėjimo, kalbos ir orientacijos sutrikimų pacientas gali neturėti jokių nusiskundimų, skųstis įvairiais dalykais, neigti atminties sutrikimus.

Anamnezė

Renkama ir iš sergančiojo, ir iš jo artimųjų tiek kartu, tiek atskirai. Sergantieji dažnai nenori pasakyti apie kylančias problemas ar dėl kritikos stokos nemano, kad tai problema. Artimieji, nenorėdami liūdinti sergančiojo, jo akivaizdoje gali nepasakoti apie namuose kylančias problemas. Apklausiant ligonį kreipiamas dėmesys į kalbos sklandumą. Renkama informacija apie sutrikimų pradžią ir vystymosi eigą, gretutinių ligų anamnezę, medikamentus, psichiatrinę anamnezę, šeimyninę anamnezę, saugumo aspektus (vairavimas), išsimokslinimą, darbą.

Pilnas fizinis ištyrimas

Skirtas galimai grįžtamos demencijos priežasčių nustatymui tolimesniam sėkmingam ligonio gydymui, nustatyti kitų ligų požymius, galinčius būti demencijos sindromo priežastimi ar bloginti demencijos sindromo eigą.

Neurologinis ištyrimas*

Židininiai neurologiniai simptomai.
Ekstrapiramidinė simptomatika.

Kasdienės veiklos vertinimas

Blesedo demencijos skalė * (*angl. Blessed dementia scale*)

Kognityvinių funkcijų vertinimas (įvertinant ir simptomų sunkumą)

Be MMSE ir laikrodžio piešimo testo gali būti panaudojami ir kiti standartizuoti testai (5 žodžių testas, 6 CIT testas, ADAS-cog ir kita, galima naudoti kompiuterizuotas sistemas).

Protinės būklės trumpasis tyrimas* (*Mini Mental State Examination – MMSE*)

Laikrodžio piešimo testas (*Clock Drawing test*)

Laboratoriniai tyrimai

Privalomi:

Periferinio kraujo tyrimas*

Eritrocitų nusėdimo greitis*

Kalis*, natris, kreatininas*, urea*

Gliukozės*, kalcio koncentracija kraujyje

Kepenų fermentai* (ALT, AST, ŠF)

Skydliaukę stimuliuojantis hormonas* (TSH)

Vitamino B12 koncentracija kraujyje

Papildomi pagal poreikį: ŽIV testas, sifilio serologija, Laimo ligos nustatymo testas, papildomi endokrininiai tyrimai (kortizolio koncentracija serume, parathormono koncentracija), reumatologiniai tyrimai (Reumatoidinis faktorius), kraujo dujų sudėtis, homocisteino koncentracija.

Neurovizualiniai tyrimai

Privalomi:

Galvos kompiuterinė tomografija arba magnetinio rezonanso tyrimas.

Papildomi pagal poreikį: Pozitronų emisijos tomografija, Vieno fotono emisijos kompiuterinė tomografija

Papildomi tyrimai

Juosmeninė punkcija, elektroencefalografija (EEG), elektrokardiografija (EKG), neuropsichologinis įvertinimas, krūtinės lastos rentgenograma, Aplipoproteino E4 tyrimas (genetinis tyrimas).

Šeimos poreikių ir socialinės situacijos įvertinimas

* privalomi pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. 382 „Dėl Alzheimerio ligos diagnozavimo ir gydymo metodų bei Alzheimerio ligos diagnostinių kriterijų patvirtinimė“. Valstybės žinios. 2000-07-14, Nr.57-1693 ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. V-156 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. liepos 4 d. įsakymo nr. 382 „Dėl Alzheimerio ligos diagnozavimo ir gydymo metodų bei Alzheimerio ligos diagnostinių kriterijų patvirtinimė“ pakeitimo“. Valstybės žinios. 2004-03-29, Nr.50-1648

ALZHEIMERIO LIGA

Pradinė stadija (lengva). Pirmieji simptomai nėra aiškūs, iš lėto progresuoja. Ligonio atmintis silpnėja, neprisimena neseniai įvykių įvykių, tačiau gerai prisimena tai, kas buvo seniau. Viena iš dažnesnių problemų – nesugebėjimas prisiminti, kur padeda daiktus, pinigus, ar jų padėjimas netinkamoje vietoje, slėpimas. Ligoniai neprisimena, pyksta, kaltina kitus, atsiranda apvogimo idėjos. Ligą stengiamasi nusišlepti nuo aplinkinių, ieškoma pateisinimų; tad dėl pakitusios žmogaus elgsenos į gydytojus pagalbos dažniausiai kreipiasi artimieji. Trukmė nuo 2 iki 4 metų.

Vidurinė stadija (vidutinio sunkumo). Trukmė nuo 3 iki 6 metų. Atminties sutrikimai tampa ryškesni, kalba – neaiški, sumenkėja gebėjimas skaityti ir rašyti. Pasireiškia klasikinė sutrikimų triada 3A – agnozija (nesugebėjimas atpažinti formų, daiktų, veidų; dėl to sergantieji nebeatpažįsta savo artimųjų, vėliau – ir savęs veidrodyje), apraksija (nesugebėjimas atlikti tikslią motorinę veiklą, trinka kasdienė veikla), afazija (sensorinio tipo: nesupranta kalbos, nesugeba pavadinti daiktų, kalbant „pritrūksta“ žodžių), iškreipia skiemenis, ištaria tik dalį žodžių ar frazių, kalba tampa nesklaidi, sakinytis – be struktūros). Kalbos sutrikimus lydi agrafija – nesugebėjimas rašyti ir aleksija – nesugebėjimas skaityti. Sutrinka orientacija laike (iš pradžių užmirštami bendrieji gyvenimo įvykiai), vietoje (tampa sunku orientuotis ne tik naujoje, bet ir įprastoje aplinkoje.) Dažni miego sutrikimai – naktinis aktyvumas ir bruzdumas („saulėlydžio“ fenomenas), kas labai išvargina kartu gyvenančius šeimos narius. Bendravimas tampa itin sudėtingas, kečiasi ryšiai, santykiai, vaidmenų pasiskirstymas šeimoje. Ligoniai nekritiškai savo atžvilgiu.

Galutinė stadija (sunki). Išsivysto po 8–10 metų nuo ligos pradžios. Šioje stadijoje būdinga ryškūs atminties sutrikimai, visiška dezorientacija laike ir vietoje, pilnas nesavarankiškumas, fragmentuota kalba arba visiškas mutizmas. Išryškėja primityvūs refleksai (čiulpimo, rijimo, čepšėjimo). Tokie ligoniai visiškai priklausomi kasdienėje veikloje (neapsitarnauja, nesiprausia, nevalgo ir t. t.), nebevaikšto, guli embriono pozoje, dažnai atsiranda sąnarių kontraktūrų, pragulų, inkontinencijos reiškinių, ryškėja neurologiniai simptomai (ekstrapiramidinis raumenų tonusas ir kt.). Dažniausia tiesioginė mirties priežastis – plaučių uždegimas.

Patvirtinant AL vadovaujamosi NINCDS-ADRDA kriterijais⁶⁵.

Sergantiems AL būdinga ne tik kognityvinės funkcijos blogėjimas, bet ir elgesio bei emocijų pokyčiai. 91 proc. ligonių turi bent vieną elgesio problemą, 50 proc. ligonių – 4 ar daugiau. Dažniausiai simptomai tampa pastebimi vidurinėje stadijoje. Būdingiausi elgesio ir emocijų sutrikimai, sergant demencija, yra šie: sujaudinimas, agresija, paranoja ir haliucinacijos, miego sutrikimai, neadekvati kalba (taip pat ir šūksniai) (lentelė). Elgesio sutrikimai labiau nei atminties ir kitų pažintinių funkcijų susilpnėjimas trikdo ir vargina slaugytojus – tiek formalius, tiek neformalius.

Lentelė. Dažniausiai demencijos eigoje atsirandantys elgesio ir psichologiniai sutrikimai	
Psichologiniai simptomai	Elgesio simptomai
Įsivaizdavimai	Sujaudinimas iki agresijos
Haliucinacijos	Vaikščiojimas
Paranoja	Miego sutrikimai
Depresija	Netinkamas elgesys valgant
Nerimas	Netinkamas seksualinis elgesys
Dvejiniimas / kartojimas	

Alzheimerio ligos gydymas.

1. Nemedikamentinės priemonės labiau skirtos elgesio korekcijai (pvz., užduočių paprastinimas, aplinkos pritaikymas, išorinių dirgiklių mažinimas ir kt.) bei būklių, bloginančių kognityvines funkcijas korekcijai (pvz., gretutinių ligų gydymas, medikamentų, galinčių bloginti kognityvines funkcijas, nutraukimas).

2. Medikamentinės priemonės siekiama stabdyti neurodegeneracinių procesų progresavimą. Norėtųsi medikamentais išgydyti AL, tačiau gydymo tikslas yra gydyti simptomus ir siekti proceso stabilizavimo. Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, AL gydyti patvirtinti dviejų skirtingų grupių vaistai:

1) Acetilcholinesterazės inhibitoriai (AChE inhibitoriai):

- **Donepezilis** – tai piperidino darinys, specifinis ir grįžtamojo poveikio acetilcholinesterazės inhibitorius, selektyviai veikiantis CNS ir didinantis acetilcholino kiekį (cholinerginis poveikis):
 - indikacijos – lengva ir vidutinio sunkumo Alzheimerio liga (MMSE > 10 balų);
 - dozė: pradinė 5 mg/d. prieš miegą, po 1 mėn. esant gerai tolerancijai ir klinikiniam atsakui dozė didinama iki 10 mg/d.;
 - vaistas kompensuojamas pagal sąrašą.
- **Rivastigminas:** acetyl- ir butirilcholinesterazės karbamato tipo inhibitorius, stabdantis acetilcholino skaidymąsi ir skirtas cholinerginei neurotransmisijai pagerinti (nekompensuojamas);
- **Galantaminas:** alkaloidas, grįžtamasis konkuruojantis acetilcholinesterazės inhibitorius, taip pat veikia per nikotininius receptorius (nekompensuojamas).

2) Necholinerginiai vaistai – Memantinas, nekonkurenciniu būdu veikiantis NMDA (N-metil-D-aspartato) receptorių antagonistas, blokuojantis per daug padidėjusio gliutamato kiekio sukeltą poveikį, sąlygojantį nervų sistemos funkcijos sutrikimą:

- Indikacijos: vidutinio sunkumo ir sunki Alzheimerio liga (MMSE < 20 balų);
- Maksimali paros dozė yra 20 mg.
- Kompensuojamas.

Kiti vaistai, tyrinėti ir toliau tyrinėjami AL gydyti, tačiau neregistruoti šios ligos gydymui: Ginko biloba (EGb 761), nootropai (piracetamas ir pramiracetamas), vitaminas E ir selegilinas bei kiti.

Šiuo metu atliekama daug klinikinių tyrimų, siekiant atrasti naujus veiksmingus vaistus, galinčius sergant Alzheimerio liga paveikti patogenetinius procesus, didžioji jų dalis nukreipta į β amiloido perteklinės gamybos slopinimą, pasišalinimo skatinimą.

KRAUJAGYSLINĖ DEMENCIJA

Apibrėžimas. Dar vadinama vaskuline, multiinfarktine (anksčiau – aterosklerozine), vystosi dėl daugybinių pažeidimo židinių smegenyse, jai būdinga kognityvių funkcijų netekimas ir dirglumas.

Paplitimas sudaro apie 15–20 proc. visų demencijų vyresniame amžiuje, ir yra antroje vietoje pagal dažnumą. Vyrai kraujagysline demencija (KD) serga dažniau nei moterys. Dėl simptomų, patofiziologijos ir rizikos veiksnių bendrumo, nėra lengva atskirti AL ir kraujagyslinę demenciją.

Etiologinis veiksnys yra cerebrovaskulinė patologija, dėl to pažeidžiamos galvos smegenų kraujagyslės, vystosi daugybė smegenų parenchimos nekrozė. Tačiau KD priežasčių grupė yra heterogeniška: priežastimi gali būti išeminis, hemoraginis, anoksinis ar hiperoksinis smegenų pažeidimas.

Klinika. Kraujagyslinei demencijai būdinga:

1. Demencijos sindromui būdingi simptomai.
2. Diskretinė („laiptinė“), blogėjanti eiga su daliniu deficitu (apima tam tikras, bet ne visas kognityvias funkcijas) sutrikimo pradžioje.
3. Židininė neurologinė simptomatika (pvz., giliųjų sausgyslių refleksų sustiprėjimas, pseudobulbarinis paralyžius, eisenos sutrikimas ir kt.).
4. Anamnezė, somatinės būklės tyrimas, kiti tyrimai (pvz., randama židinių KT) rodo ryškia cerebrovaskulinę patologiją, kuri siejasi su sutrikimo etiologija.

Lyginant su kitomis demencijomis, kraujagyslinės demencijos atveju pradinėse demencijos stadijose būdinga pakankamai gera nuovoka bei išlikusi asmenybė, atmintis irgi nėra taip ryškiai sutrikusi lyginant su Alzheimerio tipo demencija. Simptomai priklauso nuo išeminio pažeidimo lokalizacijos. Dažniausiai, nors ir ne visada tiriant nustatoma gretutinė patologija – arterinė hipertenzija, išeminė širdies liga, prieširdžių virpėjimas, paroksizminiai smegenų išemijos priepuoliai.

Diagnostika. Patvirtinant KD remiamasi NINDS-AIREN⁶⁶ kriterijais:

- Cerebrovaskulinė liga apibūdinama kaip židinių neurologinių simptomų pasireiškimas ir vizualinių galvos smegenų tyrimų (KT ir MRT) rezultatų pokyčiai: dauginiai stambios kraujagyslės infarktai, vienas strategiškai reikšmingas infarktas (gyrus angularis, thalamus, baziniai branduoliai), taip pat, kaip ir dauginės bazinių branduolių ar baltosios substancijos lakūnos, platus periventrikulinis baltosios substancijos pažeidimas bei jų deriniai.
- Turi būti bent vienas iš toliau išvardintų kriterijų: 1) demencijos sindromas pradžia per 3 mėn. po buvusio insulto; 2) staigus kognityvinių funkcijų pablogėjimas; 3) fliktuojantis, laiptinis kognityvinio deficito progresavimas.
- Klinikiniai požymiai atitinkantys KD diagnozę: 1) anksti atsiradę eisenos sutrikimai, 2) nestabilumas, dažni neišprovokuoti griuvimai, 3) šlapimo nelaikymas, 4) pseudobulbarinis paralyžius, 5) asmenybės ir nuotaikos pasikeitimai, abulija, depresija, emocinis labilumas, pakitusios vykdomosios funkcijos.

Gydymas:

1. *Cerebrovaskulinės ligos rizikos veiksnių koregavimas.* KD sergančiųjų gydymo principai yra tokie patys, kaip ir cerebrovaskulinės ligos. Ypatingas dėmesys skiriamas profilaktinėms priemonėms, siekiant išvengti cerebrovaskulinės ligos progresavimo, pakartotinių insultų, įskaitant krešėjimą veikiančius vaistus. Diabeto atveju siekiama normoglikemijos, o esant arterinei hipertenzijai – normotenzijos.

2. *Kognityvinių funkcijų gerinimas.* ChEI (šiuo metu turimi įrodymai apie donepezilį) galima skirti pacientams, jei pacientas turi mišrios demencijos (Alzheimerio ligos ir kraujagyslinės demencijos) požymių, arba sergant Alzheimerio liga įvyksta galvos smegenų insultas, po kurio pablogėja ligos eiga. Nepakanka įrodymų, kad pacientams, sergantiems kraujagysline demencija, būtų veiksmingas memantinas.

3. *Ne kognityvinių požymių valdymas.* Esantys elgesio ir psichologiniai sutrikimai koreguojami taip pat kaip ir Alzheimerio ligos atveju.

DELYRAS

Apibrėžimas. Delyras (nesukeltas alkoholio arba kitų psichoaktyvių medžiagų) – etiologiškai nespecifinis organinis smegenų funkcijos sutrikimo sindromas, apibūdinamas kartu pasireiškiančiais sąmonės ir dėmesio, suvokimo, mąstymo, atminties, psichomotorinio elgesio, emocijų bei miego ir budrumo ciklo sutrikimais (TLK-10). Sindromo trukmė gali būti įvairi, o simptomų išraiška svyruoti nuo lengvo iki labai sunkaus. Tai ne liga, bet sindromas, sukeltas daugybės priežasčių ir pasižymintis simptomų įvairove, paprastai – laikinas.

Paplitimas. Delyras išsivysto 10–65 proc. visų stacionariųjų vyresnio amžiaus ligonių, tačiau dažnai lieka neatpažintas. Stacionarizavimo metu 10–22 proc. vyresnio amžiaus žmonių nustatomas delyras, o gydant stacionare delyras išsivysto 10–30 proc. visų vyresnio amžiaus pacientų.

Etiologija ir patogenezė. Vyresnio amžiaus pacientams bet koks ūmus sveikatos pokytis gali išprovokuoti delyrą, ypač esant rizikos veiksniams. Ligotiems pacientams delyras dažniausiai susijęs su ūmiomis infekcijomis (pneumonija, urosepsiu), hipoksemija ir medikamentų, turinčių anticholinerginių savybių, naudojimu. Vyresniame amžiuje kai kurios ligos gali debiutuoti delyru – miokardo infarktas, insultas, plaučių embolizacija. Dažniausi rizikos veiksniai pateikiami lentelėje. Neretai būna keli provokuojantys veiksniai, nors ne visuomet pavyksta juos identifikuoti.

Delyro vyresniame amžiuje rizikos veiksniai	
Gretutinės būklės: Sunki liga Daug gretutinių ligų Lėtinė inkstų ar kepenų liga Insultas anamnezėje ŽIV infekcija	Funkcinė būklė: Funkcinis priklausomumas Nejudrumas Mažas fizinis aktyvumas Griuvimai anamnezėje
Demografiniai duomenys: Amžius (vyresni nei 65 metai) Vyriškoji lytis	Bloga mityba: Dehidracija Nepakankama mityba
Pažinimo funkcijų būklė: Demencija Pažinimo funkcijų susilpnėjimas Delyras anamnezėje Depresija	Metaboliniai sutrikimai: Hipo/hiperglikemija Hiperkalcemija Hipo/hypernatremija Kepenų nepakankamumas Inkstų nepakankamumas Tiamino trūkumas
Jutimo sutrikimai: Regos susilpnėjimas Klausos susilpnėjimas	Vaistai: Polifarmacija (>3 vaistai) Gydytas keletu psichoaktyviųjų vaistų

Delyro vyresniame amžiuje patofiziologija yra kompleksinė. Senstant organizme vykstantys pokyčiai nulemia dažnesnį delyro pasireiškimą susidarius nepalankioms sąlygoms (lentelė). Pavyzdžiui, anticholinerginiai vaistai pablogėjusios neuromediatoriaus acetilcholino apykaitos fone gali sutrikdyti įprastinius pažintinius procesus. Sergantieji Alzheimerio liga yra jautrūs medikamentams, turintiems anticholinerginį poveikį, o gydymas cholinesterazės inhibitoriais, padidinančiais acetilcholino koncentraciją nervų jungtyse, pagerina pažintines funkcijas. Vis tik esminis vaidmuo tenka neurotransmiteriams – bet kokie procesai, veikiantys neurotransmiterų funkciją, gali sukelti delyrą.

Delyro diagnostiniai kriterijai:

1. Sutrikusi sąmonė (t.y. sutrikęs sąmonės aiškumas) kartu su pablogėjusiu gebėjimu sutelkti, išlaikyti ir perkelti dėmesį.
2. Pažintinių funkcijų pokyčiai: atminties pablogėjimas, dezorientacija, kalbos sutrikimai) ar suvokimo sutrikimai, nesusiję su demencija; suvokimo sutrikimai: iliuzijos, haliucinacijos (dažniau regos); nestabili nuotaika (tai neramūs, išsigandę, tai depresiški).
3. Klinikiniai požymiai vystosi per trumpą laiką (paprastai valandas ar dienas) ir per parą keičiasi.
4. Delyrą dažniau sukelia ne psichikos liga, o somatinės ligos (infekcijos, metaboliniai sutrikimai, intoksikacijos ir kt.).

Lentelė. Delyrą provokuojantys rizikos veiksniai

Aplinkos veiksniai: Aplinkos pakeitimas Neturėjimas pagalbinių klausos ar regos priemonių Didelis triukšmas ir ryški šviesa Miego trūkumas Šlapimo kateterio naudojimas Nuolatinis personalo/palatų pasikeitimas Griuvimai anamnezėje	Vaistai (dažniausiai, turintys anticholinerginių savybių) Analgetikai (kodeinas) Antihistamininiai (hidroksizinas, difenhidraminas) Tricikliai antidepresantai (amitriptilinas) Benzodiazepinai (lorazepamas, diazepamai) Antiaritminiai (digoksinas) Diuretikai (furosemidas) Antiparkinsoniniai (orfenadrinas, benztropinas) Šlapimo pūslę stabilizuojantys (oksibutininas) Bronchodilatatoriai (teofilinas)
Hipoksemija: Širdies nepakankamumas Miokardo infarktas Kvėpavimo nepakankamumas Plaučių embolizacija	Infekcijos: Krūtinės ląstos Šlapimo takų Odos/žaidzos
Neurologinės ligos ir traumos: Insultas Subduralinė hematoma	Skausmas: Ūmus skausmas Lėtinis skausmas
Skysčių ir elektrolitų sutrikimas: Natrio, kalcio Inkstų nepakankamumas Dehidracija	Operacijos: Ortopedinės operacijos Širdies operacijos Ilgai trunkanti dirbtinė kraujo apytaka
Šlapimo susilaikymas ir vidurių užkietėjimas (tiksliau ištirti ir pašalinti priežastį, nes anamnezė nėra patikima)	Endokrininiai/metaboliniai sutrikimai: Tiamino trūkumas Hipo/hipertiroidizmas Gliukozės metabolizmo sutrikimas

Delyro klinikinės formos:

- **hiperaktyvus** delyras (21 proc.): didelis sujaudinimas, nerimastingumas, agresija (fizinė, žodinė), jautri reakcija į aplinkos dirgiklius, haliucinacijos (dažnai). Hiperaktyvus delyras diagnozuojamas tada, kai pasireiškia trys arba daugiau iš šių simptomų: padidėjęs budrumas, neramumas, žmogus labai greitai arba labai lėtai kalba, pyksta arba yra irzlus, karingas, nekantrus, nepadedantis, keikiasi, dainuoja, juokiasi, pakilios nuotaikos, kliedi, nesustodamas kalba ir susierinęs.

- **hipoaktyvus** delyras (29 proc., vyresniame amžiuje dažnesnis): simptomai ne tokie pastebimi, o norint tiksliai diagnozuoti reikia labai atidžiai stebėti pacientą. Hipoaktyvus delyras diagnozuojamas, kai yra būdingi keturi arba daugiau simptomų: pacientas nesupratingas, sumažėjęs budrumas, lėtai kalba, apatiškas, sumažėjęs fizinis aktyvumas, plačiai atsimerkęs, abejingas.

Mišriam delyrui būdinga tiek hiperaktyvaus, tiek hipoaktyvaus delyro požymiai.

Diferencijuoti su demencijos sindromu nėra lengva, esminiai skirtumai – delyrui būdinga ūmi pradžia ir ryškus dėmesio sutrikimas. Ypatingai sunku diferencijuoti su Lewy kūnelių tipo demencija, kuriai būdinga simptomų fliuktuacija ir regos haliucinacijos. Lewy kūnelių tipo demencija bus labiau tikėtina esant parkinsonizmui būdingų požymių.

Lentelė. Delyro diagnostavimas.

Nusiskundimai

Anamnezė

Naudojami medikamentai, alkoholio vartojimas, ankstesnė funkcinė būklė, ligos (ypatingai demencijos sindromas, infekcijos), socialinė būklė, ankstesni delyro epizodai, griuvimai, sensorinis deficitas.

Pastaba. Delyro epizodo metu surinkti šią informaciją iš sergančiojo gali būti neįmanoma, tad labai svarbi anamnezė iš artimųjų.

Išsamus fizinis ištyrimas

Kūno temperatūra, mitybos būklė, sąmonės būklė, pažintinės funkcijos, širdies ir kraujagyslių bei neurologinė sistemos

Tyrimai

Laboratoriniai: periferinio kraujo tyrimas; šlapalo, elektrolitų, kepenų fermentų, kalcio, gliukozės, skydliaukę stimuliuojančio hormono, C-reaktyvio baltymo koncentracija kraujyje.

Instrumentiniai: EKG, krūtinės ląstos rentgenograma.

Papildomai (pagal poreikį): kraujo pasėlis, kraujo dujų sudėtis, galvos kompiuterinė tomografija, EEG, skreplių pasėlis, įtariant meningitą – juosmeninė punkcija

Atrankos instrumentai/anketos

Suglumimo įvertinimo metodas (angl. Confusion Assessment Method, CAM)⁵⁷

Delyrą visada reikėtų įtarti, jei yra staigus elgesio ar kognityvinės funkcijos pasikeitimas. Esant abejonių, geriau pokytį vertinti kaip delyro simptomus ir atitinkamai gydyti, po to vėl vertinti būklę

- **Gydymas.** Pagrindiniai principai:
- Išsiaiškinti ir pašalinti delyrą predisponuojančius faktorius, gydyti priežastis (pvz., gydyti somatinę ligą nutraukti vaistų vartojimą, ir pan).
- Ažituotus, sujaudintus ar agresyvius ligonius būtina nuraminti, kad nesivystytų komplikacijos, nebūtų nelaimingų atsitikimų. Įsitikinti ir nuolat kontroliuoti, ar įstaigoje nėra potencialiai pavojingų daiktų. Nepalikti paciento vieno, užtikrinti nuolatinį stebėjimą.
- Nuraminti pacientą, kalbant ramiu balsu, judėti lėtai ir apgalvotai, bendrauti pagarbiai; išsiaiškinti košmarus, haliucinacijas, išklausti pacientą, vengti konfrontacijos, paaiškinti kas vyksta.

- **Medikamentinės priemonės.** Rekomenduotinas vaistas – haloperidolis (0,5–10 mg per parą): pradinė dozė 0,5–3 mg per burną ar 2,5–5 j raumenis.; pakartotinas vertinimas po 30–60 min.; jei reikalinga, pakartotina dozė iki tol, kol pacientas apimsta ar pasiekiami suminė 5 mg dozė. Dėl hipotenzinių neuroleptikų savybių gali sumažėti kraujospūdis ir dėl to pablogėti somatinė ir psichikos būseną.

Benzodiazepinai gali būti naudingi tik esant alkoholio sukeltam delyrui gydyti ir turi būti skiriami itin atsargiai, nes senyvo amžiaus žmonės blogai toleruoja šiuos vaistus, jie dažnai sukelia ilgalaikį mieguistumą, nepageidautiną miorelaksaciją, ataksiją.

Delyro kai kuriais atvejais galima išvengti, todėl labai svarbu išsiaiškinti rizikos veiksnius ir laiku imtis profilaktinių priemonių. **Delyro prevencija:**

- **Aplinka:** geras apšvietimas, aplinkos orientyrai (laikrodžiai, kalendoriai, nuorodos), vengti ligonio vietos kaitaliojimo (perkėlimo iš palatos į palatą), personalo keitimo bei triukšmo.
- **Ligonio fizinė būklė:** aprūpinimas pagalbinėmis priemonėmis (akiniai, klausos aparatai); normalus miego–būdravimo režimas; normali šlapimo pūslės, žarnyno funkcija; minimalus kateterių naudojimas; užtikrinti mitybą, skysčių–elektrolitų pusiausvyrą; paciento aktyvinimas.
- **Pažinimo funkcijų palaikymas:** gydomoji veikla (pokalbiai, žaidimai, bendravimas ir pan.).
- Esant galimybei leisti artimiesiems būti kartu.
- Vengti paciento fizinių suvaržymų; fizinius suvaržymus naudoti tik tuo atveju, jei kitos atsargumo ir gydymo priemonės nepaveda.

SKAUSMO SINDROMAS

Apibrėžimas. Skausmas yra subjektyvus, individualus, nemalonus išgyvenimas, apimantis pojūčius ir suvokimą. Geriatriinis lėtinis skausmas apibūdinamas kaip nemalonus jutimasis ir emocinis potyris, susijęs su esamu arba galimu audinių pažeidimu, ir besitęsiantis ilgiau nei 3 mėnesius vyresnio amžiaus asmenims (65 metų ir vyresniems).

Applitimas. Epidemiologiškai vertinti pagyvenusio amžiaus žmonių lėtinį skausmą yra sudėtinga. Pastovus arba nuolat pasikartojantis (t. y. lėtinis) skausmas vargina daugiau nei 50 proc. vyresnių žmonių. Įvairių studijų duomenimis skausmas vargina nuo 30 iki 83 proc. vyresnio amžiaus žmonių. Namuose gyvenantys vyresni nei 60 metų amžiaus žmonės skausmu skundžiasi 2 kartus dažniau nei jaunesni nei 60 metų (25 proc. vs 12,5 proc.). Gyvenančių slaugos namuose tarpe, skausmas yra dažnesnis – 45–80 proc. atvejų, dažnai dar ir skausmo priežastys – daugybinės. Sergantys onkologinėmis ligomis 25–40 proc. vyresnio amžiaus pacientų kenčia kasdienį skausmą.

Skausmas vyresniame amžiuje lieka neatpažintas ir todėl blogiau gydomas. Daugiau kaip 25 proc. jų negauna jokio gydymo.

Svarba klinikinėje praktikoje. Nevaldomas skausmas turi svarbių funkcinių, pažintinių, emocinių ir socialinių pasekmių.

Klasifikacija

Ūmus geriatriinis skausmas turi aiškią pradžią, priežastį ir požymius, rodančius audinių pažeidimą. Svarbi ūmus skausmo grupė yra pasikartojantis skausmas dėl artrito, protarpinis šlubavimas, pragulos. Pagyvensiems žmonėms ūmus skausmas kaip dominuojantis simptomas sergant tam tikromis ligomis (pvz., miokardo infarktas, intraabdominaliniai sutrikimai) pasireiškia ne visada lyginant su jaunesne populiacija, dėl ko kyla diagnostinių sunkumų.

Lėtinis skausmas – skausmas besitęsiantis ilgiau nei 3 mėnesiai. Lėtinis skausmas netenka savo biologinės adaptacinės funkcijos. Besitęsiant lėtiniam skausmui, atsiranda pokyčiai nugaros smegenyse – gali sumažėti opioidinių receptorių ir neuronų, blokuojančių skausmo perdavimą, daugėja medžiagų (aspartato, glutamato), sukeliančių skausmo pojūtį. Todėl skausmą reikia malšinti iš pat pradžių, kai yra ūminis, nes vėliau įgyja substratinį pagrindą. Lėtinis skausmas gali būti maligninis ir nemaligninis.

Pagal skausmo pobūdį išskiriama 4 skausmo klinikinės kategorijos:

Nocicepcinis skausmas - visceralinis ar somatinis skausmas dėl skausmo receptorių dirginimo (artropatijos, migalija, odos ir gleivinių opos, išeminiai sutrikimai). Gali kilti dėl uždegiminių pokyčių audiniuose, mechaninių deformacijų, pažeidimų ar audinių destruktijos. Šio tipo skausmo malšinimui veiksmingi analgetikai ir nemedikamentinės priemonės.

Neuropatinis skausmas – kyla dėl pataloginių procesų periferinėje ar centrinėje nervų sistemoje (postherpetinė neuralgija, trigeminus neuralgija, diabetinė polineuropatija, pionsultinis centrinio tipo skausmas, mielopatija, poamputacinis skausmas). Prognozuoti atsaką į įprastinius analgetinius medikamentus sunkiau, veiksmingi papildomi (adjuvantiniai) analgetikai – antidepresantai, antikonvulsantai.

Mišrus ar nespecifinis skausmas – mechanizmai nežinomi (pasikartojantys galvos skausmai, vaskulitai). Gydyti gali tekti išbandyti įvairias vaistų kombinacijas.

Kiti skausmo tipai (somatoforminiai sutrikimai, isterinės reakcijos).

Skausmo vertinimas. Vyresnių pacientų skausmo vertinimą gali sunkinti skausmą lydintys požymiai: miego sutrikimai, funkcinės veiklos apribojimas, socialinė izoliacija, eisenos sutrikimai, griuvimai, lėtesnė reabilitacija, kognityvinės funkcijos pablogėjimas, mitybos sutrikimai ir kt. Pagyvenę žmonės paprastai turi su amžiumi susijusių psichosocialinių sunkumų, pavyzdžiui: išėjimas į pensiją, šeimos bei draugų palaikymo, nepriklausomybės praradimas, netektys, patekimas į gydymo įstaigas. Psichosocialiniai veiksniai yra svarbūs tiek diagnozuojant skausmą, tiek jį įveikiant. Pacientai, mokantys geriau įveikti sunkias situacijas, mažiau kenčia skausmą ir geriau psichologiškai adaptuojasi.

Lentelė. Skausmo sindromo vertinimas ir paciento ištyrimas

Nusiskundimai.

Vyresni žmonės dažnai nepasako, kad skauda, nes galvoja, kad skausmas yra neišvengiamas vyresniame amžiuje, sergantys vėžiu bijo pasakyti, nes mano, kad jis susijęs su toli pažengusia liga ir negali būti numalšintas, kiti ligoniai nesiskundžia, nes paprasčiausiai nenori trukdyti. Antra, kognityvinių sutrikimų turintys pacientai linkę nesiskųsti, tyrimai rodo, kad jiems rečiau skiriami nuskausminamieji. Trečia, vyresnio amžiaus pacientai skausmui apibūdinti gali naudoti alternatyvius skausmui apibūdinti – gniaužimas, diskomfortas, ir pan. *Skausmo vertinimo „auksinė taisyklė“ - nepamiršti paklausti apie skausmą paties ligonio.*

Anamnezė.

Dėl specifinių problemų vyresniame amžiuje anamnezės surinkimas gali būti sudėtingesnis: bloga atmintis, depresija, jutimo (klausos, regos) sutrikimai. Artimieji gali būti labai vertingas informacijos šaltinis, kai pacientas nenori ar negali bendradarbiauti, tačiau reikėtų nepamiršti ir jų požiūrio galimo subjektyvumo. Svarbu paciento anksčiau diagnozuotos ligos, patirtos traumos ir operacijos, ypatingai jei tai susiję su skausmine patirtimi.

Fizinis ištyrimas.

Vertinamos visos sistemos, ypatingą dėmesį atkreipiant neurologinei bei judėjimo-atramos sistemoms: raumenų jėgos sumažėjimas, hiperalgesia/hipolagesia, alodinija, tirpimas, tvinkčiojimas, sąnarių ir kaulų deformacijos, uždegimo požymiai ar kitos vietos su pataloginiais požymiais. Taip pat rekomenduojama vertinti eisena ir pusiausvyrą.

Laboratoriniai tyrimai, radiologiniai tyrimai.

Pažintinių funkcijų ir emocinės būklės vertinimas.

Rekomenduotina įvertinti kognityvinę funkciją (protinės būklės trumpasis tyrimas, angl. *Mini Mental State Examination, MMSE*), depresijos simptomus (Geriatrinė depresijos skalė, GDS). Vertinant pacientų su pažintinių funkcijų sutrikimais skausmą, pirmiausia reikia atkreipti dėmesį į neverbalinius ženklus, galinčius nurodyti, kad pacientas blogai jaučiasi (Lentelė).

Skausmo kiekybinis ir kokybinis vertinimas. Skausmo vertinimui dažniausiai naudojami 3 skalės:

- skaitmeninė (skausmas vertinamas nuo 0 iki 10 balų);
- žodinė aprašomoji (skausmas apibūdinamas kaip „nestiprus“, „vidutinis“ ir „stiprus“);
- veido išraiškų skalė (pacientas turi išrinkti veido išraišką, atspindinčią jo skausmo stiprumą).

Kasdienės veiklos vertinimas. Nuolatinis skausmas gali turėti neigiamos įtakos pagrindinei kasdienio gyvenimo veiklai (maudymuisi, apsirengimui, judėjimui, ėjimui į tualetą, maitinimuisi), kasdienio gyvenimo veiklai (apsipirkimui, finansų valdymui, naudojimuisi telefonu, maisto ruošimui, namų ruošai, naudojimuisi visuomeniniu transportu), judrumui, socialiniam gyvenimui, nuotakai, apetitui, miegui bei koncentracijai. Ši funkcinė (t. y. paciento aktyvumo) būklė gali būti vertinama naudojant specialias vertinimo skales.

Lentelė. Neverbalinės skausmo išraiškos

Veidas	Grimasavimas, paniurimas, suraukta kakta, mirkčiojimas, stipriai užmerktos ar plačiai atmerktos akys;
Kalba	Kvietimasis, verkimas, rėkimas, dejavimas, šniokščiantis kvėpavimas, žodinė agresija;
Agresyvus elgesys	Mušimas, kandimas
Kūno judesiai	Lingavimas, siūbavimas, rankų judinimas, rigidiška laikysena, eisenos ir laikysenos pasikeitimai, vaikščiojimas;
Kasdienė veikla	Ilgiau ilsisi dieną, mažiau bendrauja, staiga nebeatlieka įprastinių darbų, miego pasikeitimai, atsisako maisto, priešinimasis asmens higienai;
Kiti elgesio pasikeitimai	Dirglumas, ažitacija, delyras, atsiribojimas, socialinė izoliacija, socialiai nepriimtinas elgesys.

Skausmo gydymo principai. Skausmo gydymo tikslas turi būti ne sumažinti skausmą, o visiškai jį numalšinti. Malšinant skausmą vyresniame amžiuje svarbus multidisciplininis požiūris, kurį galima užtikrinti pasitelkiant tokias priemones: 1) medikamentai, 2) psichologinė parama ir elgesio koregavimas, 3) rehabilitacija, 4) intervencinės procedūros.

Skiriant medikamentines priemones, siūloma laikytis šių taisyklių:

- pasirinkti tinkamą vaistą priklausomai nuo skausmo tipo ir intensyvumo;
- pradėti nuo mažų dozių: vyresnio amžiaus pacientams visų analgetikų dozės turi būti mažesnės nei jauniems;
- dozę didinti laipsniškai, kol atsiranda terapinis efektas arba šalutiniai reiškiniai;
- rinktis trumpo veikimo analgetikus;
- geriau netrumpinti intervalo, bet didinti dozę (pvz., ne po 15 mg kas 2 val., bet po 30 mg kas 4 val.);
- skirti pastoviai, ypač opioidus;
- pasirinkti tinkamą vartojimo būdą;
- nepamiršti šalutinių reiškinių, ypač kai skiriami keli vaistai.

Pagyvenusiems asmenims gali būti naudingos šios medikamentinės priemonės:

- neopioidiniai analgetikai (paracetamolis ir NVNU);
- opioidiniai analgetikai;
- papildomi (adjuvantiniai) analgetikai.

Neopioidiniai analgetikai. Šiai vaistų grupei priskiriami paracetamolis (acetaminofenas) ir nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo. Amerikos geriatrijos draugija kaip pirmąją priemonę skausmui malšinti rekomenduoja acetaminofeną. Nors acetaminofenas pasižymi analgezinėmis ir antipiretinėmis savybėmis, jis menkai mažina uždegimą – pirminį įvairių uždegiminių būklių, pvz., artrito ir kt., skausmo mechanizmą. Skiriamas didelėmis dozėmis (10 g) acetaminofenas gali sukelti kepenų nekrozę, todėl:

- maksimali paros dozė neturėtų būti didesnė nei 4 gramai;
- reliatyvios kontraindikacijos yra kepenų nepakankamumas, piktnaudžiavimas alkoholiu, kepenų ligos anamnezėje;
- atkreipti dėmesį, kad pacientai neretai atsitiktinai peržengia šias ribas, vartodami sudėtinius vaistus ir gryną acetaminofeną.

NVNU blokuoja fermentą ciklooksigenazę (prostaglandinų sintetazę), kuri neleidžia arachidono rūgščiai virsti prostaglandinu (PGE1), prostaciklinu (PGI2) ir tromboksanu (TXA2). Geriatriniam pacientams profilaktikai greta NVNU rekomenduojama skirti protonų siurblio inhibitorių. Naudos kartos NVNU – ciklooksigenazės 2 inhibitoriai pasižymi tokiu pat, kaip ir klasikiniai NVNU, efektyvumu. Be to, nustatyta, kad COX2 inhibitoriais turi būti atsargiai skiriami sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis.

Opioidai. Tinkamai vartojami opioidai yra saugūs, o daugeliu atvejų ir ypač efektyvūs. Deja, juos itin dažnai lydi įvairūs mitai ir klaidingi įsitikinimai, lemiantys nepakankamą skausmo malšinimą. Vyresnio amžiaus žmonėms opioidų skirti vertėtų pradėti nuo mažos dozės (25-50 proc. įprastinės rekomenduojamos pradinės dozės), laipsniškai titruojant ir stebint veikimą bei šalutinius poveikius. Dažniausiai rekomenduojama skirti reguliariai, o ne „pagal reikalą“, tai padeda palaikyti pastovią vaisto koncentraciją kraujyje ir efektyviau valdyti skausmą. Vyresniems asmenims ilgalaikiam vartojimui nėra tinkami mišrūs agonistai-antagonistai, pvz., butorfanolis, nes jie trikdo pažintines funkcijas. Pirmaeilis preparatas tebėra morfinas, nors morfino metabolitai gali kauptis organizme esant sutrikusiai inkstų funkcijai. Morfino-3-gliukuronidas ir morfino-6-gliukuronidas gali sukelti mioklonusą, hiperalgeziją, pykinimą ir vėmimą bei slopinimą. Jei pasireiškia šie šalutiniai poveikiai, rekomenduojama keisti opioidą. Tai atlikti profilaktiškai rekomenduojama ir tuomet, jei nustatoma naujai pablogėjusi inkstų funkcija.

Adjuvantiniai analgetikai (ko-analgetikai, papildomi analgetikai) Tai vaistai, paprastai naudojami kitiems tikslams, tačiau labai efektyvūs gydant sudėtingus skausmo sindromus:

- 1) *Vaistai nuo epilepsijos.* Gabapentinas efektyviai malšina neuropatinį skausmą, poherpetinės ir diabetinės neuropatijos sukeltą skausmą. Rekomenduojama skirti iki 1200–2400 mg per parą. Pagyvenusių asmenų grupėje dozę didinti reikia labai pamažu, nes greitai išryškėja šalutinis poveikis – mieguistumas ir galvos svaigimas.
- 2) *Tricikliai antidepressantai.* Blokuoja serotonino ir norepinefrino reabsorbciją. Tačiau pagyvenę asmenys dažniausiai netoleruoja amitriptilino anticholinerginio poveikio. Tuomet alternatyvūs preparatai galėtų būti nortriptilinas ir desipraminas. Jei EKG nustatomi ryškūs laidumo sutrikimai, šios grupės preparatų reikėtų vengti.
- 3) *Serotonino reabsorbcijos inhibitoriai.*
- 4) *Vietiniai anestetikai.* Penkių procentų lidokaino pleistrai gali efektyviai sumažinti poherpesinės neuralgijos skausmą. Vietinių anestetikų skyrimas epiduriškai ar intratekaliai (vienų ar kartu su opioidais) prireikus taip pat gali būti tinkamas skausmo malšinimo būdas.

Pagyvenusiems žmonėms aktualios *nemedikamentinės priemonės*: fiziniai ir emociniai gydymo būdai. Nemedikamentinės priemonės efektyviausios tuomet, kai derinamos su medikamentinėmis kaip papildomas (adjuvantinis) gydymas. Vyresnio amžiaus žmonėms rekomenduotina gydymą pradėti nuo vietinių priemonių, nes nėra vaistų šalutinių poveikių pavojaus, galima pritaikyti tiesiogiai skaudamoje vietoje, naudoti ir namuose. Gali būti taikomos šios priemonės: infraraudonieji spinduliai (kontraindikacijos: sunki širdies liga, periferinių kraujagyslių ligos, sutrikęs odos jautrumas, kepenų ir inkstų nepakankamumas), kompresai (kontraindikacijos kaip infraraudonųjų spindulių; nenudeginti odos), parafino vonios, hidroterapija (kontraindikacijų nėra, bet atsargiai skirti sunkiems ar kardiovaskulinėmis ligomis sergantiems pacientams), trumpųjų bangų diatermija (apklausti pacientą dėl protezų, implantų, kadangi jie absorbuoja karštį ir sukelia nudegimus; kontraindikacija – širdies stimulatorius), mikrobangų diatermija (pavojus – implantų įkaitimas, širdies stimulatorius), ultragarso bangos, ultravioletiniai spinduliai, šalčio terapija, TENS, tempimas, masažas, akupunktūra.

Atskirais atvejais gali būti taikomos ir abliacinės procedūros, kaip antai nervų blokados ar kitos intervencinės priemonės.

Vyresnio amžiaus žmonėms skausmo etiologija dažnai yra kompleksinė, lydi gretutiniai susirgimai bei psichosocialinės problemos, todėl ištyrimas ir gydymas turi būti visapusiškas, interdisciplininis. Efektyvios interdisciplininės skausmo klinikos: sumažėja skausmas, pagerėja nuotaika, kasdienė veikla ir savarankiškumas, fizinio krūvio tolerancija, retesnė institucionalizacija.

DAUGINIS LIGOTUMAS

Apibrėžimas. Dauginis ligotumas (poliligotumas, angl. *multimorbidity*) – nustatyti du ir daugiau lėtiniai susirgimai vienu metu tam pačiam asmeniui, kurių gydymui būtini reikšmingi žmogiškieji ir materialiniai resursai (PSO, 2016). Tai nėra tas pats kas komorbiditiskumas, t.y. gretutinės ligos.

Svarba klinikinėje praktikoje. Dauginis ligotumas blogina gyvenimo kokybę, dažnesnis pacientų nesavarankiškumas, depresija⁶⁷, polifarmacija, dauginėmis ligomis sergantys pacientai dažniau hospitalizuojami ir ilgiau gydomi stacionare, sunkiau nustatyti diagnozę ir paskirti racionalų gydymą. Tačiau dauguma egzistuojančių gydymo rekomendacijų yra skirtos vienos ligos valdymui, nors pastaruoju metu į pacientus su gretutine patologija, dauginėmis ligomis sergančiuosius kreipiamas vis didesnis dėmesys, pateikiamos rekomendacijos ligų valdymui esant gretutinei patologijai, pavyzdžiui hipertenzijos valdymui,^{68 69}.

Paplitimas. Lietuvoje apie 10 proc. visų pacientų virš 45 metų serga bent dviem ligomis⁷⁰. Kuo vyresnis amžius, tuo didesnė tikimybė dauginiam ligotumui. 50-65 m. amžiaus grupėje trečdalis serga dviem ir daugiau lėtinių ligų, o vyresnių nei 65 m. – daugiau nei 60 proc.

Rizikos veiksniai: vyresnis amžius, nepalanki socialinė situacija, lytis (moteris), nepakankamas aktyvumas, kiti sveikatos ir ligų rizikos veiksniai.

Klinika. Pacientai su dauginiu ligotumu taip pat skiriasi, yra nustatyta⁷¹ nekompleksinis (2 ir daugiau lėtinių ligų, apimančių ne daugiau 2 organų sistemas) ir kompleksinis dauginis ligotumas (3 ir daugiau lėtinių ligų, apimančių 3 ir daugiau organų sistemų) kuris savo ruožtu dar gali būti skirstomas į vidutiniškai kompleksinį (3-4 ligos, apimančios 3 ar daugiau organų sistemų) ir labai kompleksinę (5 ir daugiau lėtinių ligų, apimančių 3 ir daugiau organų sistemų).

Ištyrimas ir diagnozavimas. Pacientų dauginis ligotumas gal būti vertinamas Charlsono komorbiditiskumo indeksu⁷², *Cumulative Illnes Rating scale*, *The Index of Coexistent Disease*, *Geriatric Index of Comorbidity*, *Elixhauser Index* ir kiti. Tačiau individualizuotą, visapusišką įvertinimą galima atlikti išsamioju geriatrinį ištyrimu (IGI), atkreipiant dėmesį ne tik į ligos sunkumą. Be to, šį tyrimą reikia atlikti periodiškai.

Dauginėmis ligomis sergančių pacientų priežiūros modelis⁷³ apima 1) dauginėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūrą, 2) konsultacinę sistemą specialistams; 3) pagalbą pacientui ir šeimai įsivinti/pagerinti savirūpą; 4) informacines technologijas, ir 5) socialinius ir bendruomenės išteklius. Jame labai svarbų vaidmenį atlieka sveikatos atvejo vadybininkas (angl. case manager), koordinuota multidisciplininė komanda ir paties paciento įgalinimas. Gydant vyresnio amžiaus dauginėmis ligomis sergančius pacientus, atkreipti dėmesį į polifarmaciją ir senatvinio silpnumo sindromą.

67 Kairys A. ir kiti. Vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojų gerovė: rekomendacijos politikos formuotojams. *Psichologija*, 2021, vol. 65, pp 64-79

68 Whelton PK et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018; 71: e127–e248.

69 Umemura S et al. The Japanese Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension (JSH 2019). *Hypertens Res* 2019; 42: 1235–1481.

70 Navickas R, Visockienė Ž, Pironaitė R, Rukšėnienė M, Kasiulevičius V, Jurevičienė E. Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare resources. *Eur J Intern Med*. 2015 Apr;26(3):160-8.

71 Harrison C, et al. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice *BMJ Open* 2014;4:e004694. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004694

72 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–383.

73 Palmer K. et al. *Health Policy*, 2018

PROJEKTAS „AUKŠTOS KOKYBĖS PRIEŽIŪROS IR PALAIKOMOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGOS PAGYVENUSIEMS ŽMONĖMS“

Projekto tikslai:

Pagerinti pagyvenusių žmonių slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų kokybę ir prieinamumą mažesniuose tikslinio regiono miesteliuose. Svarbu gerinti palaikomosios medicinos pagalbos infrastruktūrą mažuose miesteliuose, ugdyti kompetentingus specialistus ir informuoti plačiąją visuomenę apie pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūros ir pagalbos poreikius. Šiam tikslui pasiekti Viešoji įstaiga Kretingos ligoninė perka specializuotą diagnostinę ir medicininę įrangą, skirtą ankstyvam senyvo amžiaus ligų diagnozavimui ir palaikomajam gydymui, taip pat tobulina infrastruktūros elementus (liftą), siekdama padidinti šių paslaugų prieinamumą pagyvenusiems žmonėms, rengia metodines rekomendacijas, mokymo programas ir vykdo seminarus gydytojų specialistų kvalifikacijai kelti ir padidinti senyvo amžiaus ligų prevenciją.

Projektą įgyvendina Viešoji įstaiga Kretingos ligoninė.

Projekto įgyvendinimo laikotarpis 2021–2023 m.

Projektas įgyvendinamas pagal Europos kaimynystės programą ir finansuojamas Europos Sąjungos.

Europos Sąjungą sudaro 27 valstybės narės, kurios nusprendė palaipsniui susieti savo žinias, išteklius ir likimus. Kartu per daugiau nei 50 metų plėtros laikotarpį jos sukūrė stabilumo, demokratijos ir tvaraus vystymosi teritoriją, išlaikydamos kultūrinę įvairovę, toleranciją ir individualias laisves. Europos Sąjunga yra įsipareigojusi dalytis savo laimėjimais ir vertybėmis su šalimis ir tautomis už jos ribų.

Ši publikacija buvo parengta padedant Europos Sąjungai. Už publikacijos turinį atsako tik VšĮ Kretingos ligoninė ir jis negali būti laikomas atspindinčiu Europos Sąjungos požiūrį.

