

GERIJATRIJSKI PRAKTIKUM



Beograd, 2007.

Priredili:

Prim. mr sc dr Marija Tasić

Prof. dr Mladen Davidović

Prim. dr sc dr Aleksandra Milićević Kalašić

Dr sc dr Goran Ševo

Štampa: Draslar partner

U poslednjih nekoliko decenija u Srbiji se registruje demografski trend starenja stanovništva. Uporedo sa tim dolazi do porasta kontingenta najstarijih starih osoba ("stari stari"). Ovakvo povećanje zastupljenosti starih u ukupnoj populaciji zahteva posebnu pažnju celokupne društvene zajednice, posebno zdravstvenog i socijalnog sektora, kako bi se pravovremeno i efikasno moglo reagovati na povećane potrebe ove vulnerabilne populacione grupe.

Imajući u vidu sve specifičnosti procesa starenja i starosti, pre svega izražen multimorbiditet i funkcionalnu zavisnost, savremeni pristupi u zaštiti starih promovišu pre svega preventivne aktivnosti koje imaju za cilj sprečavanje nastanka komplikacija hroničnih oboljenja i funkcionalne zavisnosti u starosti, kao i prevremene smrtnosti.

Nadamo se da će ova publikacija doprineti boljem kvalitetu usluga primarne zdravstvene zaštite i očuvanju kvaliteta života starijih građana Beograda.

PREDRASUDE PREMA STARENJU

Z. Djordjević, P. Erceg, N. Despotović, D. P. Milosević, M. Davidović

Kliničko-bolnički centar "Zvezdara"
Interna klinika, Kliničko odeljenje za gerijatriju

Termin "ejdžizam" prvi je upotrebio Batler 1969. godine kako bi u jednoj reči izrazio sistematsko stereotipiziranje i diskriminaciju baziranu na godinama starosti(1).

Ejdžizam je široko rasprostranjena pojava koja obuhvata sve strukture društva i sve uzrasne grupe(2). Posle rasizma i seksizma, smatra se trećom velikom, po nekim, najsurovijom predrasudom. Pored brojnih karakteristika, koje su zajedničke za rasizam, seksizam i ejdžizam, ejdžizam ima jednu specifičnost u odnosu na predhodna dva:

- ukoliko živimo dovoljno dugo, svi možemo postati njegove žrtve(3).

Negativan uticaj ejdžizma jasno je vidljiv u tri velike oblasti društvenog života:

1. diskriminacija na radnom mestu,
2. neravnopravan položaj u sistemu zdravstvene zaštite i
3. socijalna stigmatizacija (4-6).

Dve osnovne komponente ejdžizma su:

- predrasude i
- diskriminacija.

Predrasude su koncipirane tako da obezvređuju određenu grupu ljudi i podvode ih pod stereotipe. Njihova karakteristika je da se lako šire i prodiru u društvene stavove utičući na formiranje negativnog mišljenja i odnosa prema toj grupi.

Brojna istraživanja su pokazala da je ejdžizam u najvećem broju slučajeva proizvod i posledica socijalizacije. Usvajanje određenih stavova, načina mišljenja i modela ponašanja koji se u određenom društvu smatraju poželjnim mogu, i najčešće dovode, do usvajanja predrasuda prema starosti i starima. Savremeni vrednosni sistem promoviše ideale poput brzine, promena, snage, uspeha, takmičenja, moći, lepote, zdravlja, vrednosti koje se isključivo vezuju za mladost. Lako se ovde nigde eksplisitno ne govori protiv starosti, čak se i ne pominje, jasno je da su osobine koje nju karakterišu sušta suprotnost onome što je poženjno te i starost dobija negativnu konotaciju.

U prilog tvrdnji da su predrasude prema starosti i starima stečene i naučene, a ne urodene i samonastale, govore studije koje uglavnom pokazuju postojanje pozitivnih stavova o starosti kod dece mlađeg uzrasta, kao i podatak

da mladi, koji su kroz različite školske programe i projekte bili u kontaktu sa starijima, imaju pozitivniji stav prema njima u odnosu na svoje vršnjake(7-10).

Slični rezultati dobijeni su u istraživanju prof. M. Davidovića prezentovanim u radu: Ageism: Does it Exist Among Children?(11).

Israživanje je obuhvatilo tri uzrasne grupe:

- decu školskog uzrasta starosti od 10 do 16 godina;
- medicinske sestre sa radnim iskustvom u radu sa starima starosti od 20 do 47 godina;
- starije osobe, pacijenate gerijatrijskog odeljenja, starih od 65 do 85 godina.

U istraživanju je korišćena anketa sastavljena od tri simplifikovana pitanja:

1. da li je starost neprivlačna?
2. koliko je star star čovek?
3. šta treba raditi da bi se dugo živilo (šta je dobro za dugovečnost?)

Rezultati su pokazali da je 59% dece odgovorilo negativno na prvo pitanje, tj. da ne misle da je starost ružna, iz čega bi se moglo zaključiti da imaju pozitivan stav prema starosti i starenju. 29% ispitanice dece smatra da je starost ružna, dok 12 % smatra da starenje nije tako loše.

Dok su medicinske sestre su u najvećem broju odgovorile da starost sama po sebi nije ružna, već da zavisi od osobe i njenog stava prema starosti i opštег zdravstvenog stanja, većina starijih ispitanika starost smatra ružnom (neprivlačnom), dok ostali ispitanici oko 1/3 njih ne smatraju starost nužno neprivlačnom, već smatraju da to zavisi od zdravlja osobe.

Tabela 1. - odgovori ispitanika na anketu

	odgovori dece (n =56)	odgovori medicinskih sestara (n=48)	odgovori starih osoba (n=58)
1. pitanje: da li je starost neprivlačna?	ne 33 (59%) da 16 (29%) nije loša 7 (12%)	ne 4 (8%) uslovno (ne ako je osoba zdrava) (85%) da 3 (7%)	ne 19 (33%) da 39 (67%)
2. pitanje: koliko je star star čovek?	35 - 80 godina u proseku 63 godine	50 - 75 godina u proseku 60 godina	45 - 80 u proseku 67 godina
3. potanje: šta treba raditi da bi se dugo živilo (šta je dobro za dugovečnost)?	tačan odgovor 54 (96%) netačan odgovor 1 (2%) bez odgovora 1 (2%)	tačan odgovor 48 (100%) netačan odgovor 0 (0%)	tačan odgovor 57 (98%) netačan odgovor 1 (2%)

Od sve tri grupe ispitanika najpozitivnije stavove prema starosti izrazila su deca, a čak i onaj procenat koji starost smatra ružnom obrazlaže to blizinom smrti, što ukazuje da određena deca imaju negativan stav prema starenju, a ne prema starim osobama.

Širenje predrasuda prema starima najčešće je neprimetno i nenamerno. Najveći problem je uočavanje i iskorenjivanje ejdžističkih stavova. Čak i naizgled bezazlene šale ili izbor reči koje se često koriste kada se govori o starosti mogu uticati na formiranje negativnih predstava i odnosa.

Diskriminacija, s druge strane, predstavlja delanje, akciju, sprovođenje predrasuda. Diskriminacija može biti pojedinačna, ispoljena u svakodnevnim međuljudskim odnosima, ili pak institucionalna, široko primenjena, dakle društvena. Njen rezultat je znatno drugaćiji tretman starih ljudi.

Ona se može na institucijalnom i društvenom nivou manifestovati na više načina:

- putem uskraćivanja određenih usluga starim osobama (neki vidovi zdravstvene ili socijalne zaštite, po pitanju zapošljavanja, stambenih pitanja...);
- putem nedostupnosti određenih usluga starima;
- kroz nemogućnost ostvarivanja postojećih prava;
- neustanovljavanjem posebnih usluga i prava koje omogućavaju starima da zadovolje svoje specifične potrebe i ostvare zadovoljavajući kvalitet života i slično.

Ilustracija ovakve diskriminirajuće prakse, koja postoji čak i među onima koji su se opredelili za takozvane pomažuće profesije može se naći u članku: "Save the Young - the Elderly have lived their Lives: Ageism in Marriage and Family Therapy" gde je opisan slučaj dva para sa veoma sličnim problemima koja su se obratila savetovalištu za pomoć. Stariji par gotovo da nije shvaćen ozbiljno i upoređivanjem preduzetih terapijskih postupaka u oba slučaja jasno se pokazao nedovoljan i neadekvatan angažman stručnih radnika zaduženih za stariji par(12).

U oblasti zdravstvene zaštite možemo naći još primera. Ako se obrati pažnja na lekove koji su u upotrebi vidimo da se veliki broj medikamenata, koji nisu preporučeni za gerijatrijske pacijente ipak koriste u njihovom lečenju. Zapravo, ovakva praksa i ne čudi, obzirom da većina farmaceutskih kuća, ispitujući nove lekove za ispitanike ne uzima populaciju stariju od 60 godina. Ovo je posebno važno jer se radi o medikamentima za hipertenziju, kardio-vaskularna oboljenja, rak, dakle, za bolesti u velikom procentu prisutne u starijoj životnoj dobi. Razlog ovakvog izbora ispitanika najverovatnije leži u činjenici da bi zastupljenost ispitanika starijih od 65 godina pokazala veći broj neželjenih efekata testiranog leka, te bi i rezultati studija bili znatno nepovoljniji. Ovakvom praksom dobijaju se lekovi koji se preporučuju za lečenje starijih osoba, a da oni pri tom nisu ni bili zastupljeni u izstaživanju . Gotovo je nezamislivo da bi se u lečenju dece moglo

dogoditi da se prepisuje lek koji nije testiran na adekvatnom uzorku i preporučen za pedijatrijsku upotrebu(13).

Za razliku od predrasuda, diskriminacija je lakše uočljiva, pa se samim tim, može lakše i ispravljati.Ukoliko se proklamuju jednaka prava za sve uzrasne grupe diskriminatorska praksa se barem na društvenom, institucionalnom nivou može suzbiti, ali predrasude i individualna diskriminacija koja iz njih proističe, teško se iskorenjuju.

Iako se često ističe da je ejdžizam problem novijeg datuma i tvorevina modernog društva, on to nije.Koliko je star i ujedno aktuelan ovaj problem možda će najbolje dočarati jedna rečenica iz Platonove "Države" izrečena u dijalogu između starca Kefala i Sokrata: "Reći ti o Sokrate, Zevsa mi ... da stari ljudi trpe uvrede od svojih ukućana i rođaka ...". Diskriminacija starih se ranije odvijala u porodicama, iza zatvorenih vrata, ali ju je savremen način života i promene koje je on doneo, učinio uočljivijim i masovnjom.

Zaoštravanju međugeneracijskih odnosa i širenju ejdžizma modernizacija društva doprinela je višestruko:

Prvo, kroz napredak nauke, medicine i poboljšanje kvaliteta života, što je rezultiralo povećanjem broja starih u ukupnom broju stanovnika.

Drugo, kroz raspad tradicionalne porodice u kojoj su o starima brinuli mlađi članovi porodice, dok se sada težiše brige prebacuje na društvo.

Treće, kroz izmenjen sistem vrednosti u kome nema mesta za starost i sve ono što ona nosi sa sobom ili barem za ono za šta se veruje da ona sobom nosi.

Tri osnovne predrasude vezane za starost koje se sreću kod ljudi su:

- **nesposobnost u starosti je univerzalna;**
- **nesposobnost u starosti je trajna (jednom izgubljena funkcija nikad se više ne može obnoviti);**
- **nesposobnost koja nastaje u starosti je isključivo uslovljena biološkim procesima(14).**

Pored generalnih stavova većina takođe predpostavlja i da su:

- svi stari ljudi bolesni;
- svi stari ljudi sami i usamljeni;
- svi stari ljudi neproduktivni;
- svi stari ljudi depresivni;
- svi stari ljudi slični;
- da se ponašaju kao deca;
- da nemaju ništa da ponude društvu;
- da je starost doba nemoći i
- da su svi stari neminovno senilni.

Činjenica da se ovakvi stavovi uče i stiču tokom života, treba da nas ohrabri u razvijanju strategije koja će spriječiti dalje širenje predrasuda prema starima s jedne i promovisati prednosti starijeg životnog doba, s druge strane.

LITERATURA:

1. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* 1969;9(4): 243-6.
2. Palmore E. The ageism survey: first findings. *Gerontologist* 2001;5: 572-5.
3. Nolan M. Ageism: What's in a Word? *J Adv Nurs* 2003;41(1): 8-9.
4. Macgregor D. Editorial: neglecting elders in the workplace: civil society organizations, ageism, and mandatory retirement. *Can. J. Aging.* 2006;3: 243-6.
5. Reyna C, Goodwin EJ, Ferrari JR. Older adult stereotypes among care providers in residential care facilities: examining the relationship between contact, education, and ageism. *J. Gerontol. Nurs.* 2007;2: 50-5.
6. Ward D. (2000). Ageism and the abuse of older people in health and social care. *Br. J. Nurs.* 2000;9: 560-3.
7. Newman S, Faux R, Larimer B. Children's views on aging: their attitudes and values. *Gerontologist* 1997;3: 412-7.
8. Hoe S, Davidson D. The effects of priming on children's attitudes toward older individuals. *Int. J. Aging. Hum. Dev.* 2002;4: 341-366.
9. Marks R, Newman S, Onawola R. Latency-aged children's views on aging. *Educ. Gerontol.* 1985;11: 89-99.
10. Lichtenstein MJ, Pruski LA, Marshall CE, Blalock CL, Lee S, Plaetke R. Sentence completion to assess children's views about aging. *Gerontologist* 2003;6: 839-848.
11. Davidovic M, Djordjevic Z, Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP. Ageism, does it exist among children? *The Scientific World Journal* 2007;7:1134-9..
12. Ivey DC, Wieling E, Harris SM. Save the young - the elderly have lived their lives: ageism in marriage and family therapy. *Fam Process* 2000;39(2):163-75.
13. Davidovic M. Therapeutic ageism. *Eur J Intern Med* 2006;17(4):305
14. Mc Minn B. Ageism: the challenge for nursing. *Aust Nurs J* 1996;3(10):18-21

ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE POTREBA STARIH

Goran Ševo

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

U prvom delu izlaganja biće napravljen kratak vodič kroz definicije i teorijske koncepte relevantne za sveobuhvatno razumevanje potreba starih. U drugom delu, na primeru gore pomenutog istraživanja, biće i praktično demonstrirana sva delikatnost ovog problema. Namena je da lekaru bez mnogo iskustva u radu sa starima olakšamo jedan pragmatičan pristup ovoj problematici u svakodnevnoj praksi.

Stari predstavljaju vulnerabilnu populacionu grupu čije su potrebe raznovrsne, visoko specifične i nedeljive. Mada ih u svakodnevnom životu kategorizujemo kao zdravstvene potrebe, socijalne potrebe, ekonomске potrebe i mnoge druge, u populaciji starih, više nego u bilo kojoj drugoj dobnoj grupi, ove potrebe su u toj meri međusobno isprepletene i povezane da suštinski predstavljaju jednu nerazdvojivu celinu.

Šta je to što stare čini takо posebnim? Stara osoba je u mnogo čemu jedinstvena u odnosu na druge dobne uzraste. Prestanak aktivnog radnog ciklusa (penzija) neminovno dovodi do ekonomskе fragilnosti - siromaštvo je daleko češće u starih. Odsustvovanje sa posla smanjuje nivo socijalne interakcije vodeći u potencijalnu usamljenost. Zbog nesnalaženja u novim okolnostima života sve ovo može imati za posledicu i promene u psihičkoj sferi, pre svega u obliku jedne reaktivne depresivne reakcije. Na to se nadovezuju i biološke manifestacije procesa starenja koje postepeno dovode do povećane učestanosti hroničnih degenerativnih bolesti. Dolazi do progresivnog opadanja sposobnosti funkcionisanja u fizičkoj sferi, psihičkoj sferi (demencije), ali i svim drugim sferama života. Svest o blizini smrti menja i subjektivni doživljaj duhovnosti stare osobe. Progresivno se razvija onesposobljenost za različite aktivnosti svakodnevног života, drugim rečima nastupaju sve one promene u svakodnevном žargonу predstavljaju sinonim za starost. Pri svemu tome, naglašava se da starost sama po sebi nije sinonim za bolest, ona je samo završni deo životnog ciklusa!

Zaštita starih (eng. Aged care) je u svim razvijenim društvima stoga celovita, multidisciplinarna i multisektorska, ali pre svega jedinstvena - integrativna. Ona objedinjuje delatnost svih društvenih resora i resursa usmerenih na zadovoljavanje mnogobrojnih potreba starih. U njoj učestvuju pre svega zdravstveni i socijalni sektor, ali zajedno i ravnopravno sa njima i svi drugi segmenti društva i partnerske organizacije -humanitarni sektor, dobrovoljci, nevladine organizacije i mnogi drugi. Svetsko iskustvo pokazuje da je zaštita starih

najcelishodnije ostvarena i ekonomski njenisplativija ukoliko se sprovodi na lokalnom nivou. Iz tog razloga, ali i sa stanovišta jednog humanističkog i civilizacijskog pristupa, ove potrebe je (kada god je to moguće), potrebno zadovoljavati u prirodnom okruženju stare osobe - domu i porodici. Otuda toliki značaj ove problematike u primarnoj zaštiti i edukaciji porodičnog lekara.

Diskriminacija starih (eng. Ageism). Nažalost, savremeno društvo se u formiraju svojih vrednosnih sistema pretežno identifikuje sa uzorima koji impliciraju "večitu mladost", "lepotu" i "zdravlje". Kada su u pitanju stari, verovatno baš iz ovog razloga, njihove potrebe ostaju često neadekvatno zadovoljene. Nekada je civilizacijska odrednica starosti bila krajnje pozitivna: starost = mudrost i životno iskustvo. Danas to, nažalost, nije slučaj: starost = bolest i osećanje nemoći. Svaki oblik nezadovoljavanja potreba starih zbog predrasuda vezanih za njihovu poodmaklu životnu dob može se podvesti pod pojam diskriminacije starih.

Kada nastupa starost? Životna dob nastupanja starosti je u mnogo čemu arteficijalno određena kategorija. Hronološka životna dob često ne odgovara biološkoj "starosti". U poslednjih 100 godina, sa poboljšanjem životnog standarda i kvaliteta zdravstvene zaštite hronološka "granica" starosti se stalno produžava. Trenutno, ona je pomerena na 65 ili više godina. Kao statistička kategorija, u savremenim društvima ona se prvenstveno izračunava na bazi dobne granice u kojoj nastupa prestanak aktivnog radnog ciklusa (penzionisanje) i veličine kontingenta "starih" u opštoj populaciji.

Individualne varijacije u starih su daleko izraženije nego u bilo kom drugom životnom dobu. Dve stare osobe istih godina mogu se u pogledu zdravstvenog stanja, mentalnog, fizičkog socijalnog i svih drugih aspekata funkcionisanja značajno međusobno razlikovati. Pojmovi "zdravo" i "patološko" starenje stoga su uvedeni da označe jedan (doduše nedovoljno adekvatan) surogat za opisivanje ove činjenice.

Starenje kao gubitak funkcionalne rezerve - mada ovom prilikom neće biti reči o biološkim teorijama starenja, sa praktičnog stanovišta može se reći da je, ne sama životna dob, zdravlje ili bolest, već pre svega jedno progresivno smanjenje funkcionalne rezerve najpotpunija operacionalizacija pojma starosti. Gotovo svaki segment ljudskog organizma tako je "dizajniran" da u sebi sadrži određeni rezervni kapacitet. Sa starošću ova se rezerva postepeno smanjuje i na kraju potpuno gubi.

Funkcionalna sposobnost iz tog razloga predstavlja jedan od osnovnih pokazatelja stanja stare osobe. U najširem mogućem smislu može se govoriti o sposobnosti funkcionisanja u fizičkoj, mentalnoj, socijalnoj i svim drugim sferama života. Pomenućemo samo nekoliko karakterističnih pojmoveva od šireg značaja. Aktivnosti svakodnevnog života (eng. ADL) i instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života (eng. IADL) vezane su za funkcionisanje u fizičkoj sferi. ADL i IADL, međutim, jasno demonstriraju činjenicu da je podela po odvojenim funkcionalnim sferama neadekvatna, a i sami instrumenti za procenu u osnovi su komponzitni. Oni

istovremeno procenjuju više sfera funkcionisanje individue kao jedne nedeljive celine. Tako na primer, sposobnost za izvođenje određenog funkcionalnog zadatka, odnosno stepen zavisnosti od tuđe pomoći u njegovom obavljanju (recimo sposobnosti za samostalno oblaćenje, spremanje i uzimanje hrane, obavljanje lične higijene itd.) u sebi objedinjuju ne samo prisustvo fizičkog funkcionalnog ograničenja, nego i faktor volje, motivaciju i prethodnu kompetentost za njegovo izvođenje. Socijalna integracija može se "meriti" odgovarajućim instrumentima za procenu socijalne aktivnosti (SAI), mentalna i kognitivna kompetentnost kratkim testovima, kao što je "mini mental scale", integrisane funkcionalne celine i zadaci upotreboom ostalih složenih instrumenata (SF36) i tome slično.

Pet dimenzija zdravlja - Iz prethodnih primera nije teško naslutiti da je čak i izuzetno široka i holistička definicija zdravlja Svetske zdravstvene organizacije (WHO 1946) u osnovi neadekvatna da u potpunosti sublimira sve aspekte zdravstvenog stanja stare osobe. Stoga je adekvatnije govoriti o pet dimenzija zdravlja: fizičko, mentalno, socijalno zdravlje, subjektivni doživljaj zdravlja i funkcionalna sposobnost.

Gerijatrijska procena - sve navedeno jasno ukazuje koliko je kompleksan zadatak lekara i svih ostalih članova tima u proceni stanja i potreba stare osobe. Pošto su potrebe stare osobe kompleksne i nedeljive, gerijatrijska procena je multidimenzionalna i podrazumeva multidisciplinaran i timski rad.

Gerijatrija i gerontologija - i na kraju, sa aspekta lekarske struke, ali i sa aspekta svih drugih relevantnih profesija, potrebno je napraviti jasnou terminološku distinkciju. Gerijatrija je medicina starih osoba (baš kao što je pedijatrija medicina dečijeg uzrasta). Gerontologija je nauka o starenju i karakteristikama starih osoba i starosti. Ona uključuje ne samo delatnost lekara i zdravstvenog osoblja, već i sve ostale profesije koje se bave fenomenima procesa starenja: sociologe, psihologe, biologe, antropologe, ekonomiste i mnoge druge. Razumevanje ove distinkcije olakšava interdisciplinarnu saradnju.

Primer:

ISTRAŽIVANJE - PROCENA SOCIJALNO-ZDRAVSTVENIH POTREBA STANOVNIKA GRADA BEOGRADA STAROSNE DOBI 80 I VIŠE GODINA: Goran Ševo, Sanja Jankelić, Marija Tasić, Lj. Kozarević, Boris Tomašek. **Gradski zavod za gerontologiju, Beograd**

U poslednjih nekoliko decenija u Srbiji se beleži stalni porast populacije starih (Republički zavod za statistiku Srbije, 2002). Uporedo sa ovim dolazi i do porasta kontingenta najstarijih starih osoba ("stari stari"). Prema rezultatima poslednjeg popisa, 15,7% stanovnika Beograda (N=247.029) je starije od 65 godina. Istovremeno u ukupnoj populaciji grada Beograda bilo je 1,8% starih 80 i više godina (N=28.437). Danas je malo dostupnih informacija o obimu i vrsti potreba za ovaj starosni segment.

Gradski zavod za gerontologiju Beograd sproveo je istraživanje kojim su merene potrebe starih stanovnika Beograda. Ovaj zadatak je osmišljen u dve celine. Prvi deo bio je usmeren na populacioni segment stanovnika starih 65-79 godina, drugi deo na najstarije stanovnike životne dobi 80 i više godina.

METODOLOGIJA

U radu su prezentirani rezultati utvrđivanja potreba najstarijih stanovnika Beograda (80 i više godina - "stari stari") na osnovu reprezentativnog uzorka od N=574 osoba iz 10 opština užeg gradskog područja. Istraživanje je studija preseka sprovedena u drugoj polovini 2004 na uzorku dobno-ciljanog segmenta populacije grada Beograda koji je napravio Gradski zavod za statistiku na bazi aktuelnih biračkih spiskova. Sve izabrane osobe bile su u trenutku formiranja uzorka (maj 2004 godine) stare 80 ili više godina.

Podaci su prikupljeni putem upitnika koji je popunjavan u domu anketirane osobe. Pitanja su se odnosila na socijalnu i zdravstvenu oblast: (1) osnovni socio-demografski podaci, (2) socijalna aktivnost i socijalna integracija, (3) zastupljenost zdravstvenih rizika i ishrana, (4) zdravstveno stanje ("self-reported" bolesti) i prisustvo 24 znaka i simtoma, (5) funkcionalna sposobnost procenjena na osnovu sposobnosti izvršavanja dnevnih aktivnosti, (6) dostupnost i korišćenje zdravstvene zaštite, (7) procena potreba za različitim specijalizovanim uslugama za starije osobe i (8) SF-36 (Ware, EJ, 1993).

Ispitanici su pozvani da učestvuju u istraživanju pismenim putem, a pre ankete od njih je zatražen pismeni pristanak za dobrovoljno učešće na bazi potpunog razumevanja njenih ciljeva. Zaštita privatnosti i identiteta učesnika u potpunosti je poštovana.

PARTICIPACIJA

Podaci ankete odnose se na N=268 stanovnika Grada Beograda. Prosečna starost ovih ispitanika bila je 83,72 godina (SD=3,20), 83,6 godina kod muškaraca (SD=2,89) i 83,8 u žena (SD=3,41). Najstariji ispitanik bila je žena stara 98 godina.

Tabela 1. - Participacija (broj i procenat) prema polu i kategoriji ispitanika

	Broj			Procenat (%)		
	M	Ž	M+Ž	M	Ž	M+Ž
Anketirani	108	160	268	47,0	41,7	43,6
Umrli	40	38	78	17,4	9,9	12,7
Institucionalizovani	1	8	9	0,4	2,1	1,5
Nepoznato	60	132	192	26,1	34,4	31,3
Odbili	21	46	67	9,1	12,0	10,9
Ukupno	230	384	614	100.0	100.0	100.0
Obradeno*	209	338	547	91%	88%	89%

*(obrađeno = ukupno - odbili)

Ukazuje se na izuzetno veliki broj (N=192) ispitanika, koje nije bilo moguće pronaći na dobijenim adresama (31,3%). Ovaj podatak je naročoto interesantan obzirom na to da je uzorak dobijen iz aktuelnih biračkih spiskova ("nepoznato"). Sa druge strane, 12,7% osoba iz uzorka su registrovani kao "umrli", što je takođe teško objasniti. Institucionalizovane osobe (1,5%) nisu uključivane u intervju.

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI I SOCIJALNA INTEGRACIJA

Veoma visok procenat anketiranih prijavljuje fakultet (20,9%), višu (10,3%), ili srednju školu (33,2%) kao najviši stepen završenog obrazovanja. Treba naglasiti da u tom smislu postoje izražene polne razlike u korist muškaraca. Penzija je ubedljivo najčešći osnovni izvor prihoda (93,8%). Među ispitanicima preovladuju udovci/udovice (N=164; 61,2%), što je razumljivo obzirom na njihovu uznapredovalu životnu dob. U uzorku je bilo gotovo pet puta više oženjenih muškaraca (N=66; 61,1%), nego udatih žena (N=20; 12,5%), ali je zato procenat udovica duplo veći (N=127; 79,4%) nego udovaca (N=37; 34,3%).

Interesantno je navesti da 78% anketiranih osoba navodi da se "često" (svakodnevno ili jednom nedeljno) viđa sa članovima svoje porodice, ali samo 47,4% njih i zaista učestvuje u raznim porodičnim aktivnostima.

Veoma mali broj anketiranih daje podatak o učešću u radu lokalnih udruženja i organizacija, uz isti broj potvrđnih odgovora o posećivanju različitih kulturnih manifestacija (N=15; 5,6%). Kao razlog neposećivanja najveći broj navodi (loše) zdravstveno stanje (65,3%).

Većina ispitanih (N=187; 69,8%) ne učestvuje u religioznim manifestacijama. Od onih koji učestvuju (30,2%) preko 80% učestvuje u njima "redovno". Samo četvrtina anketiranih (N=66; 24,6%), kao razlog neučestvovanja u religioznim aktivnostima navodi da su ateisti.

Zdravstveno rizična ponašanja i ishrana

Pušenje nije bilo prevalentno među anketiranim, jer je samo njih 9,3% pušilo, mada je u ispitivanom uzorku bilo 29,1% bivših pušača, nešto više muškaraca nego žena.

Nabavku hrane najčešće obezbeđuje "porodica" (52,5%) ili sami ispitanici (35,3%), i to češće muškaraci. Pripremanje hrane je takođe daleko najčešće u okviru porodice sa kojom žive (50%) ili samostalno (43,7%), ali ovoga puta uz primetno veću zastupljenost žena. Materijalni momenat igra značajnu ulogu u obezbeđivanju hrane, pri čemu N=83 ispitanika (31%) izjavljuje da im ponekad nedostaje novac za nabavku namirnica, dok njih N=29 (10,8%) daje podatak da im "često" nedostaje novac za nabavku namirnica. Tri od 7 ispitanih grupa namirnica ne unosi se svakodnevno kod 70% ili više ispitanika, što ide u prilog jednom neizbalansiranom unosu.

Funkcionalna sposobnost

Ne računajući najteži ispitivani funkcionalni zadatak ("sposobnost za obavljanje teških kućnih poslova"), procenat ispitanika koji ostale aktivnosti mogu da obavljaju bez teškoća varira od 35% do 90% iz čega se može zaključiti da u opštoj populaciji najstarijih Beograđana postoji znatan broj onih koji nisu u stanju da bez teškoća/tuđe pomoći obavljaju elementarne aktivnosti svakodnevnog života.

Korišćenje zdravstvene zaštite

Dobijeni podaci o prosečnom broju (srednja vrednost) korišćenja pojedinih zdravstvenih usluga ukazuju da je "prosečni broj poseta lekaru" u prethodnih mesec dana iznosio 0,60 ($SD=0,89$; $min=0$ $max=7$), "lekaru specijalisti" 0,41 ($SD=0,93$; $min=0$ $max=8$) "medicinskoj sestri" 0,24 ($SD=0,95$; $min=0$ $max=7$), "laboratorijskih pregleda" 0,30 ($SD=0,61$; $min=0$ $max=5$), "rentgenskih pregleda" 0,09 ($SD=0,33$; $min=0$, $max=3$), "EKG pregleda" 0,16 ($SD=0,47$; $min=0$, $max=4$), "prijema u bolnicu u prethodnih 12 meseci" u proseku 0,17 puta ($SD=0,43$; $min=0$, $max=3$). Interesantno, naši podaci sugerisu da su muškarci češći korisnici zdravstvenih usluga od žena. I pored intenzivnog korišćenja zdravstvenih usluga, prilično visok procenat ispitivanih negativno ocenjuje mogućnost njihovog ostvarivanja.

Uzimanje lekova

Podatak o uzimanju lekova daje informaciju ne samo o korišćenju zdravstvene zaštite već i o sveukupnom zdravstvenom stanju starih. Poznato je da stare osobe boluju od hroničnih bolesti za koje uzimaju jedan ili više lekova. Uduženo prisustvo većeg broja bolesti (komorbiditet) ne opravdava međutim nekritičnu upotrebu većeg broja lekova (polipragmazija), koja je, na žalost, u praksi česta pojava. Ovo istraživanje registrovalo je odgovore ispitanika o broju konzumiranih lekova koje je prepisao lekar u prethodnih nedelju dana, kao i kontinuirano konzumiranje prepisanih lekova u prethodna tri meseca.

Samo je $N=35$ osoba (13,1%) izvestilo je da nisu uzimali ni jedan lek, a njih $N=34$ (12,7%) uzimalo je jedan lek u nedelji koja je prethodila anketi. Procenit onih koji nisu konzumirali nijedan lek u kontinuitetu u prethodna 3 meseca gotovo je identičan ($N=36$; 13,4%), a samo je neznatno veći kada je u pitanju kontinuirano uzimanje jednog leka u tromesečnom periodu ($N=40$; 14,9%). Većina dakle uzima 2 ili više lekova.

Prosečan broj uzimanih lekova u prethodnih sedam dana bio je za sve ispitanike 2,97 ($SD=2,07$; $min=0$, $max=11$), nešto manji za muškarce (2,72; $SD=2,17$; $min=0$, $max=11$), nego za žene (3,15; $SD=1,99$; $min=0$, $max=8$). Prosečan broj kontinuirano konzumiranih lekova u prethodna tri meseca bio je samo neznatno manji, odnosno, za sve ispitanike iznosio je 2,86 ($SD=2,0$; $min=0$, $max=10$), i ovoga puta nešto manji za muškarce (2,56; $SD=2,02$; $min=0$, $max=10$), nego za žene (3,06; $SD=1,97$; $min=0$, $max=8$). 35,1% ispitanika ($N=94$) uzima neki

od lekova koji im pomaže da spavaju, znatno više žena (N=66; 41,3%), nego muškaraca (N=28; 25,9%).

Simptomi i znaci

Simptomi i znaci čine jedno značajno subjektivno iskustvo objektivnog prisustva bolesti. Pet najčešćih simptoma u svih ispitanika bili su: "umor ili osecanje nemoći", "tištanje ili bolovi u zglobovima ili krstima", "neraspoloženje za rad ili nedostatak energije", "lupanje srca" i "osečaj vrtoglavice" koji se javljaju u gotovo 50% ili više ispitanika. Radi se dakle o prisustvu prilično nespecifičnih simptoma koji pre svega ukazuju na uznapredovalo osećanje nemoći. Pri tome, gotovo 15% (pođednako muškaraca i žena) ispoljava neki od vidova urinarne inkontinencije, dok 1,9% muškaraca i 1,3% žena ima stalni ili privremeni kateter. Fekalna inkontinencija je znatno ređa (1,5%).

Morbiditet

Podaci o morbiditetu odnose se na izveštaje anketiranih osoba o obolenjima dijagnostikovanim od strane lekara. Ne radi se dakle o kliničkim, nego o epidemiološkim dijagnozama ("self-reports"). Tokom ankete ukupno je registrovano 468 dijagnoza (185 kod muškaraca i 283 kod žena), dakle u proseku 1,75 dijagnoza po ispitaniku (1,71 kod muškaraca i 1,77 kod žena). Samo kod N=48 anketiranih (17,9%) nije registrovana nijedna dijagnoza (N=18 muškaraca, 16,7% i N=30 žena, 18,8%). Oni kod kojih su dijagnoze bile registrovane u proseku su imali 2,13 dijagnoza (2,06 kod muškaraca i 2,18 kod žena).

Očekivano, rang prvih pet vodećih grupa dijagnoza (iskazano prema Desetoj reviziji međunarodne klasifikacije bolesti, SZO 1996) bio je sledeći: (1) bolesti sistema krvotoka - grupa IX (46,2% od svih registrovanih dijagnoza), (2) bolesti mišićno-koštanog sistema i vezivnog tkiva - grupa XIII (15,6%), (3) bolesti nervnog sistema i čula - grupe VI, VII i VIII (8,3%), (4) bolesti sistema za varenje - grupa XI (7,5%) i (5) Bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem, ishrane i metabolizma - grupa IV (6,6%). Rang ovih pet grupa dijagnoza praktično je identičan u muškaraca i u žena, sa napomenom da su bolesti mokraćno-polnog sistema (grupa XIV) znatno češće registrovane kod muškaraca gde zapravo pretstavljaju treću dijagnozu po rangu (11,4%), nego kod žena (1,8%). Ovo se može objasniti velikom učestalošću obolenja prostate kod muškaraca ovog životnog doba.

Komorbiditet je bio učestala pojava u ispitanom uzorku. N=150 učesnika (56%) imalo je 2 ili više dijagnoza (N=58 muškaraca i N=92 žene). Prisustvo 4 ili više dijagnoza je registrovano kod N=10 muškaraca i N=12 žena.

Korišćenje pomagala / usluga

Veliki procenat ispitanika (82,5%) koristi neko od pomagala koje su bile uvrštene u anketu. U daleko najvećem broju, radi se o korišćenju naočara (N=173) i zubnih proteza (N=99), nakon čega slijedi slušni aparati (N=21) i pelene za

odrasle (N=15). Upotreba ostalih pomagala je sporadična. Neformalni je utisak da je stvarni broj upotrebe pomagala za hodanje znatno veći.

Ispitivane su takođe potrebe za različitim vrstama socijalno-zdravstvenih usluga. Rezultati ankete ukazuju da najveći broj ispitanika pokazuje potrebe za "kućnom negom", "kućnim lečenjem" i "gerontodomaćicom" (16,1%, 16,1% i 14,9%). Pri tome, samo 35,8% izjavljuje da je u stanju da plati za neku od potrebnih usluga ukoliko one ne bi bile besplatne.

U znatnom procentu ispitanici navode da će im u bliskoj budućnosti biti neophodne jedna ili više od navedenih ili drugih vidova pomagala ili pomoći (38,8%; N=104). Najčešće anticipirane potrebne usluge su ponovo bile usluge gerontodomaćice (N=36 ispitanika), kućne nege i kućnog lečenja (N=31).

Tuđa pomoć i stavovi prema lokalnoj zajednici

Najveći broj ispitanika (N=228; 85,1%) izjavljuje da svakodnevno ili kad god je to potrebno dobija pomoći i podršku u svakodnevnim životnim aktivnostima od različitih osoba iz neposrednog životnog okruženja, dok njih 9,7% (N=26) dobija ovaku pomoć "samo u izuzetnim prilikama". Nije međutim bez značaja podatak da 4,9% ispitanika (N=13) nema nikoga i nikada ne dobija ovakve vidove pomoći. Pomoći najčešće pružaju deca ili članovi porodice (74,1%), supružnici (15,6%) te prijatelji, susedi i drugi (10,3%). Ogromna većina (77,2%) smatra da lokalna zajednica treba da povede više računa o specifičnim potrebama starih.

Evaluacija od strane anketara

Posebni utisci anketara registrovani su u neformalnom obliku. Iz ovih komentara se može zaključiti da se u najvećem broju slučajeva radilo o urednim staračkim domaćinstvima. Nekolicina ispitanika živila je u domaćinstvu sa članovima porodice koji su bili alkoholičari, a po kontekstu međusobnih odnosa moglo se indirektno naslutiti da su oni mogli biti izloženi različitim vrstama zlostavljanja.

Nadalje, naglašava se da je veliki broj ispitanika na različite načine neformalno ukazivao na delikatnosti svoje materijalne situacije. I pored toga, loše materijalno stanje se nije moglo primetiti na osnovu prostog uvida u izgled posećenih domaćinstava. Očigledno je da većina starih osoba ove životne dobi živi skromno i prilagođava se raspoloživom budžetu. Značajan broj uživa različite oblike pomoći, prvenstveno od strane članova svoje porodice, ali se čak i u nedostatku takve podrške uspešno i dostojanstveno prilagođava skromnim materijanim mogućnostima i svom okruženju.

ZAKLJUČCI

Diskusija ovih podataka svakako je onemogućena činjenicom da slične informacije za našu sredinu jednostavno ne postoje. Posebno osetljiv društveni apsekat odnosi se na porodice starih osoba koje su, deleći sudbinu svojih najstarijih članova, često i same veoma vulnerabilne u društvenom, psihološkom, ekonomskom, i u mnogim drugim sferama.

Čini se da se kao jedan najopštiji zaključak može poneti saznanje da je mnogo toga potrebno, ali mnogo manje u ovom trenutku dostupno najstarijim stanovnicima Beograda, ali i njihovim porodicama koje su usled ograničenih resursa kojima društvo raspolaže ostali osnovni oslonac društvene brige o starima. U ovom trenutku dakle oseća se izraženi nedostatak adekvatnih sistemskih rešenja za kompleksne probleme zaštite starih.

LITERATURA:

1. Svetska zdravstvena organizacija (1996): Međunarodna klasifikacija bolesti - deseta revizija (MKB-10). Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja i Savremena administracija, Beograd.
2. Heikkinen E, Waters WE, Brzezinski ZJ eds. (1983): The elderly in eleven countries: a sociomedical survey. Public Health in Europe 21, World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1-232.
3. Ware EJ (1993): SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Quality metric Inc. Boston, MA.
4. Republički zavod za statistiku Srbije (2002): Popis stanovništva, domaćinstava i stanova u Republici Srbiji. Beograd.
5. WHO (1946). Constitution of the WHO, Reprinted in: basic documents, 37th edition, WHO, Geneva.
6. Republički zavod za statistiku Srbije, Popisi stanovništva 1981-2002. Nepublikovani podaci

STARA OSOBA IZMEĐU VANINSTITUCIONALNOG ZBRINJAVANJA, BOLNIČKOG LEČENJA I DUGOTRAJNE NEGE

Sofija Božinović

KBC " Dr Dragiša Mišović", klinika za Internu medicinu, Odeljenje za gerijatriju

Starenje je prirodni proces u čijoj su osnovi poremećaji homeostatskih mehanizama i gubitak sposbnosti prilagođavanja tokom vremena. Ovo je rezultanta 1. primarnog starenja koje je determinisano naslednim faktorima, 2. sekundarnog starenja - udruženih efekata trauma, stečenih bolesti, i toksičnih faktora, 3. psihosocijalnih promena-stresa, gubitka samopoštovanja, usamljenosti, predrasuda, gubitka posla i 4. fiziološkog propadanja - gubitka rezervi i snage, pokretljivosti, imuniteta, promena metabolizma. Svaka od navedenih komponenata utiču jedna na drugu, a sve zajedno vode u starost(1).

U našoj zemlji broj starih ljudi je u stalnom porastu. Ciljevi savremene zdravstvene zaštite starih su vezani za produženje života, uz očuvanje njegovog kvaliteta, i funkcionalne sposobnosti. Hronološka starost ne odgovara uvek biološkoj starosti, a očuvanje kvaliteta života premašuje značaj dužine života(2). Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije stare osobe su osobe koje imaju 60 i više godina života.

Starenje karakteriše pojava većeg broja hroničnih oboljenja, kao i atipična klinička slika sa kojom se ova oboljenja ispoljavaju (nemi infarkti miokarda, lakuarni asimptomatski infarkti mozga, subklinička hipotireoza, pojava metastaza malignih bolesti bez lokalizacije primarnog procesa)(3).

U starosti se javljaju i takozvani gerijatrijski sindromi, a to su demencija, padovi, inkontinencija, gubitak težine, osecanje slabosti, teža pokretljivost(4). Jasno je da postoje velike razlike između različitih dobnih grupa unutar populacije starih osoba, pa se uglavnom primenjuje podela na "mlade" stare od 60 do 80 godina i "stare" stare tj. starije od 80 godina, jer su kod njih izraženi navedeni gerijatrijski sindromi.

Da bi se na adekvatan način procenila potreba starih ljudi za odgovarajućim vidom zdravstvene zaštite primenjuje se multidimenzionalna funkcionalna procena koja se bazira na uskoj povezanosti principa medicinske dijagnoze, funkcionalne sposobnosti i psihosocijalnih faktora(5). Glavni ciljevi ovog tipa procene obuhvataju postavljanje dijagnoze, izbor terapije, sprovodenje rehabilitacije, adekvatno korišćenje različitih zdravstvenih usluga. U funkcionalnoj proceni starih neophodna su nam saznanja o mogućnostima obavljanja aktivnosti svakodnevnog života, mentalnom zdravlju, fizičkom zdravlju, socijalnim izvorima, ekonomskim izvorima, uslovima okoline, opterećenjem i teškoćama

osoba koje pružaju negu. Aktivnosti svakodnevnog života su grupisane u tri tipa: pokretljivost, instrumentalne aktivnosti (kupovina, kuvanje, rukovanje novcem, uzimanje lekova, upravljanje motornim vozilom), i fizičke aktivnosti (kupanje, oblaćenje).

U praksi, osobe starosti 60-80 godina najčešće zdravstvenu zaštitu ostvaruju u nadležnom Domu zdravlja, u ambulantni, kod ordinirajućeg lekara. Sa starenjem pacijenta opada funkcionalna sposobnost, pokretljivost se smanjuje, kao i mogućnost korišćenja gradskog prevoza ili samostalnog upravljanja motornim vozilom, pa raste potreba za korišćenjem kućnog lečenja. Kućno lečenje i nega je namenjeno osobama koje zbog bolesti i povreda ne mogu da koriste ambulantno lečenje, a nema indikacija za bolničko lečenje. Kućno lečenje predstavlja specifičan vid specijalističkog tretmana koji se odvija u kućnim uslovima, rasterećuje bolničke ustanove, i odgovara bolesnicima kojima je potrebna kontinuirana zdravstvena zaštita i zdravstveni nadzor jer boluju od hroničnih oboljenja koja su često u pogoršanju. Bolesnici ostaju u svojoj porodici što ima veliku psihološku i socijalnu prednost. Ovo se takođe odnosi na pacijente koji imaju ograničenu ili lošu funkcionalnu sposobnost.

U slučaju akutnog oboljenja (akutno hirurško oboljenje, infarkt miokarda, akutno cerebrovaskularno oboljenje, obilno krvarenje iz digestivnog trakta, masivna pneumonija) indikovano je bolničko lečenje za sve bolesnike bez obzira na starost. Dužina hospitalizacije kod ovih bolesnika je nešto duža nego kod bolesnika srednje životne dobi, a osim potrebe da se pojedine kategorije pacijenata upute na rehabilitacioni tretman (posle cerebrovaskularnog inzulta i akutnog infarkta miokarda) ostaje otvoreno pitanje daljeg praćenja ovih bolesnika.

S obzirom da su u pitanju stari, visokorizični bolesnici, indikovano je ne samo zakazivanje kontrole unutar 10-30 dana kod lekara bolničke ustanove koji je lečio ili operisao pacijenta, već i je i otvoreno pitanje kako obezbediti takvom pacijentu dalje nesmetano korišćenje zdravstvene zaštite na za njega najoptimalniji način. U praksi, to znači uputiti pacijenta na korišćenje kućnog lečenja i nege. Na ovaj način se može kontinuiranim praćenjem zdravstvenog stanja u kućnim uslovima prevenirati dalje pogoršanje bolesti i sprečiti nastanak komplikacija (6).

Sprega institucionalne i vaninstitucionalne zdravstvene zaštite je zaživila i u Preporukama Evropskog udruženja kardiologa za lečenje srčane insuficijencije, koja predstavlja oboljenje zbog koga se najčešće i hospitalizuju stare osobe. (7). Naime procenjeno je da se rana rehospitalizacija kod starih osoba sa srčanom insuficijencijom lečenim u Klinikama za srčanu insuficijenciju može prevenirati u skoro 50% slučajeva i to:

- zakazivanjem kontrole pacijentu 10 dana po otpustu iz klinike,
- omogućavanjem pacijentu dostupnost zdravstvene zaštite,

- obraćanjem pažnje na simptome i znake bolesti,
- praćenjem telesne težine uz fleksibilan režim promene doze diuretika,
- edukacijom pacijenta.

Organizovan sistem zdravstvene zaštite za bolesnike sa srčanom insuficijencijom će spriječiti dalje pogoršanje bolesti, a u našim uslovima gde ne postoje Klinike za srčanu insuficijenciju ovo se može postići upućivanjem bolesnika da se posle hospitalizacije i kontrole za 10 dana posle izlaska iz bolnice jave Službama kućnog lečenja.

Ipak, kod nas se mnogo češće kućno lečenje koristi da bi se obezbedila zdravstvena zaštita nepokretnim, inkontinentnim, dementnim osobama, koje imaju hronična oboljenja koja nisu u pogoršanju, ali kliničkom slikom dominiraju njihove sekvele (hemiplegija ili hemipareza i psihorganski sindrom posle cerebrovaskularnog inzulta, polineuropatija donjih ekstremiteta zbog dijabetesa).

Kućno lečenje u velikom broju koriste i bolesnici od malignih oboljenja, posle završetka hirurške, radio i hemoterapije radi palijativnog lečenja, zbog nedostatka stacionarnih ustanova u kojima se sprovodi palijativna terapija tzv. hospisa (hospice).

Sa druge strane porodica, srodnici i prijatelji koji u kućnim uslovima neguju teško obolele i onesposobljene osobe izloženi su velikom stresu i naporu. Veliki broj njih ne želi da prihvati brigu o ovakvim bolesnicima i insistira na njihovom smeštaju u ustanove koje se bave dugotrajanom negom, a u našim uslovima to su domovi za stare, ili im uskraćuje propisanu terapiju da bi došlo do pogoršanja zdravstvenog stanja i neodložnog ponovnog prijema u bolnicu.

Kako to izgleda u praksi?

Pacijentkinja N. M. stara 82 godine primljena je u Metaboličku jedinicu, zbog visokih vrednosti glikemija, preko 56 mmol/l, i ketoze (aceton u urinu pozitivan). U ličnoj anamnezi podatak da se leči od dijabetesa mellitusa 15 godina unazad, 2 godine sa insulinском terapijom, ima dijabetičnu nefropatiju i polineuropatiju. Leči se od hronične srčane insuficijencije, prebolela je pre 10 godina anteroseptalni infarkt miokarda i ima opstruktivni bronhitis. Na CT-u mozga viđene stare multiinfarktne promene, desna ruka i noge sa znacima hemipareze. Funkcionalna sposobnost ograničena, kreće se uz pomoć drugog lica zbog dijabetične polineuropatije na donjim ekstremitetima i sekvela multiinfarktnih promena mozga. U poslednjih mesec i po dana ovo je treća hospitalizacija zbog neregulisanih vrednosti glikemija. Otpuštena je iz bolnice pre 10 dana sa dobro regulisanim vrednostima glikemije (6,3-8,2 mmol/l), i preporukom da uzima 18 jedinica srednjedelujućeg insulinu u jednoj dozi, ujutro. Pri prijemu, u 19 sati, bolesnica dehidrirana, somnolentna, verbalni kontakt se teško uspostavlja, svi podaci praktično dobijeni heteroanamnestički, od sina. Bolesnica živi sa sinom, snahom i unukom. U toku noći u jedinici intenzivne nege dobijala insulin preko

perfuzora, adekvatno rehidrirana, i ujutro glikemija u značajnom padu 15,5 mmol/l, bez ketoze. Stanje svesti bolje, uspostavlja se kontakt i na pitanje ko joj je davao insulin, bolesnica odgovara da se uopšte ne seća da ga je dobijala. Ostaje otvoreno pitanje da li se ona zbog kognitivnog deficit-a ne seća da je dobijala terapiju, ili su članovi njene porodice "zaboravili" da joj daju insulin. Inače, bolesnica zbog slabovidosti ima penkalo za sprovođenje insulinske terapije, pa ne mora da dolazi patronažna sestra iz Doma zdravlja, već terapiju mogu da daju ukućani, a samoj bolesnici je zbog hemipareze teško da sebi daje insulin. Ova porodica najverovatnije brigu oko ostarelog bolesnika rešava nepridržavanjem ili čak uskraćivanjem terapije, svesni činjenice da će bolesnica biti tada primljena u bolnicu što njih rastereće brige oko nje za neko vreme.

Nažalost, raste broj najbližih srodnika koji ne žele da brinu o ostarelim bolesnicima, naročito ako su to ljudi koji su dementni, sa lošom funkcionalnom sposobnošću ili inkontinentni. Zdravstvena služba treba da prepozna visoko rizične stare osobe, a to su oni koji su nedavno bolnički lečeni, ili oni sa hroničnim oboljenjima kao što je koronarna bolest, dijabetes melitus, kao i oni koji žive sami i da im obezbedi kućno lečenje ili samo zdravstveni nadzor u kući (posete patronažne sestre) da bi se na vreme sprečila dalja progresija postojećih oboljenja i obezbedila adekvatna primena terapije.

Ukoliko su se javile sekvele oboljenja, kao hemiplegija, kontrakte, posle cerebrovaskularnog inzulta i neuspešne rehabilitacije, potrebno je i porodicu i pacijenta obavestiti o daljim mogućnostima pružanja zdravstvene zaštite: u kućnim uslovima, preko službe kućnog lečenja uz dalje angažovanje cele porodice, kao i mreže rodbine i prijatelja, što je bolje za pacijenta jer ostaje u svojoj sredini ali iziskuje veliki napor za pružaoca nege, ili smeštaj u dom za stara lica. Ovo rešenje rastereće nedovoljno motivisanu i nezainteresovanu porodicu, ali oboleli obično loše prihvata novu sredinu.

Cinjenica je da rastući broj starih, a među njima je puno onih nastarijih, preko 80 godina, sa gerijatrijskim sindromima, predstavlja ozbiljan problem sa kojim se suočava zdravstvena služba, pa i socijalna služba jer su to često osobe koje žive same posle smrti bračnog druga, a rodbina ne želi da se brine o njima. Pored neophodnosti da se organizacija zdravstvene službe prilagodi potrebama ove populacije koja je u stalnom porastu i prevencija komplikacija hroničnih nezaraznih oboljenja predstavlja jedan od načina pristupa ovom problemu. Stari ljudi koji ostaju zdravi, pokretni i dožive duboku starost su oni koji ne puše, hodaju 3 km svakog dana, uzimaju voće i povrće svakog dana, imaju sistolni krvni pritisak ispod 140 mm Hg, ukupni holesterol im je ispod 5 mmol/l, a LDL holesterol ispod 3 mmol/l, nisu gojazni niti su dijabetičari (8). Primenom preventivnih mera koje započinju još u mlađem i srednjem životnom dobu obezbediće se ne samo produženje života, već i zdravo starenje, uz očuvanje kvaliteta života bez komplikacija i onesposobljenosti.

LITERATURA:

1. Vojvodić N, Božović D, Božinović S. Osnovne psihofizičke osobenosti i funkcionalna sposobnost starih osoba. Simpozijum "Novine iz gerontologije". Beograd 1992. Zbornik radova: 9-27.
2. Davidović M. Specifičnosti oboljevanja u trčem životnom dobu. Simpozijum o kućnoj nezi i kućnom lečenju, Sombor 1996, Zbornik radova, 18-23.
3. Božinović S. Kardiovaskularna oboljenja kod bolesnika sa cerebrovaskularnim insultom starih 60 i više godina. Subspecijalistički rad. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd 2006.
4. Rich MW. Heart failure in the oldest patients: The Impact of Comorbid Conditions. Am J geriatr cardiol. 2005; 14 (3): 134-141.
5. Božović D, Vojvodić N, Kozarević Lj. Funkcionalna procena starih - dosadašnja iskustva, mogućnosti, trendovi. Simpozijum o kućnoj nezi i kućnom lečenju, Sombor 1996, Zbornik radova, 54-62.
6. Vojvodić N, Božinović S, Ilić D. Dijagnostika, lečenje i prevencija komplikacija kardiovaskularnih bolesti kod bolesnika na kućnom lečenju, septembar 2000. Seminar za lekare kućnog lečenja i nege u organizaciji IMC (International Medical Corps)
7. ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure. European Heart Journal : 2005; 26: 1115-1140.
8. ESC Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : 2007;4 (Suppl.2).

MODEL ZBRINJAVANJA STARIH U KUĆNIM USLOVIMA

Ljiljana Žikić

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Ljudski vek nije nikada bio ovako dug kao danas. Demografske projekcije ukazuju da će 2025. godine jedna trećina svetske populacije biti starija od 65 godina. Potrebe za zdravstvenim i drugim uslugama rastu sa godinama starosti. Porast populacije starih predstavlja izazov za organizovanje i obezbeđivanje usluga zdravstvene zaštite, između ostalog i zbog pitanja finansiranja kontinuirano rastućeg broja zahteva za ovim uslugama. Jednostavno rečeno, aktuelni zahtevi rezultiraju iz procesa demografske tranzicije.

U skladu sa demografskim, epidemiološkim i ekonomskim promenama, kao i sa razvojem medicinske tehnologije, zdravstvena zaštita, pa i zaštita starijih, pretrpela je dosta promena u poslednjih nekoliko decenija.

Zdravstvena zaštita starijih u Srbiji je regulisana Ustavom i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Populaciji starijih u našoj zemlji primarna zdravstvena zaštita obezbeđuje se kroz usluge koje pružaju domovi zdravlja i kroz kućna lečenja. Sekundarna i tercijalna zaštita obezbeđuje se u gerijatrijskim jedinicama u okviru kliničko-bolničkih centara u Beogradu i u stacionarima u okviru domova za stare. Primetan je nedostatak institucionalnih kapaciteta za starije. Drugčije rečeno, nedostaje veći broj gerijatrijskih bolnica, odnosno gerijatrijskih odeljenja u kojima bi se adekvatno odgovorilo na zdravstvene potrebe starih, imajući u vidu njihovu ukupnu fizičku, mentalnu i psihosocijalnu različitost od ostalih grupa, kao i specifičnu i atipičnu simptomatologiju oboljenja u starosti.

Zlatno pravilo gerontologije kaže da starija osoba treba da ostane u svom domu i svom socijalnom okruženju što je duže moguće. U skladu sa tim pre dvadeset godina formiran je Zavod za gerontologiju, Beograd kao jedinstvena i specijalizovana zdravstvena ustanova koja obezbeđuje vaninstitucionalnu zdravstvenu zaštitu starih. Po delatnosti, načinu rada i obimu, kadrovskim kapacitetima i tehnološkoj opremi, Zavod zapravo jeste bolnica u kući.

S obzirom da je vaninstitucionalna zaštita jedan od najhumanijih i najracionalnijih vidova zbrinjavanja postoji opšta saglasnost da je potrebno podsticati dalji razvoj kućnog lečenja i nege, jer se na ovaj način može prevenirati institucionalizacija i značajno očuvati kvalitet života u godinama duboke starosti. Naročito je potrebno uspostaviti i dalje razvijati ovakav vid zaštite u unutrašnjosti zemlje i u ruralnim predelima, gde je dostupnost institucionalnih kapaciteta namenjenih zdravstvenoj zaštiti starijih manja. Pri tome, vaninstitucionalna zaštita ne može se smatrati alternativom institucionalnoj zaštiti. Ova dva vida zaštite su

komplementarni i trebalo bi da budu tako povezani u sistemu usluga da omogućavaju starijim osobama kvalitetnu zaštitu uz najmanje troškove.

U definisanju mera i obezbeđivanju usluga zdravstvene zaštite populaciji starijih osoba, Zavod insistira na primeni principa savremene gerijatrije i gerontologije. Jedan od neprikosnovenih principa jeste multidimenzionalni pristup u proceni stanja zdravlja, uključujući ne samo procenu fizičkog i mentalnog zdravlja, već i socijalnog, funkcionalnog statusa obolelog, kao i subjektivnu procenu zdavlja. Ovakav pristup iziskuje tesnu koordinaciju multidisciplinarnog tima, počev od lekara opšte medicine, lekara specijaliste gerijatra, psihogerijatra, fizijatra, nutricioniste, socijalnog radnika do medicinske sestre.

U obavljanju svakodnevne zdravstvene delatnosti u Zavodu se pružaju preventivne, dijagnostičke, terapijske i rehabilitacione usluge starijima, teško obolelim i funkcionalno zavisnim osobama na deset gradskih opština Beograda. Dnevno u proseku u Zavodu se leči i neguje oko 1400 bolesnika.

Specijalizovane ustanove za zbrinjavanje umirućih bolesnika u Beogradu i Srbiji ne postoje. Novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti pružanje usluga palijativnog zbrinjavanja zvanično je postao deo svakodnevnih aktivnosti Zavoda za gerontologiju, Beograd.

U ambulantama Zavoda svakodnevno se radi na prevenciji nastanka bolesti kao i prevenciji nastanka komplikacija oboljenja, a i na promociji zdravlja i prevenciji patološkog starenja.

U Zavodu se u kućnim uslovima obezbeđuje širok spektar usluga kroz organizovano kućno lečenje i negu.

Tim za prijem i procenu funkcionalnog statusa obavlja prvu posetu obolelom i vrši prvu procenu funkcionalnog stanja, odnosno utvrđuje indikacije i uslove za prijem na kućno lečenje i negu. Tim čine lekar specijalista, viša medicinska sestra i socijalni radnik. Na osnovu standardizovanog upitnika analiziraju se sve potrebe obolelog.

Nakon prijema u Zavod, ordinirajući lekar sa određene teritorije i sestra u timu, obavljaju prvu posetu i otvaraju istoriju bolesti. Lekar pravi plan dijagnostičkih i terapijskih postupaka i zahteva neophodne dodatne konsultativne preglede. Istovremeno kod bolesnika započinje zdravstvena nega prema individualnom programu nege. Program nege čine opšta i specijalna nega uz svakodnevnu procenu parametara zdravstvenog stanja bolesnika od strane medicinske sestre. Medicinska sestra sprovodi i propisanu terapiju.

Kod svih novoprimaljenih bolesnika rade se osnovne laboratorijske analize i snima EKG.

Zbog velike zastupljenosti ispoljenih i naznačenih psihičkih poremećaja u populaciji koju zbrinjava Zavod, kod svakog novoprimaljenog bolesnika vrši se skrining korišćenjem Simon-ovog testa. Na osnovu dobijenih rezultata neuropsihijatar vrši trijažu i posećuje one kod kojih je oboljenje ispoljeno ili postoji visok rizik njegovog nastanka. U svom radu neuropsihijatar koristi i druge

testove kao što su Mini-Mental State Examination (mala skala procene) za kvantifikovanje kognitivnog deficit-a, zatim GDS-Yessavage (gerijatrijska skala depresivnosti) i drugo.

Kod bolesnika koji imaju bol ordinirajući lekar u saradnji sa kliničkim farmakologom koristi skale bola i to McGill-ovu skalu za procenu kvaliteta bola, Numerical 0-10 i Deskriptivnu skalu za procenu jačine bola. Bihevioralna skala se koristi kod bolesnika kod kojih je nemoguće ostvariti komunikaciju. Na osnovu dobijenih rezultata sprovodi se terapija bola prema savremenim preporukama.

U proceni težine dispnoje u svakodnevnom radu koristimo skale i testove, kao što su Borg-ov test i VAS.

Dijetetičar - nutricionista kod svakog novoprimaljenog bolesnika utvrđuje nutricioni status uzimanjem anamneze, antropometrijskim merenjem i izračunavanjem indexa. Nakon toga se izrađuju individualne dijetetske liste.

Rehabilitacija i fizikalna terapija u kućnim uslovima koja se obavlja u Zavodu predstavlja kvalitativno nov pristup u tretmanu starijih osoba. U kućnim uslovima mogu se ordinirati svi neophodni vidovi terapije, kao termoterapija, elektoterapija, sonoterapija, hidroterapija, laserska terapija, kineziterapija, radna terapija, kao i vršiti obuka za korišćenje neophodnih pomagala.

Stomatolozi u redovnom radu kontrolišu stanje oralnog zdravlja i zuba i vrše potrebne intervencije i u kućnim uslovima i u ordinaciji u Zavodu.

Zavod poseduje savremenu opremu (ultrazvučni aparat sa tri sonde, aparat za perifernu cirkulaciju, gastroskop, holter TA i EKG-a, savremene EKG-aparate i dr.) koja stoji na raspolaganju bolesnicima Zavoda, kao i svim drugim građanima koji žele da prekontrolišu svoje zdravlje i da otklone faktore rizika, a radi prevencije patološkog starenja.

Svi dobijeni podaci o bolesnicima se unose u postojeći informacioni sistem Zavoda uključujući i naknadne promene u procesu lečenja, terapije i nege bolesnika. U sistem se unose sve vrste pruženih zdravstvenih usluga. Ovako vođenje medicinske dokumentacije jeste jedan od preduslova očuvanja kvaliteta pruženih usluga jer osigurava uvek brzu, pravovremenu i potpunu informaciju o zdravstvenom stanju bolesnika.

Osim koordinacije sa ustanovama primarne zdravstvene zaštite, Zavod tesno sarađuje i sa ustanovama sekundarne zdravstvene zaštite - KBC - i, kao i sa ustanovama socijalne zaštite starijih. U situacijama kada u uslovima kućnog lečenja i nege nije više moguće obezbediti adekvatnu zaštitu i kada se institucionalizacija, bilo privremena ili trajna, nameće kao jedino rešenje, Zavod svoje bolesnike šalje na bolničko lečenje ili rešava problem smeštajem starih u gerontološki centar.

U cilju postizanja sigurne, ekonomski efikasne, ka pacijentu usmerene, blagovremene i dostupne, kvalitetne zdravstvene zaštite, potrebna je dobra konsolidacija, integracija i harmonizacija svih segmenata i delova u Zavodu, kao i tesna saradnja sa drugim sistemima zaštite starijih osoba.

LITERATURA:

1. Žikić Lj. Kućna nega starih. Praktikum za volontere za rad u kućnoj nezi starih, Beograd, Izdavač Gradske organizacije za gerontologiju, kućno lečenje i negu Beograd, 2003.
2. Žikić Lj, Jankelić S. Integrisana zdravstvena zaštita starih: teorijske perspektive i iskustva Gradske organizacije za gerontologiju, kućno lečenje i negu Beograd. Gerontologija 1/2004, Časopis Gerontološkog društva Srbije, Beograd, 2003. str.86.
3. Žikić Lj, Tošić V, Jankelić S. Iskustva kućnog lečenja i nege u zbrinjavanju ostarelog stanovništva, Simpozijum o kućnoj nezi i kućnom lečenju, Sombor, maj 1996.
4. Žikić Lj, Tasić M, Vojvodić N. Organization of home treatment and care in the Institute of Gerontology, Home treatment and care Belgrade, Congres of the International Association of Gerontology, Helsinki, jun 1998.
5. Žikić Lj. Subjektivna i objektivna procena zdravstvenog stanja ostarelog stanovništva u međuodnosu sa činiocima sredine, Magistarska teza, Beograd, jul 2001.
6. Žikić Lj, Jankelić S. Cross-sectional Study On Health And Social Status Of The Oldest Patient at Home Care in Belgrade, V European Congress of Gerontology, July 2-5 2003, Barcelona/Spain, Abstract Book, str. 150.

OSNOVNA ZNANJA O HOMEOPATIJI

Miloš Popović

Institut za bolesti digestivnog sistema, KCS

1. Homeopatija u svetu

Od 1985. postupno raste interes za Homeopatski metod lečenja, kao uostalom i za sve komplementarne metode. Do sada sticajem okolnosti nepravedno zapostavljana, Homeopatija stiče sve veći krug pristalica. Homeopatski metod lečenja je vrlo popularan u srednje azijskim zemljama, posebno u Indiji, gde je ova grana medicine službeno priznata kao posebna struka, sa 40 homeopatskih bolnica i 70.000 lekara registrovanih u državnoj službi. Obuka na ovim školama traje od 3 do 6 godina, i uključuje najpre klasično medicinsko obrazovanje a zatim poseban homeopatski deo.

Homeopatija je opšte prihvaćena u Evropi. U Francuskoj, Belgiji i Holandiji postoji značajna homeopatska praksa. U Nemačkoj je Homeopatija vrlo popularna i osnovna informacija se stiče na Medicinskim fakultetima, a može se izabrat i kao specijalizacija. Homeopatski sistem lečenja je prihvaćen od strane službe Zdravstvenog osiguranja. U Rusiji je 1812 godine Korzakov dao značajan doprinos tehnologiji izrade homeopatskih preparata, a Čehov je opisao homeopatsko lečenje, koje je postojalo u to doba u Petrogradu. Homeopatija se u Rusiji održala i posle Revolucije do danas, i ima svoj odsek i pri Akademiji Nauka. Homeopatija je visoko cenjena u Južnoameričkim državama, a najviše u Meksiku, Argentini, i Brazilu, sa više hiljada lekara-praktičara. Slično je i u Australiji i Novom Zelandu.

U našem susedstvu, homeopatija postoji na visokom nivou u Austriji, a takođe i u Rumuniji, Mađarskoj i Bugarskoj.

U SAD je homeopatija regulisana zakonima država članica Unije. Za standard obuke, lečenja i farmaceurske industrije se stara Američki Institut za Homeopatiju. U Engleskoj postoji pet homeopatskih bolnica i šest koledža, od kojih je najznačajniji Homeopatski Fakultet, sa trogodišnjim nastavnim programom. Lekari posle jednogodišnje nastave dobijaju titulu M.F.Hom. i takođe stiču pravo obavljanja homeopatske prakse. Od 1946 homeopatski sistem lečenja je uključen u Nacionalnu zdravstvenu službu.

2. Cilj lekara i svrha lekarskog poziva

Po prvoj postavci osnovnog udžbenika Homeopatije, "Organona", jedini pravi cilj lekara je da leči bolesnike, i da to postigne na najefikasniji, najbrži mogući i najbezbedniji način, služeći se pri tome prethodno proverenim racionalnim, logičnim i objasnjivim metodama.

3. Šta je zdravlje?

Zdravlje nije samo odsustvo bolesti ili odsustvo simptoma bolesti. To je opšte osećanje dobrog stanja i raspoloženja, osećanje uravnoteženosti, osećanje lične slobode, i osećanje zadovoljstva svojim položajem i funkcijom u porodici i društvu. Ova Hahnemannova definicija je slična današnjoj Ženevskoj definiciji. Međutim Hahnemann dodaje da je zdravlje takođe, iznad svega i **sposobnost odupiranja stresu, i raznim negativnim faktorima okoline**. Ako postoji fizičko zdravlje, postoji rezerva energije. Ako postoji emocionalno zdravlje, ličnost može i ume da izrazi svoja osećanja, i održi balans sa okolinom. Ako postoji mentalno zdravlje, može se jasno misliti, logično zaključivati, umeti formulisati misli, rešavati probleme, i lako donositi odluke.

4. Pojam vitalne sile

Po metafizičkom shvatanju koje vodi poreklo od Aristotela, preko Paracelsusa, postoji nematerijalna sila koja održava funkcionisanje organizma, ili život, odn. bez nje život nije moguć. I danas ima zastupnika iste ideje, koji tvrde da je ta sila zapravo električna energija organizma, koja se manifestuje u raznim vidovima, a posebno na nivou nervnog sistema i ćelijskih membrana. Homeopatsko shvatanje "životne sile" je nešto drugačije: to je nevidljivi balansirajući mehanizam, koji održava zdravlje pod uslovom da poremećaji i stres iz spoljne sredine ne prelaze podnošljive granice. Uloga vitalne sile je da uravnotežuje i brani organizam. Ona to čini izazivajući poremećaje u organizmu - simptome, koji su u suštini manifestacije odbrambene reakcije organizma, i stoga su simptomi uvek svrshishodni. Terapeutskom akcijom mora se racionalno pomoći životnoj sili da obnovi zdravlje organizma.

5. Zakon sličnosti i "similimum"

Ovaj osnovni zakon Homeopatije glasi: NEKA SE SLIČNO LEĆI SLIČNIM (Similia similibus currentur). Pošto je glagol stavljjen u uslovni način (kondicional), to znači da postoje i situacije koje nisu za to podesne. Na ovoj prenisi, prvi homeopatski princip glasi: "Bilo koja supstanca koja dovodi do bolesti može takođe sličnu (dakle, ne istu) bolest da izleči. Sve ono što se kod pacijenta nađe bilo subjektivno ili objektivno, uključujući i laboratorijske i patohistološke nalaze je samo simptom, koji je posledica pokušaja životne sile da održi organizam u ravnoteži.

6. Koncept "celokupnosti"

Osnovu koncepta celokupnosti ("totalitet") čini teza, da sve tegobe, sve manifestacije i svi simptomi jedne osobe čine u datom momentu celinu, tj. sliku jedne iste bolesti. Tu posebno ulaze opšti simptomi, mentalno stanje kao i životna anamneza obolele osobe. Usto, važno je naći u čemu se navedena bolest ili simptomi razlikuju od istih takvih simptoma ili bolesti druge osobe, tj. u čemu je individualnost simptoma. Kada se uzmu u obzir svi simptomi i manifestacije u jedne osobe kako u fizičkoj, tako i u mentalnoj i emocionalnoj sferi, uz posebne

individualne odlike ponašanja organizma te osobe u bolesti, dolazi se do slike ukupnosti, ili totaliteta. Na osnovu toga se bira najsličniji preparat (Similimum).

7. Koncept jednog leka

I moderna farmakoterapija prihvata taj koncept: pri lečenju treba dati uvek samo jedan lek, koji je po simptomima bolesti najviše indikovan (homeopatski "naj-sličniji"). Svi homeopatski lekovi su ispitani pojedinačno, a ne u mešavinama, i pošto su tako ispitani treba ih tako i primenjivati. Polipragmazija je dokazano štetna i u klasičnoj medicini. Ovaj dosta težak aspekt homeopatije odbija mnoge terapeute.

8. Minimalna doza

Primena pouzdane doze preparata, klasično nazvane "srednja terapeutska doza" je važno pravilo klasične medicine. Po Hahnemannovom shvatanju, energija lekova je uvek veća od morbidnih energija bolesti, i ne postoji granica do koje se može smanjiti doza homeopatskog preparata dilucijom i sukusijom. Problem je samo u tome kako naći odgovarajuću "potenciju". Ovaj stav o minimalnoj pa i infitezimalnoj dozi leka, je danas jedini deo homeopatije koji zvanična medicina još nije prihvatile, mada za to postoji niz neospornih kliničkih, eksperimentalno-bioloških i fizičko-mehaničkih dokaza.

9. Potencije i trituracije

Radi se o specifično homeopatskim galenskim proizvodima. Iz tečnih osnovnih lekova, matičnih tinktura, prave se dalje potencije. Matična tinktura (oznaka θ) pravi se na isti način kao i tinktura u klasičnoj Farmaciji, ali često od sasvim svežih biljaka. Potenciranje se vrši specifičnim postupkom koji u sebe uključuje rastvaranje(diluciju) i unošenje mehaničke energije u rastvor procesom potresanja (sukusija). Skale razblaženja su standardizovane na sukcesivne stepene u odnosima ili 1:10 ili 1:100.

Čvrste supstance se sitne, i trljaju u porcelanskom avanu (trituracija) da bi se posle trećeg tritirata (1:1.000.000) prešlo na potenciranje istim načinom kao sa tečnostima. Da potenciranje nije čisto razblaživanje, već ili oslobođanje jedne vrste energije, ili upisivanje strukture materija u duge lance vode, pokazuju istraživanja moderne fizičke hemije. Niz homeopatskih potencija je svuda u svetu standarizovan na određen izbor.

10. Konstitucija

U homeopatskoj literaturi se često pominje pojam konstitucije odn. konstitucionalnog leka. Konstitucija je uopšte rezultat onoga što nam je dato nasleđem, što je stvoreno dejstvom okoline, i onoga što je svojim dobrim i lošim postupcima doprinela sama ličnost. Posledice konstitucije su: opšte stanje zdravlja i energije, način ponašanja, reakcija na faktore stresa iz okoline, i sklonost određenim oboljenjima ili poremećajima. Homeopatskim ispitivanjima je

utvrđeno da pojedine osobe imaju veću sklonost reakcije na neke homeopatske lekove, i to su njihova konstitucionalna sredstva.

11. Zakon izlečenja

Zakon izlečenja je formulisao Konstatin Hering, a zasnovao ga je na dugotrajnom posmatranju toka bolesti. Tokom višegodišnje prakse zapazio je da se u toku izlečenja simptomi pomeraju od unutrašnjih, odnosno vitalnih organa ka spoljnim organima, što znači da je pravac izlečenja je od iznutra prema spolja. Pravac izlečenja takođe ide odozgo na dole, odnosno uvek od više važnog ka manje važnom organu, i od novih ka starim simptomima. Svaki drugi tok simptoma je nepovoljan po izlečenje. Supresija bolesti obično vodi ka njenom premeštanju na opasniju lokalizaciju.

12. Akutne i hronične bolesti

Pojam akutne bolesti u homeopatiji je isti kao i u klasičnoj medicini. Akutna bolest je naglo nastala i ograničena patološka pojava, koja je ili spontano, ili uz terapiju, potpuno izlečiva. Zabunu predstavlja to, što se akutnom bolešću nekada smatra svako hitno patološko stanje, što nije ispravno.

Hronična bolest s druge strane, ima dva različita tumačenja. Po shvatanju klasične medicine, hronična bolest je ona koja ima intermitentan, ili produžen tok i koja je rezultirala promenama u tkivima što čini patonanatomsku osnovu neizlečivosti. Terapijom se ne može postići eradikacija, već samo zaustavljanje, ublažavanje, ili potrahiranje toka bolesti.

13. Mijazme

Homeopatsko tumačenje hronične bolesti je slično klasičnom: opis karakteristika i toka bolesti odgovara prethodnoj definiciji. Ali tumačenje uzroka je različito: po Hahnemannovom shvatanju hronična bolest nastaje kao posledica hroničnog dejstva nasleđenog, ili tokom života unesenog toksina u organizam. Ovaj hronični toksin ("mijazma") izaziva razne forme patoloških manifestacija i simptoma. Po Hahnemanni, u osnovi postoje tri vrtse mijazni: inflamatorna (tzv. "Psora"), produktivna (tzv. "Sikoza"), i destruktivna (tzv. "Luetična mijazma"). Ove mijazme se mogu kombinovati u mešovite oblike, koje je tada teško izlečiti. Da bi se ovakva bolest izlečila, potrebno je prepoznati o čemu se radi, i podesnom holističkom terapijom, potisnuti manifestacije iz unutrašnjih ka spoljnim organima. Naravno, to nije uvek moguće zbog oformljenih patoloških promena, i homeopati nikada nisu pretendovali da mogu izlečiti sve hronične bolesti.

14. Homeopatsko ispitivanje lekova

Osnovni deo homeopatskog istraživanja se sastoji u registrovanju efekata lekova na zdrave osobe. Ovo se naziva "utvrđivanje" (Nemački: "Prüfung"; Engleski: "Provings"). Proces se izvodi na potpuno isti način kao što se vrši i

standardno kliničko-farmakološko testiranje lekovitih supstanci. Lekovi se uzimaju različito vreme, od nedelju do mesec dana, i svaki ispitanik zapisuje simptome koji predstavljaju odstupanje od normale. Po završenom ispitivanju uzimaju se u obzir simptomi koje je zapazila statistička većina bolesnika. Metodom duplo slepog pokusa, eliminisana je mogućnost sugestije. Utvrđivanje simptoma dejstva lekova, se takođe postiže i preko registrovanja efekata zadesnog unošenja ili trovanja. Homeopatski lekovi se ne testiraju do patoloških simptoma trovanja ili strukturne lezije tkiva.

15. Materia medica

To je homeopatska Farmakologija, gde su opisani efekti lekova na zdrave osobe. Opis simptoma ide po redosledu, koji je Hahnemann nazvao "Shema". Kako je nemoguće je držati u glavi sve činjenice o lekovima: prilikom učenja, treba zapamtitи opštu sliku, i karakteristike preparata, i njegove opšte modalitete.

16. Repertorijum

"Pokazatelj" (lat. "Repertorium") je indeks simptoma Materiae Medicae, poređаниh alfabetskim redom. Služi za pronalaženje kome sredstvu "pripada" neki simptom. Kada se skupi nekoliko simptoma, izvade se sva sredstva koja ih pokazuju, i koristi se lek, kod koga je u najvećoj meri zastavljen nađeni kompleks simptoma. Ima više repertorijuma, koji baziraju nalaženje leka naglašavajući pojedine grupe simptoma: pristup može biti prema psihičkim, opštim fizičkim, emocionalnim, ključnim, neobičnim i drugim kriterijumima. Danas se kao repertorijumi koriste i posebni kompjuterski programi.

17. Šta nije homeopatija?

Homeopatija nije ezoterija, spekulacija, niti lecenje na osnovu prepostavki ili "natrapirodnog". Kliciko posmatranje i eksperiment jesu osnovi Homeopatije. Hahnemannovi osnovni etički postulati su bili: "Ne koristiti tuđu nevolju, ne dovoditi svesno bolesnika u zabludu, lečiti stručno, planski i dobromerno".

18. Da li je homeopatija bezbedan način lečenja?

Pošto u Homeopatiji efekat ne daje veličina doze, nego interval njenog ponavljanja, ako se zadesno popije cela boćica tableta ili tečne potencije, ili ako se čak popije istovremeno više vrsta lekova, neće se desiti ništa. Sa te strane, ovi preparati su sigurni. S druge strane, neodgovarajuća terapija ima izvesne opasnosti. To su:

a). Nenamerno izazivanje efekata lekova: ako se jedan lek uzima bez potrebe, dugo, i van pravila o primeni, onda će taj preparat početi da izaziva one simptome koje bi trebao da leči. To je najčešća greška "samoprepisivanja" i dugotrajnog uzimanja biljnih preparata. Radi se zapravo o nenamernom

"Utvrđivanju" dejstava lekova. Ovo je česta pojava u primeni biljnih lekova, čajeva, začina i salata, koji imaju medicinsko dejstvo.

b). Zamagljivanje slike bolesti-konfuzija simptoma: Ako se preparat ne prepiše prema ukupnoj slici simptoma, on će delovati ograničeno, i izlećiće jedan broj simptoma, a drugi će se stalno vraćati. Usled toga se često nastavlja primenom drugog preparata, a kada se isto desi, trećeg, i nadalje. Rezultat je obično da se počinju pojavljivati simptomi primenjenih lekova, koji ne pripadaju slici simptoma bolesti. Nastaće jedna hibridna slika bolesti gde nije moguće dobiti pravu sliku ukupnosti, pa nije moguće naći similimum. Treba znati, da i dugotrajna klasična terapija može izazvati oba navedena efekta: tada se to naziva "uzgrednim pojavama", "polimorfnom slikom bolesti" i "alteracijom simptoma".

c). Supresija: homeopatsko sredstvo može da leči lokalne simptome kao što su npr. kožna promena, ili lumbago, na isti način na koji to čine kortikosteroidni preparati. To se događa, ako se homeopatsko sredstvo prepiše samo na osnovu jednog nepotpunog simptoma, ne uzimajući u obzir celu sliku. Tada će se slika bolesti pomeriti ka važnijim unutrašnjim organima. Ako se tada prepiše konstitucionalno sredstvo, uvek će se kao reakcija pojavitи prethodni simptom.

19. Da li homeopatija može da leči sve bolesti?

Kao što ne postoji nijedan univerzalni metod lečenja niti univerzalni lek za sve ("Panacea"), tako ni homeopatijom nije moguće izlečiti sva oboljenja: upravo je nekada jako važno primeniti klasičnu terapiju. Sam Hahnemann je naveo da nema svrhe homeopatski lečiti hirurške bolesti sa mehaničkim preprekama, traume, gde treba zbrinuti povređena tkiva; zatim po život opasna stanja (gušenje, krvavljenje, anafilaksiju, akutnu srčanu slabost) gde treba brzom intervencijom prevazići neposrednu opasnost. Sa homeopatskog gledišta, postoje izlečive i neizlečive bolesti. Neizlečive su one, kod kojih je došlo do teških organskih i tkivnih promena, kada spontana reparacija nije više moguća. Češći je slučaj da postoje organske promene, a "životna sila" bolesnika je tako slaba, da bi tokom perioda "Homeopatskog pogoršanja" njihova primena ugrozila život: npr. obimna aktivna tuberkuloza pluća, uznapredovala maligna oboljenja, multiorganska oboljenja. Tada je moguće ublažavanje tegoba primenom lekova u retkim intervalima, i niskom razblaženju.

Ako se uoči ukupnost simptoma i prepiše odgovarajući similimum, i ako organizam ima dovoljno snage da podnese "reakciju pogoršanja", teoretski je moguće izlečiti svaku bolest, koja nije dala irreverzibilne i teške organske promene, bez obzira koliko trajala. Ipak, zbog iznetih ograničenja, to nije uvek moguće. Po Engleskom zakonodavstvu postoji jedan broj oboljenja za koje lekar ne sme da tvrdi kako ih može izlečiti. To su: maligna oboljenja, AIDS, hronični nefritis, sve psihoze, neurološka oboljenja tipa multiple skleroze, cerebralna

paraliza, Lues, psorijaza, veći broj kongenitalnih anomalija i stanja koja se ne mogu hirurški korigovati, degenerativna očna oboljenja. Ovim stanjima se može pružati pomoć, ali se ne mogu izlečiti ni klasičnim putem, ni homeopatskom terapijom.

20. Da li je homeopatija neka vrsta herbalizma?

Upravo Homeopatija zamera Herbalizmu: dugotrajnu primenu biljaka sa medicinskim dejstvom, nepostojanje pravog ispitivanja dejstva kombinacija biljaka, nedostatak principa u spravljanju mešavina, nepostojanje terapeutskih principa, tj. herballistički stav "uzimati do izlečenja". Homeopatija koristi iste te biljke, bilo u nerazblaženim tinkturama, ili potencijama, ali po izvršenom homeopatskom ispitivanju i na tačno određeni način, često sasvim suprotan od onoga u herballistici.

21. Da li su homeopatska sredstva vakcine?

Vakcinacija je u suštini primena principa: malim dozama izazivača bolesti, sprečiti nastajanje iste bolesti. Princip vakcinacije je nastao iz homeopatskih shvatanja: Hahnemann je znao za Jennerovu vakcinu a Pasteur aa primenu salive besnog psa. Ipak, to nije prava homeopatija: homeopatski princip terapije je lečenje sličnim, a ne istim izazivačem simptoma. Vakcine deluju u materijalnoj dozi, na materijalnom nivou, izazivajući pojavu humorалnog imuniteta. Homeopatska sredstva, teoretski deluju u nematerijalnoj sferi, na životnu silu. Homeopatska sredstva bi trebala da deluju i na celularni imunitet.

22. Da li su homeopatska sredstva placebo?

Određeni procenat efekta svakog medicinskog preparata i postupka objašnjava se placebo efektom (vera u izlečenje). Ispitivanja homeopatskih lekova u duplo slepom pokusu, dramatični efekti u teškim bolestima, primena kod male dece gde nema sugestije, i najzad primena homeopatskih preparata u veterini, isključuju "placebo efekat" kao osnovni uzrok dejstva homeopatskih lekova.

Nekada se ovakvo mišljenje opravdava time "što homeopatska sredstva ne deluju uvek". To se događa kod rutinskog prepisivanja po jednom simptomu a ne po ukupnoj slici oboljenja. Uvek je neophodno individualizovati sredstvo za lečenje: tada će efekat biti siguran. Verovatno je da će na mnoge bolesnike srdačan i siguran nastup lekara, imati terapeutskog efekta: ali bez stvarnog dejstva leka, ovaj psihološki uticaj se vrlo brzo gubi.

23. Da li je homeopatija misteriozna i nenaučna?

Homeopatija ima jasno postavljene principe rada i praćenja efekata, koji se nisu menjali 200 godina; ima jasnu hipotezu, kako se ispituju i primenjuju lekovi. Imala je jasnu tehnologiju izrade preparata. Ova tehnologija je vrlo precizna i do detalja propisana u američkoj, nemačkoj, i sada Evropskoj homeopatskoj

farmakopeji. U homeopatiji ne postoje ni tajni postupci, ni tajni sastojci, ni tajni recepti za razliku od herbalizma i drugih "alternativnih" načina lečenja. Stoga ne postoji razlog za shvatanje o "misterioznosti" homeopatije.

24. Homeopatska anamneza i pregled

U suštini, homeopatska anameza i pregled bolesnika se ne razlikuju od klasičnog, svakom lekaru poznatog načina rada. Jedino je anamneza detaljnija, pregled pažljiviji, sa insistiranjem na anamnestičkim sitnicama bitnim za opšti utisak i individualnost pacijenta. Izvesna uputstva o načinu uzimanja podataka i potrebnim podacima su neophodna. Za razliku od klasičnog pristupa, traži se slika simptoma, koja kod dotičnog bolesnika odstupa od normale. Usto, stalno se traži ono što individualizuje, tj. po čemu se dotični bolesnik razlikuje od ostalih slučajeva. Na osnovu ovih podataka dobija se slika sveukupnosti ili totaliteta simptoma. Važni su i simptomi i znaci dobijeni posmatranjem i pregledom, zatim i heteroanamneza. Kada se odaberu važni, pouzdani, jasni i individualni simptomi pristupa se pronalaženju leka.

25. Repertorizacija

Ukoliko se duže studira homeopatska farmakologija (Materia Medica) moguće je prepoznati kome homeopatskom leku pripada simptom i bez repertoriziranja. U repertoriju se kao u rečniku, s leve strane nalazi simptom, a sa druge poređana po vrsti i gradaciji "značenja" tj. homeopatski lekovi koji taj simptom izazivaju. Onaj lek koji se nalazi sa najvišom gradacijom i koji je zastupljen kod većine simptoma predstavlja similimum.

26. Diferenciranje

Posle poređenja slike bolesti sa podacima iz Homeopatske farmakologije u nekim slučajevima će se naći da slika simptoma sasvim odgovara, po svim karakteristikama, jednom homeopatskom preparatu. Češća je pojava, da u obzir dolazi nekoliko lekova. Pošto treba dati samo jedan, mora se diferencirati. To se radi ili na osnovu iznesenih, manje potpunih simptoma, ili ponovnim intervjuom, ili proučavanjem karakteristika svih spornih lekova Materiae Medicae. U svakom slučaju, mora se izabrati samo jedno sredstvo.

27. Prepisivanje lekova

Homeopatska terapija se bazira na Hahnemannovom opažanju da: "... dve slične bolesti ne mogu istovremeno postojati u organizmu: jedna će neminovno potisnuti drugu". Uvođenjem slične, "veštačke" bolesti pomoći homeopatskog preparata, postiže se eliminisanje prirodne bolesti. Dejstvo homeopatskog preparata se tokom određenog vremena iscrpljuje, i organizam ulazi u stanje prethodne ravnoteže. Problem je naći "najsličniji" preparat i dozirati ga tako, da njegovo vremensko dejstvo ne traje duže od trajanja bolesti. Prvo se postiže

proučavanjem Materiae Medicae i repertorijuma, a drugo izborom prave potencije i doziranjem.

28. Vrste homeopatskih preparata

MATIČNE TINKTURE, ili osnovni rastvori su 10% rastvori biljnih preparata u alkoholu. Koriste se u kapima, rastvoreni u vodi ili na malo šećera.

TEČNE POTENCIJE su homeopatski lekovi, kod kojih se supstanca nalazi potencirana u vodi sa 30% alkoholom. Uzimaju se isto kao matične tinkture.

TABLETE su načinjene od laktoze, i lako se rastvaraju u ustima, odakle se sasvim dobro resorbuju.

PILULE su slične tabletama, samo su okrugle ili ovalne.

GLOBULE ILI GRANULE, su okrugla zmca, sačinjena od laktoze.

Kao oblici se mogu koristiti još i KRISTALI i lekoviti PRAŠKOVI

Ako se pažljivo rukuje, i ako se čuvaju na odgovarajući način, homeopatska sredstva vrlo dugo traju.

29. Način doziranja lekova

Idealno je postići izlečenje jednom jedinom dozom potenciranog leka. To se postiže ako se ovoj dozi ostavi dovoljno vremena za delovanje. Ona se nekada daje kao "razdvojena" tj. ista potencija ujutru, uveče, i opet ujutru, ili kao ascendentna potencija: ujutru 30c, uveče 200c, ujutru 1M. Neki bolesnici su vrlo osetljivi na lekove:treba im dati jednu dozu prvog dana, drugog dana 2x1, i trećeg i nadalje 3x dnevno u niskoj potenciji, do postizanja efekta efekta.

U akutnim slučajevima, doza se daje u vrlo kratkim vremenskim intervalima (na nekoliko minuta do 2 sata). U subakutnim bolestima preparati se primenjuju 2 x dnevno tokom 7- 10 dana. U hroničnim bolestima treba primeniti visoku potenciju, koja deluje jače i duže.Tako se može dati 30c, 1x nedeljno, tokom dužeg vremenskog perioda. Pojedini lekari počinju tretman hronične bolesti dozom vrlo visoke potencije konstitucionalnog sredstva.Ako je bolesnik veoma osetljiv,preparat se daje duže vreme u niskoj potenciji (3-6c) ili u tzv. "LM" potenciji, rastvoren u trečnosti.

30. Opšta pravila za doziranje

Doziranje se podešava prema reakciji bolesnika na terapiju, na sledeći način:

- Kada dođe do manjeg poboljšanja, prorediti doziranje.
- Kada dođe do odlučnog poboljšanja, prekinuti terapiju.
- Ako se ponovo jave isti simptomi, ponoviti istu terapiju.
- Ako je dato 6-10 doza, a nema reakcije, prekinuti i preispitati slučaj.
- Ako se slika bolesti promeni, promeniti sredstvo.
- Ako pri istim simptomima lek ne deluje, promeniti potenciju naviše.
- Ako se javljaju simptomi koje bolesnik nikada nije imao, ili se promenila slika bolesti, ili se radi o ispoljavanju fenomena leka koji bolesnik prima, preispitati slučaj.

- Ako dođe do homeopatskog pogoršanja, ne davati novu dozu, već sačekati konačan ishod ove pojave. Posle pravog homeopatskog pogoršanja mora da usledi poboljšanje.

31. Homeopatsko pogoršanje

Ovaj termin označava pogoršanje simptoma, koje se javlja posle uzimanja konstitucionalnog sredstva. Ono je obično kratkotrajno, i znak je povoljnog budućeg efekta leka. Tada može doći do pogoršanja osnovnog simptoma, može se pojaviti stari simptom, ili može doći do veoma kratkog mentalno-emocionalnog pogoršanja. Može se javiti i slika "opštег čišćenja" u vidu znojenja, dijareje, ili izbijanja kožne promene. Pogoršanje izazivaju visoke potencije. Ovu pojavu treba prepoznati, da bi se objasnila bolesniku. Ona je znak da lek deluje, i osnovno je pravilo sačekati i ne davati novu dozu preparata dok ovo ne prođe samo po sebi. Ako je efekat pogoršanja takav, da ga bolesnik ne može podneti, veoma retko se mora primeniti homeopatski antidot.

32. Reakcija na primenu homeopatskih lekova

Da bi se prilagodila dalja homeopatska terapija, važno je poznavati reakciju na homeopatsko lečenje. Ova reakcija se procenjuje u akutnim slučajevima posle 6 časova, u subakutnim posle 24 do 48 h, a kod hroničnih slučajeva obično posle 15 do 30 dana. Uvek se prate sledeći kriterijumi:

1. Osnovna tegoba.
2. Nivo opšte energije.
3. Mentalno stanje.
4. Emocionalno stanje.
5. Pravac kretanja simptoma.

33. Higijensko-dijetetski režim tokom lečenja

Tokom uzimanja homeopatskih preparata treba izbegavati sve ono što potire njihovo dejstvo. Ranije su pravila bila vrlo stroga, naročito u odnosu na način ishrane, ali su danas ove preporuke redukovane. Aktivnost bolesnika pod homeopatskom terapijom, treba da bude umerena. Nisu podobna nikakva preterivanja u radu, ishrani, zabavi, seksu ili piću. Treba zbegavati situacije u kojima je moguće jače emocionalno angažovanje.

Cesto se postavlja pitanje istovremenog uzimanja klasičnih i homeopatskih lekova. Najbolje je sprovoditi samo jednu terapiju: ali ako se zbog raznih razloga moraju uzimati paralelno, moguće je uz homeopatsku terapiju uzimati istovremeno antibiotike, vitamine, kardiotonike, antiaritmike i koronarne dilatatore. Sedativi, analepetici, psihostimulatori, cistostatici i kortikosteroidi u većim dozama, potiru dejstvo homeopatskog lečenja. Herbalističke preparate takođe treba uzbegavati.

HOLISTIČKI PRISTUP I HOMEOPATIJA KOD STARIH

Milan S. Crnobarić

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Homeopatija kao holistička nauka prisutna je u "zapadnoj" medicini poslednjih dvestotine godina.

Njen tvorac Samuel Hahneman (1755-1843) ostavio je medicini celovit način razumevanja bolesnog čoveka u svom kapitalnom delu "Organon - Umetnost lečenja" (koje je doživelo više korekcija od strane autora, a poslednje, šesto izdanje napisano je 1842 god., ali je objavljeno posthumno tek 1922 god.).

Samuel Hahneman piše i homeopatsku farmakopeju - "Materia medica pura", (1811 god. Kapitalno delo "Hronične bolesti" piše 1828 god (koje su takođe doživele pod njegovim perom nekoliko korekcija). Ova dela okosnica su njegovog životnog opusa i smernice za buduće generacije Homeopata.

Svog učitelja vidi u Hipokratu (460 god. p.n.e.) ali Hipokratu koji je u svom delu "Kanon medicine" istakao- "Ima bolesti koje se leče sličnim lekovima, dok se druge uspešnije leče njima suprotnim lekovima. Sve zavisi od prirode bolesti".

Možda je ovo ključna rečenica iz "Kanona medicine", koja je Hahnemana navela na princip lečenja "slično sličnim", za razliku od tadašnje medicine koja je sve više insistirala na principu "suprotno suprotnim" leči. Na ovoj osnovi i komplementarno njoj, sažeto iznešeno, Hahneman je postavio sledeće principe i zakone:

- 1) Zakon sličnosti
- 2) Zakon eksperimentalnog ispitivanja (pruving)
- 3) Zakon primene jednog leka
- 4) Zakon primene minimalne doze
- 5) Zakon dinamizacije homeopatskog leka (potenciranje)
- 6) Zakon pravca i smera izlečenja
- 7) Zakon o mijazmama
- 8) I naravno princip "vitalne sile", "dinamis", sveodržavajuće sile života.

I upravo na tom principu, uvažavajući ono nešto nematerijalno, ali bez čega nema života počiva **Holistički pristup** posmatranja čoveka. On se kroz različita religijska verovanja, okultne fenomene, graničnim područjima psihologije "provlačio" kroz ljudska verovanja, razna iskustva, razmišljanja.

Ali i u savremenoj nauci kroz kvantnu fiziku (Nils Bor, Pauli i drugi), kao i teoriju holografske fizike, doseglo se do "ono nečega, iza, bez čega nema života". Ipak, kada nam se učini da zalazimo na nesiguran teren hipoteza, treba se vratiti korenima i proverenom posmatranju čoveka i bolesti, uvek pouzdanoj kliničkoj propedevtici.

I ponovo Hipokrat, ali onaj zaboravljeni, koji u svojoj Materiji Medici, koju čini 139 lekova, ističe " Većina bolesti može se izlečiti isitim stvarima koje su ih i uzrokovale".

Mitski lekar Asklepije takođe navodi - "Bolest se rađa iz sličnih stvari i delovanjem sličnih stvari ljudi bivaju izlečeni".

Zašto insistiramo na ovim drevnim, zaboravljenim principima?

Iz dva razloga.

Prvo, jer su drevni očevi medicine smatrali da je uzrok bolesti uvek jedan i jedan su lek i propisivali. Tek sinovi Hipokrata , Drako i Tesaleus, unuk i prau-nuk-Hipokrat I i II, počeli su spravljati " Hipokratove miksture lekova". I tako sve do Galena i danas prisutne Galenske farmaceutike. Kako je, na taj način, medicina višestruko "degradirana", može se slobodno reći da su potpuno odbačeni osam gore navedenih prirodnih, univerzalnih principa lečenja čoveka.

Drugo, očito, na insistiranju da se primeni princip "sličnosti" u lečenju bolesti, a to je uz koncept "vitalne sile" okosnica Hahnemanovog učenja (i istinske medicine).

Nesudeči strogo, možemo reći da današnja medicina koristi samo polovinu svoje snage ("suprotno suprotnim leči").

"Mi nikada nismo bili bliži medicinskom otkriću nego u doba Hipokrata. Ovaj pažljiv, neiskvaren posmatrač tražio je prirodu u prirodi. On je gledao i precizno opisivao bolesti koje je pred sobom video, bez pridodavanja, bez ulepšavanja i bez nagađanja. U veštini čistog posmatranja nikada ga nije pretekao ni jedan lekar koji je postojao posle njega", što je Hahneman izneo u članku pod naslovom "Asklepije u balansu".

Homeopatija u populaciji starih ima svoje posebne karakteristike homeopatski posmatrano. To se ogleda u nekoliko činjenica:

1) Pre svega **hronicitet** (dugotrajnost) obolenja, koja opterećuju "vitalnu silu" i nanose organizmu organska oštećenja koja je sve teže lečiti do prвobitnog "ad integrum" stanja, što je cilj homeopatskog lečenja ("Organon"- paragraf 2- "Najviši ideal lečenja je brzo, pažljivo i trajno izlečenje bolesti u njenoj celokupnosti i to najkraćim i najsigurnijim putem, uz pomoć objektivnih i jasnih principa").

U "Organonu" u paragrafima 72-81 iznete su osnovne teze o hroničnim bolestima.

Navedimo samo deo paragrafa 72....."To su delimično takva oboljenja, čiji početci su organizmu slabo uočljivi i svako oboljenje različito pokreće životnu energiju. Ove sile nemaju snagu da se same odstrane, te mutiraju do potpune nenormalnosti i potpunog razaranja organizma. Bolesti koje su nastale ovim mutiranjem nazivamo Hroničnim bolestima. One nastaju usled dinamičke zaraze putem hroničnih mijazama."

Dakle, slobodno rečeno, život ("vitalna sila"), biva sve više ugrožen dugotrajnošću samog obolenja sve do konačnog sloma organizma.

Homeopatski je potrebno lečiti hronične mijazme (vrsta zagadenja, nasledja) homeopatskim sredstvima i samo tako bolest može i biti izlečena.

2) **Mijazmatsko opterećenje.** Mijazam predstavlja "zagodenje", "onečišćenje", "jedan vid nasleđa" koje svako živo biće poseduje. Ali, za razliku od mladosti starost donosi ispoljavanje ovog mijazmatskog onečišćenja u punoj svojoj snazi. A samim tim i svu kompleksnost homeopatskog pristupa lečenju.

3) Najzad, sama **alopatska terapija** (farmaceutski preparati), sami po sebi imaju dejstvo i nuzefekte, koji onesposobljavaju "vitalnu silu" da sama uspostavlja autokratiju u organizmu, odnosno vrši svoju autoregulatornu funkciju. Ovi hemijski, veštački, preparati koliko god trenutačno dovodili do olakšanja postojećih simptoma, toliko trajno vrše supresiju na autoregulatorne mogućnosti samog organizma ("vitalnu silu"). Ovo supresivno dejstvo alopatskih preparata toliko je pogubno po "vitalnu silu" u čoveku, da sami proizvode jedno veštačko, hronično obolenje, jednu vrstu mijazme.

Problematika dugotrajne alopatske terapije jedno je od najizazovnijih momenata u praktičnom radu homeopate.

Po sagledavanju, u veoma kratkim crtama, Homeopatskog viđenja problematike starije životne dobi, treba ukazati na neke najčešće korištene homeopatske preparate kod starijih. Postoje male homeopatske apoteke, za kućnu upotrebu (za akutna stanja), koje se slobodno mogu naći na tržištu mnogih zemalja. Sa druge starane, zbog svega gore navedenog svesni smo sve težine homeopatske preskripcije u starih.

Iz tog razloga nećemo ulaziti u kompleksnost posologije i unositi nedoumice, posebno ako nismo bili u prilici da se sretнемo sa homeopatskom problematikom ranije.

Homeopatija poseduje efikasna sredstva za celokupnost obolelog организма.

Posmatrajući po sistemima obolelih organa i najčešćom problematikom u starih nabrojačemo samo neka najčešća homeopatska sredstva u tim situacijama:

- A) Padovi i povrede kod starih: Aconitum, Arnica, Calendula, Hypericum, Rhus-Tox., Ruta gravulens, Simphitum
- B) Opstipacija kod starih: Alumina, Bryonia, Nux-Vomica
- C) Gastrointestinalni trakt (dispesije, inkontinencije i sl.): Ars. Album, Arentum Nitricum, Carbo- vegetabilis, Lycopodium, Nux-Vomica
- D) Koštano-mišićna simptomatologija: Bryonia, Causticum, Dulcamara, Rhus-Tox., Ruta gravulens
- E) Sredstva kod konfuznih stanja starih: Baryta-carbonaria, Coccus, Anacardium orientale, Ambra Grisea
- F) Palijacija bola kod starih: Bryonia, Belladonna, Chamomilla, Hypericum
- G) Palijacija umiruće osobe.

Homeopatski stav je da "*Svakoj osobi treba omogućiti da umre u što manjoj patnji i koliko je moguće pri maksimalnoj svesti*" - stav je velikog homeopate Georgiusa Vitulkasa.

Neka od sredstava koje možemo koristiti kod već umirućeg pacijenta su: Arsenicum, Tuberculinum, Tarantula cubensis, Aconitum, Opium, Veratrum Album

ZAKLJUČAK

Homeopatija kao holistički, celovit način posmatranja bolesti i zdravlja čoveka nudi komplementarni pristup današnjoj medicini. Ona posmatra čoveka kao jedinstvenu, neponovljivu celinu, koja kao takva zahteva individualan pristup pri lečenju. Ona odbacuje fragmentarnost posmatranja čoveka i izolovanost pristupa obolelom organu. Simptom je samo znak obolelog organizma ("vitalne sile"), a ne samo nekog organa, te se mora tretirati u svojoj celokupnosti obolelog organizma (totalitetu simptoma). Simptomi su izraz obolele "vitalne sile", a bolesti su u svojoj osnovi uzrokovane dinamičkim, nematerijalnim uzrokom. Iz tog razloga pravi uzrok bolesti može biti izlečen samo homeopatskim lekom (koji je potenciran i u infitezmalnim dozama).

Simptomi koji su izraženi kod obolelog organizma ukazuju na homeopatski lek koji "pokriva", odnosno predstavlja skup svih simptoma koji ispoljava oboleli organizam. To je "similimum", homeopatski lek, koji je dokazan (pruving) na zdravoj osobi, a simptome koje dokazivanjem pokazuje na zdravoj osobi efikasno leči kod obolelog organizma. Tako bolest istinski biva eliminisana, a organizam zaista izlečen.

Smatrajući ovo esencijom Homeopatske ideje nisam se doticao značajnih teza Homeopatske nauke kao što su - pojam konstitucije, zakona izlečenja (Heringov zakon), pojam hroničnih i akutnih bolesti, teorija o mijazmama, značaja poznavanja materije medice i repertorizacije pri pronalaženju leka.

Kompleksnost Homeopatskog lečenja starih osoba proističe iz same paradigme homeopatije o hroničnim bolestima (izraženih u starijoj populaciji), mijazmatskog opterećenja starije populacije i dugotrajne primene alopatskih lekova.

Zbog toga lečenje starih zahteva puno strpljenja i minuciozni pristup homeopate.

U nadi da smo makar malo osvetlili ovu divnu nauku "Umetnosti lečenja" završio bih rečima našeg Učitelja - Hipokrata: " Natura sanat, medicus curat"- Lečnik leči, priroda ozdravljuje.

LITERATURA:

1. Hahnemann S. Ogranon - Umetnost lečenja. VI izdanje. 1842.
2. Hipokrat. Kanon medicine. Uljarević (urednik). IŠM Oktoih (izd), Podgorica, 1976.
3. Little D. Mala eksurzija kroz homeopatsku biblioteku i vodič za učenje.
4. Schepper LD. Hahnemann Revisited. USA, 2001.

FAKTORI RIZIKA I PREVENCIJA PADOVA KOD STARIH

Snežana Mojković

Specijalistička ordinacija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju LUMBAGO,
Beograd

UZROCI PADOVA

Uzroci padova su najčešće vezani za navike, ponašanja starih. Oni hitro ujutru ustaju iz postelje, često zaborave da jedu pa budu iscrpljeni, većina nema uvid u svoje godine i svoje opšte stanje te uzimaju lekove nasumice i bez zadatog rasporeda. Žive u stanovima koji po pravilu nisu prilagođeni njihovim životnim potrebama. Poneki su preterano aktivni kao što su navikli u mladosti, ili padnu u depresiju ako to ne mogu da ostvare. Većina živi sama te nije u situaciji da bude realna i samokritična.

Generalno, uzroci pada mogu se podeliti na fizičko stanje i uslove okoline. Faktori koji uvećavaju rizik od pada ili povrede koje su u vezi sa padom su: starost, pol (žene su u većem riziku od muškaraca), hronične ili akutne bolesti, kao što su Parkinsonova bolest, artritis, srčane bolesti, inkontinencija ili akutne infekcije. Takođe, to može biti i slab vid i slab sluh koji umanjuju osećaj percepcije i sposobnost kretanja u prostoru, kao i problemi sa kretanjem, uključujući i sporije refleksе, slabost mišića, slaba ravnoteža i izmenjena postura, često je to osteoporiza. Promene u koncentraciji koje su prouzrokovane kognitivnom slabošću, depresija, delirijum, nus pojave pri konzumaciji lekova, korišćenje alkohola, slaba ishrana, dehidratacija ili nedostatak sna su česti uzroci pada. Upotreba više vrsta lekova, posebno onih za koje se zna da povećavaju rizik od pada, kao što su antidepresivi, sedativi i antihipertenzivi takođe su čest rizik pada starih osoba.

Kada govorimo o zdravstvenim problemima možemo istaći sledeća stanja:

Neurološka stanja: U starih su česti tranzitorni ishemski ataci i cerebro-vaskularni inzulti velikog mozga, cerebeluma i moždanog stabla. Zatim slede epilepsija, parkinsonova bolest, stanja sinkope različitog porekla i poremećaji perifernih nerava u smislu različitih oblika neuropatije - periferne i autonomne. Vrlo je čest uzrok cervikalna spondiloza sa mijelopatijom, kao i iznenadni visceralni bol različitog porekla. Poremećajima orientacije i ravnoteže doprinose i konfuzna stanja, demencije, dezorientacije, halucinacije itd.

Poremećaji nervnog sistema mogu dovesti do gubitka svesti, poremećaja ravnoteže i oduzetosti jednog dela tela. Često su praćeni mučninom, povraćanjem, zamućenjem vida, retrookularnim bolom, spazmom i poremećajima hoda.

Posebna kategorija koja izaziva nestabilnosti su tumori nervnog sistema.

Kardiološka stanja: Ova stanja su vezana za poremećaj srčanog ritma, bilo da su tahiaritmije (160/min) ili bradiaritmije (45/min). Jedan od najznačajnijih

uzroka padova je posturalna hipotenzija. Ona kod starih ne nastaje odmah po ustajanju, već može da nastane nakon 15 min. Zbog toga je važno lekove za sruštanje tenzije uzimati u večernjim časovima.

Metabolički uzročnici: Ovde je potrebno istaći diabetes melitus. On je uzročnik retinopatija, šesto katarakte, različitih oblika neuropatija i poremećaja propriocepције.

Skeletno-mišićni sistem: Najznačajniji faktor rizika kod skeletnog sistema je osteoporozu. To je smanjenje koštane mase kada postoji predispozicija za frakturu i bez pada. Jedna petina svih frakturna butne kosti nastaje kao posledica osteoporoze. Ovaj faktor rizika je veoma značajan kod ženskog pola i u funkciji je hormonskog statusa (rana menopauza, neregulisani menstrualni ciklusi i žene koje nisu rađale). Osteoporozu je vezana za neadekvatnu ishranu i nedostatak redovne fizičke aktivnosti. Glavni uzročnik gubitka koštane mase je nedostatak estrogena.

Postojeće frakture ekstremiteta ili kičmenog stuba uvek su dodatni faktori rizika za pad i ponovnu povredu.

Sve reumatološke bolesti predstavljaju rizik za padove. To su zglobni i vanzglobni reumatizam, zapaljenjak ili degenerativnog porekla. Oni izazivaju mišićnu slabost, deformitete kičmenog stuba, malih kostiju na šakama i stopalima, čime se smanjuje oslonac, menja težište i direktno utiče na ravnotežu i stabilnost hoda.

Stanje vida: Sa starošću se kao nužna fiziološka pojava javlja slabljenje vida. Ono se manifestuje sužavanjem vidnog polja, smanjenjem oštrine vida i mogućnošću akomodacije. Često su praćene i bolestima - kataraktom i glaukom kom koje drastično slabe vid i mogu dovesti do slepila.

Posledice upotrebe medikamenata: Određeni lekovi - kao što su lekovi za krvni pritisak, antidepresivi, sedativi, anti-psihotični lekovi i antiaritmici mogu doprineti padovima kod starih zbog različitih razloga. Upotrebom ovakvih lekova povećava se rizik za pada zbog smanjenja koncentracije, pogoršanja ravnoteže i hoda i naglog pada krvnog pritiska posle ustajanja. Dodatno, osobe koje uzimaju više različitih lekova su u većem riziku od pada zbog moguće interakcije između njih.(4)

Faktori okoline: Posebni faktori koji uvećavaju rizik pada se tiču pacijentove okoline - prostora u kome živi i u kome se kreće. Tu razdvajamo faktore rizika u stanu pacijenta i one van - u spoljnoj sredini.

Uzročnici padova u stanovima: Ovde se govori o lošem osvetljenju stepeništa, nepristupačnim kupatilima - visokim kadama, nedostatku ručki za hvatanje pri ulazu i izlazu iz kade, klizave kade, klizavi podovi, pragovi na vratima između prostorija, niske wc šolje, mali tepisi koji se rožu i klizaju.

Uzročnici padova u spoljnoj okolini: To su uglavnom nejednaki stepenici, pukotine u trotoarima, stepenice bez gelendera, slabo osvetljenje, objekti koji se nalaze na stazama i trotoarima, sneg ili led i sl.

Rizično ponašanje: Pod ponašanjem koje povećava rizik od pada podrazumeva se npr. penjanje na merdevine, stolice; preterana konzumacija

alkoholnih pića; nekorišćenje pomagala i ortoza ili njihovo pogrešno korišćenje; nošenje cipela koje labavo stoje, sa debelim đonom ili menjanje tipa cipela; nošenje teškog tereta (uglavnom ručnih torbi) koji remete ravnotežu, nekorišćenje ili nepravilno korišćenje štapova za hodanje

Socio-ekonomski faktori: U principu oni se odnose na samački život, nedostatak socijalnih veza, primanja koja su nedovoljna da bi se održavalo dobro zdravlje, slaba ishrana, nepristupačne zdravstvene usluge.

POSLEDICE PADOVA

Najčešća posledica je strah od ponovnog pada i manje kretanje iz bojazni da se on ponovo ne dogodi. Zatim slede druge posledice, kao što su: povrede glave, poremećaj hoda centralnog porekla, hematomi, kontuzije. Kao posledica imobilizacije posle povrede čest komplikacije su duboke venske tromboze, hipostatska pneumonija i dekubitalne rane. Ukoliko se desila fraktura posle pada onda je najčešće to lom kuka. Neko može da bude hirurški obrađen, a neko zbog opštег stanja ne može, te je prinuđen da bude imobilisan sledeća dva meseca. Kod polovine takvih pacijenata razvije se i demencija.

Česte posledice su skraćeni ekstremitet, pomereno težište ionako nestabilnog hoda i čest novi pad. Pacijenti često ulaze u anksioznost i depresiju pa tako teže sarađuju i postaju teret najbližima.

PREVENCIJA PADOVA

Od pobrojanih faktora rizika oni koji se najčešće izdvajaju u stručnoj literaturi su: osteoporozna, nedostatak fizičke aktivnosti, slab vid, neželjeno dejstvo lekova, rizici okoline. Ujedno su to rizici kod kojih se može prevenirati adekvatno.

Osteoporozna: Osteoporozna je izazvana hormonskim promenama, nedostatkom kalcijuma i vitamina D i smanjenjem fizičke aktivnosti. Kod osteoporoze je moguće da se kost slomi posle pada, ali je isto tako moguće da je smanjenje gustine koštane mase doprinelo padu i rezultujućim povredama.

U cilju prevencije osteoporoze potrebno je:

- unositi dovoljno kalcijuma kroz ishranu. Ženama u meno-pauzi treba 1.500 mg dnevno. Namirnice bogate kalcijumom su: mleko, jogurt, sir, riba, određene vrste povrća, kao što su brokoli, soja, badem.
- uzimati vitamin D jer on posepšuje apsorbaciju kalcijuma. On se prirodno javlja kao posledica sunčanja, ali je za stare adekvatnije da ga uzimaju kao suplement
- sprovoditi redovne vežbe koje podrazumevaju opterećenje.

Nedostatak fizičke aktivnosti:

Nedostatak redovne fizičke aktivnosti ima za posledicu slab mišićni tonus, smanjenu koštanu masu i fleksibilnost zglobova. Sve to doprinosi padovima i utiče na posledice povreda od padova.

Prevencija

- Upravnjavati redovne fizičke vežbe (npr. svaki drugi dan po 15 minuta) koje su namenjene mišićnu i koštanu snagu i da poboljšaju ravnotežu i gibkost. Mnogi ljudi uživaju u šetnjama ili plivanju.
- Dnevne aktivnosti je potrebno obavljati sa pažnjom u smislu pravilnog istezanja ili savijanja, pravljenja predaha radi uspostavljanja ravnoteže posle ustajanja sa stolice ili iz kreveta. Važno je da pacijenti nauče i kako pravilno da padnu i kako se oporavljati posle pada.
- Važno je nositi ispravnu obuću - cipele sa niskim petama i gumenim đonovima.

Upotreba lekova:

Uzimanje sedativa, anti-depresiva, i anti-psihotičkih lekova može doprineti padovima jer smanjuje koncentraciju, pogoršava ravnotežu i hod i može izazvati pad krvnog pritiska pri ustajanju. Osobe koje uzimaju veći broj lekova su u većem riziku.

Prevencija

- Moraju se znati sporedna dejstva svih lekova koje pacijent uzima
- Upotrebu pojedinih lekova treba izbaciti, nekih umanjiti na najmanju moguću meru, a nekada je nužno koristiti npr. štap za hodanje ukoliko se koriste lekovi koji ugrožavaju ravnotežu
- Svi lekovi kojima je prošao rok se moraju odstraniti
- Nužno je ograničiti unos alkohola jer to direktno pojačava neželjeno dejstvo nekih lekova

Slab vid

Bolesti vida povezane sa godištem mogu pojačati rizik od pada. Prvenstveno je tu reč o glaukomu i katarakti koji menjaju dubinsku percepciju.

Prevencija

- Potrebno je redovno kontrolisanje vida od strane oftalmologa
- U stanu pacijenta treba označiti jarkim bojama (lepljivim trakama) objekte koji pomažu da se održi ravnoteža, kao što su rukohvati u kupatilu i sl.
- Ako postoje stepenice u stanu, potrebno je prve i poslednje stepenike obeležiti kontrastnom bojom.

Rizici okoline

Oko jedne trećine svih padova u SAD su vezani za rizike koji postoje u stanu. Najčešće se pada zbog spoticanja o neki predmet, a potom slede slabo osvetljenje, klizavi tepisi, nedostatak rukohvata i gelendera. Niže su dati samo neki primjeri mogućih prevencija od ovih rizika.

Prevencija padova u stanovima

- Važno je ne koristiti male tepihe i posebno čilime koji su izuzetno klizavi, naročito na parketu. Ukoliko se koriste potrebno je sa donje strane postavite posebne protivklizne trake ili duplo lepljive trake za itisone kojima bi se tepisi i čilimi zlepili za pod.

- Po mogućstvu skinuti sve visoke i nepotrebne pragove između prostorija.
- Potrebno je skloniti kablove i druge prepreke koje se nalaze na podu na prolaznim putevima.
- Važno je da svi prostori budu dobro osvetljeni, a pojedini i permanentno.
- Kupatila je potrebno opremiti zidnim rukohvatima oko WC šolja, kada i tuševa, neklizajućim prostirkama na podu i kadama.
- U spavaćim sobama se preporučuje da postoje lampe sa obe strane kreveta, prekidači koji su na dohvati ruke i pri ulasku u sobu i oni pored kreveta. Veoma je važno imati telefon pored kreveta.

Prevencija padova u spoljnoj okolini

- Ovde se prvenstveno radi o pristupnim putevima, ulazima, dvorištima. Radi se o saniranju rupa i pukotina na trotoarima oko objekta, ugradnji gelendera na pristupnim stepeništima, čišćenju prostora za šetnju od snega i leda, odgovarajućoj spoljnoj rasveti i sl.

ŠTA LEKAR TREBA DA UČINI

Izabrani lekar koji vodi pacijenta treba da bude upoznat sa njegovim mentalnim i fizičkim zdravstvenim stanjem. Anamneza koju uzima mora da bude kompletan sa glavnom bolešću, sadašnjim stanjem i prethodnim oboljenjima. Potrebno je da se upozna sa socijalnim i ekonomskim statusom pacijenta - sa kim živi i u kakvim uslovima. Ukoliko je situacija nedovoljno jasna, bilo bi poželjno sprovesti i kućnu posetu.

Tabela 2.- Potencijalna neželjena dejstva lekova koji doprinose padovima kod starih (5)

Neželjeno dejstvo	Lekovi*
Agitacija	Antidepresivi, kofein, neuroleptici, stimulansi
Aritmije	Antiaritmici
Kognitivna slabost, konfuzija	Benzodiazepini, narkotici, neuroleptici, svaki lek sa antiholinergijskim dejstvom
Vrtoglavica, ortostatska hipotenzija	Antikonvulzanti, antidepresivi, antihipertenzici, benzodiazepini, narkotici, neuroleptici
Nenormalan hod, ekstrapiramidalne reakcije	Antidepresivi, metoklopramid, neuroleptici
Sedacija, pospanost	Antikonvulzanti, antidepresivi, benzodiazepini, narkotici, neuroleptici
Učestalo hodanje	Diuretici
Posturalne tegobe (problemi sa ravnotežom)	Antikonvulzanti, antidepresivi, benzodiazepini,
Sinkope	Beta-blokeri, nitrati, vazodilatatori
Vizuelne smetnje (zamućen vid)	Neuroleptici, svi lekovi sa antiholinergijskim efektom

*Lista nije ovim iscrpljena - mnogi drugi agensi mogu dati ovakve neželjene efekte

Praksa u razvijenim zemljama (SAD, Kanada, Australija i dr.) je da izabrani lekar vrši i posebnu procenu rizika od pada za osobe starije od 65 godina. To se uglavnom obavlja po standardizovanoj proceduri i obuhvata (6):

- Reviziju istorije padova i lekova koje pacijent uzima
- Ispitivanje hoda i ravnoteže
- Ispitivanje očnog vida
- Ispitivanje funkcije i snage nogu
- Ispitivanje kardiovaskularnog statusa, uključujući puls, ritam i krvni pritisak
- Reviziju upotrebe pomagala za hod, kao što su štapovi za hod ili štake

Po obavljenoj proceni rizika lekar može dati preporuke za prevenciju padova. Pored ostalog, one se mogu odnositi na (6):

- Modifikaciju doziranja lekova (indikacije o rizicima od pojedinih lekova)
- Vežbe za ravnotežu
- Vežbe za hod i korišćenje pomagala
- Korigovanje faktora rizika koji mogu doprineti padu u stanu pacijenta kao npr. izbacivanje malih klizavih tepiha ili pojačavanje svetla i sl.
- Upućivanje kod odgovarajućeg specijaliste.

Druga bitna akcija koju lekar treba da obavi je da starog pacijenta ili lice koje sa njim živi obuči šta sve pacijent može i treba da učini u smislu promene navika i ponašanja i prilagođavanja svoje okoline novim potrebama. U razvijenim zemljama postoje vrlo iscrpne i jasne brošure na osnovu kojih pacijenti mogu sami značajno da smanje faktore rizika za pad.

ŠTA PACIJENT MOŽE DA UČINI

Pacijent prvenstveno treba da svom lekaru kaže ukoliko ima tegobe koje se tiču dosadašnjih padova i potencijalnih rizika. To obuhvata: okolnosti dosadašnjih padova, probleme u hodu i ravnoteži, slabost ili druge probleme sa nogama, korišćenje pomagala pri hodu (štaka, štapa ...) i probleme vida.

Mnogobrojnim pristupačnim brošurama stari mogu biti edukovani da sami ili uz pomoć najbližih preduzmu jednostavne, ali veoma značajne mere prevencije. U stručnoj i literaturi namenjenoj građanstvu se najčešće sugerisu četiri osnovne preventivne akcije (7):

- 1) Baviti se redovnom fizičkom aktivnošću koja podrazumeva i otpočinjanje rada vežbi za poboljšanje snage i ravnoteže
- 2) Revidovati upotrebu lekova (zatražiti da to sproveđe vaš lekar)
- 3) Redovno ispitivati stanja vida (odlazak kod oftalmologa jednom godišnje)
- 4) Podići nivo bezbednosti u stanu

Ovo poslednje je izuzetno važno jer padovi u stanu učestvuju sa 50%. To su sve uglavnom jednostavne akcije koje mogu puno doprineti ličnoj bezbednosti. One se kreću od nošenja cipela u stanu pa do uvodenja dodatnih elemenata u neke prostorije (rukohvati u kupatilima, dodatni gelenderi) i mnogih drugih. Za

smanjenje faktora rizika u stanu i spoljnoj okolini postoje posebne vrlo razrađene ček liste po kojima stare osobe mogu proveriti stanje u svom stanu i izvršiti adekvatne izmene.



Slika 1.- Primer brošure namenjene starima u SAD (7)

U svakom slučaju kod prevencije padova kod starih lica je ključno njihovo aktivno učešće, ali se optimalni efekti prevencije postižu samo zajedničkim dejstvovanjem sa svojim lekarom.

ZAKLJUČAK

Imajući u vidu da je jedno od osnovnih usmerenja aktuelne reforme sistema zdravstva u Srbiji prevencija bolesti kao veoma važan koncept zdravstvene zaštite kod starih ljudi javlja se prevencija od padova.

Ovo stoga što je kod pacijenata preko 65 godina, malo šta moguće prevenirati. Možemo samo sumirati bolesti koje postoje ne dozvoliti ili ograničavati pojavu komplikacija. Kao realni veliki faktor rizika za pogoršanje zdravstvenog stanja i smrt nameće se pad, te je stoga važno da se lekari angažuju, u sadejstvu sa pacijentom, da se faktori rizika svedu na najmanju moguću meru.

U tom smislu kao logično za ovu vrstu pacijenata nameće se uvođenje redovne (npr. jednom godišnje) procene rizika od pada. Kao i u drugim zemljama gde se to široko primenjuje, potpomognuto drugim merama (prvenstveno promocijom promene načina života i edukacijom pacijenata) i u Srbiji je nužno uvesti odgovarajuću standardizovanu proceduru.

LITERATURA:

1. Sehested P, Severin-Nielsen T. Falls by hospitalized elderly patients; Causes, prevention. *Geriatrics* 1977, 32:101-108.
2. Robitaille Y, O'Loughlin J. Epidemiologie de la chute chez les personnes agees. *L'anee Gerontologique* 1990
3. Anon. *The Safe Living Guide*. Ottawa: Division of Aging and Seniors, Public Health Agency of Canada, 2005
4. Tremblay, K.R. Jr., and Barber, C.E. Preventing Falls in the Elderly. Updated Thursday, September 20, 2007 .
5. Ruddock, Brent, CJ/RPC 2004:137, 6 str 17, 18 Drug Information and Research Center
6. Anon. *A Patient's Guide to Preventing Falls*, The AGS Foundation for Health and Aging, New York, 2007
7. Anon. *What You Can Do to Prevent Falls*, CDC Foundation, MetLife Foundation, 2007.
8. Milanović P. i Davidović M, poglavlje Padovi u starosti. U: *Gerijatrija*., Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu, Posledipolomska katedra iz gerontologije, Klub NT, 1998
9. Kostić, V. i Stojanović, M. poglavlje Poremećaji hoda i ravnoteže kod starijih osoba. U: *Gerijatrija*., Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu, Posledipolom-ska katedra iz gerontologije, Klub NT, 1998

KONFUZNA STANJA U STARIH

Aleksandra Milićević Kalašić

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Akutno konfuzno stanje ili delirijum je jedan od najčešćih neuropsihijatrijskih sindroma sa kojima se srećemo u svakodnevnoj praksi. Dobar deo konfuzije oko sindroma je poticao od upotrebe raznolike terminologije: akutni moždani sindrom, akutna konfuznost, encefalopatija, akutno popuštanje mozga, kao i toksična psihoza. Ovi termini se sreću u literaturi i dalje, ali u ime jasnoće u komunikaciji među kolegama kao jedini važeći sinonimi, po trenutno važećim klasifikacijama mentalnih poremećaja, prihvaćeni su termini delirijum i akutno konfuzno stanje.(1,2)

Njegova brza detekcija i zbrinjavanje su vitalni. Često ostane nedijagnostikovan ili pogrešno dijagnostikovan kao demencija ili psihoza. Akutno konfuzno stanje može biti prvi znak akutnih bolesti koje ugrožavaju život kao što su akutni infarkt miokarda, pneumonija, moždani udar.

Stari, posebno veoma stari i dementni su skloni da razviju delirijum kao komplikaciju bilo koje fizičke bolesti ili uzimanja lekova, čak i u terapeutskim dozama (40% dementnih pacijenata je deliratno na prijemu u bolnicu, dok je 1 od 4 delirantna pacijenta dementan). Depresija, akutni psihološki stres, deprivacija sna ili senzorijuma, oštećenja mozga, vida i sluha, tugovanje povećavaju rizik za nastanak delirijuma u starih i u opštoj populaciji.(3,4)

ISTORIJAT

Akutna konfuzna stanja su jedan od prvih opisanih mentalnih poremećaja u medicinskoj literaturi. Hipokrat je pre 2500 godina pisao o "frenitusu" i smatrao da je sedište poremećaja možak. Preciznije razjašnjavanje njegovih posmatranja odjeknulo je niz vekova kasnije, kroz različite slikovite opise sindroma, kao što su: "lutanje razuma" ili "skupljanje prazne slame".(5,6)

Termin „delirijum“ je prvi put upotrebio Celsus u I veku naše ere. Potiče od latinske reči delirare, što bi značilo „*skrenuvši iz brazde, sa utvrđenog puta...*“ Do kraja 18. veka, termin je imao dvostruko značenje: prvo kao odrednica za ludilo, uopšte, i odnosio se na akutni mentalni poremećaj pretežno udružen sa groznicom i trovanjem.(7,8)

INCIDENCA I PREVALENCA

Prevalenca je 1% u opštoj populaciji, dok je znatno veća u hospitalizovanih pacijenata 5 -15%. Prema rezultatima Gerijatrijske multicentrične Britanske

studije 35% pacijenata starosti 65 godina i stariji su imali delirijum pri prijemu u bolnicu ili je on razvijen tokom hospitalizacije. Rezultati skorijih studija su pokazali da je 10%-14% odnosno 22% pacijenata starosti 70 godina i više, zadovoljilo dijagnostičke kriterijume delirijuma pri prijemu na bolničko lečenje. Incidencu dostiže 50% ako se prati hirugija pri frakturi kuka.(6,9)

DEFINICIJA

Opšte je prihvaćena definicija delirijuma (akutnog konfuznog stanja) da je to etiološki nespecifičan sindrom karakterisan istovremenim poremećajima svesti i pažnje, percepcije, mišljenja, pamćenja, psihomotornog ponašanja, emocija i ciklusa spavanje-budno stanje. (1,2,8,10)

KLINIČKA SLIKA

Klinička slika tipično obuhvata akutni početak, razvoj u nekoliko sati do tri dana u zavisnosti od etiologije, promenljivog trajanja od par dana do 4 nedelja sa ishodom bolesti koji zavisi od prepoznatih i lečenih etioloških faktora.(3)

Glavna karakteristika delirijuma je pomućenje svesti-smanjene reaktivnosti i svesnosti, poremećene budnosti i mogućnosti održavanja pažnje. Sve glavne kognitivne funkcije: opažanje, pažnja, mišljenje i memorija su do izvesnog stepena izmenjene. Poremećaj može varirati u stepenu ispoljavanja od blage konfuzije, česte u febrilnim stanjima, do potpunog prekida organizovane i svrshishodne kognitivne aktivnosti. Delirantni pacijent ispoljava redukovani sposobnost da izdvoji, preradi, zadrži i prizove informaciju o okruženju, svom telu i sebi. On je manje sposoban da planira, pokrene i održi smisleno ponašanje.

Poremećen ciklus spavanje-budnost je neophodan dijagnostički kriterijum delirijuma. Pacijent je pospan tokom dana, dok je noćno spavanje skraćeno i isprekidano. Konfuzija se često pogoršava u sumrak - fenomen poznat kao zalazak sunca.

Opažanje u delirijumu je obeleženo smanjenom sposobnošću pacijenta da razlikuje i poveže opažaje i da ih stavi u značajan međuodnos, prema prethodno stečenom znanju. Iluzije i halucinacije, posebno vizuelne ili mešano vizuelne i zvučne, su česte, ali niti su stalno prisutne, niti su dijagnostičke. U oko polovine pacijenata, halucinacije se pojavljuju samo tokom noći, često deljivo sa snovima, neprijatne su i zastrašujuće, te mogu pojačati pacijentovu uznenirenost i tendenciju da odluta.

Stalni, fluktuirajući poremećaj pažnje delirantnog pacijenta se ogleda u smanjenoj sposobnosti da odgovori na nadražaj selektivno i da je voljno pokrene, pomeri, usmeri i/ili održi.

Mišljenje u delirijumu je neorganizovano, fragmentirano, često usporeno i osiromašeno i može biti nalik na snove i sadržati nepovezane i prekidajuće misli i slike. Sumanutosti se pojavljuju u oko polovine delirantnih i po prirodi su proganjajuće, slabo sistematizovane, bilo vezane za halucinacije, bilo izazvane stimulusima iz okruženja.

Pamćenje je oštećeno u svim svojim aspektima. Trenutno prisećanje je umanjeno usled poremećaja pažnje. Poremećaj pamćenja za skorije događaje

vodi nastanku konfabulacija, dok je memorija za ranije događaje nedirnuta. Izvestan stepen amnezije za iskustva tokom delirijuma je pravilo. Sposobnost učenja novog materijala je redukovana.

Kao rezultat globalnog poremećaja kognitivnih funkcija i poremećaja pažnje pacijent je dezorientisan u vremenu, a može biti dezorientisan i u prostoru i prema bliskim osobama. Orientacija za lični identitet je nedirnuta.

Psihomotorno ponašanje je poremećeno, bilo da je pacijent hiper ili hipoaktivitan. Mogu se razlikovati tri tipa delirijuma zasnovano na pacijentovom stepenu budnosti i psihomotornog ponašanja: hiperbudni-hiperaktivni; hipobudni-hipoaktivni; i mešani. Hiperbudni-hiperaktivni pacijent je rasrojen i agitiran, i mnogo je verovatnije da će halucinirati; pokazuje strah, ljutnju, kao i hiperaktivnost simpatičkog nervnog sistema. Nasuprot, hipobudan-hipoaktivitan pacijent pokazuje malo spontane aktivnosti, spor je u odgovoru na stimuluse, letargičan je i izgleda apatično. Mešani tip pokazuje nepredvidljiva pomeranja između opisanih krajnosti. U deliriju bilo kog tipa može biti prisutan grub tremor.

Delirantni pacijent može pokazati čitavu skalu emocija od apatije, depresije, straha, besa do retkog oduševljenja.(3,4,6,11)

ETIOLOGIJA

Stari su skloni da razviju sindrom akutnog konfuznog stanja kao odgovor na veliki broj organskih etioloških faktora koji mogu delovati pojedinačno ili mnogo češće u kombinaciji.

Starost je sama po sebi predisponirajući faktor delirijuma: organizam koji stari je generalno mnogo osjetljiviji na bolesti, a mozak koji stari je mnogo osjetljiviji na neželjene efekte hipoksije, dizbalansa tečnosti i elektrolita, deficit hormona i vitamina, lekove i infekcije.

Lekovi, po preskripciji ili iz slobodne prodaje su najčešći uzroci akutnih konfuznih stanja. Antiholinergici, sedativno-hipnotički lekovi, diuretici, digitalis, anti-hipertenzivi i antiaritmici, cimetidin, litijum, levo-dopa, nesteroidni antiinflamatorni lekovi, narkotici, lekovi za hemioterapiju kancera, hipoglikemici, čak i terapeutskim dozama mogu dovesti do ispoljavanja akutnog konfuznog stanja. Ponekad i lekovi, koji se koriste u lečenju ranih stadijuma konfuznog stanja mogu ga pogoršati tj. antipsihotici ili sedativno-hipnotički lekovi mogu biti snažni precipitatori ovog stanja. Multipli morbiditet starih uslovljava istovremeno korišćenje više različitih lekova (polipragmazija) sa povećanim rizikom interakcija među lekovima. Promene metabolizma u starosti imaju za posledicu visoke nivoje leka u krvi, čak i pri normalnim ili niskim terapeutskim dozama. Promenom ili eliminisanjem datog leka delirantno stanje se često dramatično vraća na normalu ili ublažava.

Drugi specifični etiološki faktori obuhvataju metaboličke poremećaje, infekcije, kardiovaskularne, cerebrovaskularne bolesti, neoplazme, traume, depresiju, demenciju, kao i epilepsiju.(3,4,6,11,12,13) (Tabela 1.)

PATogeneza

Delirijum podrazumeva opštu i nespecifičnu promenu moždane funkcije nastalu uticajem različitih etioloških faktora. Heterogenost u okviru sindroma nameće razmišljanja o ulozi različitih moždanih struktura i mehanizama u njegovoj patogenezi. Početna pretpostavka je bila da u osnovi delirijuma leži redukcija cerebralnog metabolizma, a danas je prihvaćena postavka o disbalansu sinteze neurotransmitera neophodnih za normalne kognitivne funkcije, pažnju i ciklus spavanje-budnost. Izgleda da holinergički deficit sa umanjenjem acetil-holina, kao i disbalans drugih moždanih neurotransmitera: noradrenalina, serotoninina i dopamina, izgleda da čine glavni patofiziološki mehanizam u delirijumu. Novi pristup shvatanju ovoga problema je usmeren na neurotransmiterski-specifične projekcije iz hipotalamus-a i moždanog stabla direktno do kore velikog mozga. (6,11,14)

Tabela 1. - Uzroci delirijuma

Drugs (Lekovi)

- Intoksikacija/ukidanje alkohola, benzodiazepina, barbiturata, narkotika
- Antiholinergički lekovi (Atropine, Benytropine, Benzhexol); antiholinergički efekat antipsihotika i triciklika
- Antihistamini
- Antikonvulzivi (Phenitoin, Carbamazepin, Clonazepam, Valproate, Vigabatrin)
- Antiparkinsonici (Amanatadine, L-dopa, Bromocriptine)
- Lekovi za srčana oboljenja (beta-blokatori, Digoxin, Theophylline, diuretici, hipotenzivi)
- Antiinflamatorni lekovi (nesteroidni lekovi, steroidi)
- Simpatomimetici (Ephedrine, amphetamine)
- Antibiotici
- Antineoplastični lekovi
- Ostali (Cimetidine, Ranitidine, lithium)

Endokrini poremećaji

- Dijabet, tiroidna, hipotiroidna ili adrenalna disfunkcija

Epilepsija

- Iktalno ili post-iktalno

Lung disease (Plućne bolesti)

- Pneumonia, HOBP, apnea u toku sna

Infekcije

- Encefalitis, meningitis, sifilis, HIV, septikemija

Injury (Povrede)

- Subduralni, ekstraduralna hemoragija, opekomine, opčta i kardijalna hirurgija, prelom vrata butne kosti

Intrakranijalno

- Tumori, povišen intrakranijalni pritisak

Renalni poremećaji

- Akutni i terminalni stadijum hronične insuficijencije

Intestinalni poremećaji

- Karcinom, obstrukcija, ileus

Unstable circulation (nestabilna cirkulacija)

- Aritmije, kongestivna srčana insuficijencija, infarkt miokarda, hipertenzivna encefalopatijska, hipoperfuzija, gubitak krvi, šok

Metabolicci poremećaji

- Hiponatremija, hipokalemija, acidozija, alkalozija, isuficijencija jetre, dehidratacija

DIJAGNOZA - DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Postavljanje dijagnoze delirijuma obuhvata prepoznavanje kliničke slike delirijuma i identifikaciju etioloških faktora koji su ga izazvali.(1,2,6,10,11,12) Dijagnoza akutnog konfuznog stanja može biti veoma teška. S obzirom da bilo koje medicinsko ili fiziološko stanje može uzrokovati delirijum, pedantno uzimanje istorije bolesti i evaluacija kliničkog i mentalnog statusa pacijenta su neophodni. Najčešći uzroci delirijuma su predstavljeni u tabeli 1.(3)

ISPITIVANJA

Važni su svi podaci koji se dobijeni od samog pacijenta i/ili od njegovih pratioca, uz posebno obraćanje pažnje na lekove koje je pacijent koristio. Ukoliko opšti i neurološki pregled pacijenta nisu dovoljni od pomoći mogu biti laboratorijske analize krvi (krvna slika, jetrine probe, serokultura, elektroliti, glikemija, gasne analize) i urina, EKG, rentgen pluća, ispitivanje cerebrospinalne tečnosti (likvora) pacijenta, EEG, CT (kompjuterizovana tomografija). EEG je specifičan po difuznom usporenju osnovne moždane aktivnosti i koristan je u diferencijalnoj dijagnostici. Ukoliko je pacijent kooperabilan, trebalo bi sprovesti testove njegovih mentalnih funkcija.(3,4)

LEČENJE I PREVENCIJA

Osnovni pristup u lečenju delirantnog pacijenta je identifikacija i lečenje etiološkog faktora uz primenu opštih pomoćnih mera i simptomatske terapije.

- Ispitivanje, otklanjanje i/ili lečenje jednog ili više etioloških faktora koji su doveli do razvoja sindroma podrazumeva brižljivo sprovodenje diferencijalno dijagnostičkog postupka.
- Jedan od prvih koraka u lečenju delirantnog pacijenta su mere normalizacije elektrolitno-tečne ravnoteže i adekvatna ishrana (vitaminska ishrana).
- Za pacijenta je podjednako važno da bude u prijatnom okruženju, dobro osvetljenoj prostoriji, bez buke, sa familijarnim predmetima (lične fotografije i poznati predmeti kao sat, kalendar...). Iako je briga i pažnja članova porodice nezamenljiva, blaga, prijateljski naklonjena medicinska sestra/negovateljica je osoba koja najviše vremena provodi sa pacijentom i zapaža sve promene i potrebe delirantnog pacijenta i čini emotivnu podršku uplašenom pacijentu.
- Lekovi su najčešće prva mera pomoći pacijentu. Ne postoji utvrđena šema terapije delirijuma, s obzirom da i sam sindrom može imati različita klinička ispoljavanja. S toga, izbor leka, prikladna doza (minimalna neophodna) i dužina trajanja farmakološkog tretmana je strogo individualan. Agitiran pacijent mora biti sediran da bi se izbeglo samo-povređivanje i povređivanje drugih. Preporučuje se visoko potentni neuroleptik iz grupe butirofenona, haloperidol, u malim dozama 0.5mg per os ili i.m. dva puta dnevno, s ciljem da se izbegne jaka sedacija i nezeljeni ekstrapiramidni efekti.
- Benzodiazepini se generalno ne preporučuju. Ukoliko su neophodni za regulaciju sna i ritma budnost-san, preporučuju se kratko delujući preparati, u smanjenoj dozi (1/2 doze za odrasle): lorazepam, oxazepam, prazepam.

- Antihistaminik hydroxyzine u dozi 25 do 50 mg je siguran i efektivan izbor. U cilju noćne sedacije klometiazol može biti od koristi.
- Terapijski izbor je zasnovan na individualnom pristupu, zavisno od ispoljenih simptoma pacijenta, a režim doziranja se usklađuje sa fluktuiranjem simptoma tokom 24h. Zbog toga je važno često kontrolisati i pratiti efekte primenjene terapije, po potrebi izmeniti dozu ili lek.
- Razmatra se upotreba inhibitora acetil-holinesteraze u lečenju delirijuma.
- Generalno, efektivnost farmakološkog lečenja ostaje limitirana, uprkos ekstenzivnim naporima da se razviju efektivni tretmani. (3,5,6,11,15)

LITERATURA:

1. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd 1992; 53-55.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th ed American Psychiatric Association.. Washington, DC, 1994.
3. Sachdev P. Lloyd J. Mc Ivor B. Neuropsychiatric Disorders. In: Bloch S, Bruce SS (eds). Foundations of Clinical Psychiatry, Second edition Melbourne University Press, Melbourne 2001; 349-353.
4. Milićević-Kalašić A, Jovanović L, Kovačević M.S. Akutna konfuzna stanja u starih. Halo 94 2000; V (15): 79-84.
5. Jones R. Assessment and management of confused old people in general hospitals. In: Aging and drug therapy. Barbagallo Sangiorgi G, Exton-Smith AN. (eds). Plenum press, New York, 1984; 83-94.
6. Lipowski ZJ. Acute Confusional States (Delirium) in the elderly. In: Albert ML, Knoefel JE (eds). Clinical Neurology of aging, Second edition, Oxford University Press, New York Oxford 1994; 347-362.
7. Lipowski ZJ. Delirium: How its concept has developed. In: Miller N, Lipowski ZJ., Lebowitz BD.(eds). Delirium advances in the research and clinical practice, Springer publishing company, New York, 1991;115-120.
8. Lipowski Z.J. Delirium (Acute Confusional States). In: Copeland JRM, Abou- Saleh, Blazer DG (eds). Principles and Practice of Geriatric Psychiatry, John Wiley & Sons Ltd, London 1994; 257-260.
9. Levkoff S, Cleary P, Lipotzin B, Evans D. Epidemiology of delirium: An overview of research issues and findings. In: Miller N, Lipowski ZJ., Lebowitz BD.(eds). Delirium advances in the research and clinical practice, Springer publishing company, New York, 1991;149-165.
10. Abrams WB, Beers MH, Berkow R. Acute confusional state. In: Abrams WB, Beers MH, Berkow R. (eds). The Merck Manual of geriatrics second edition, Merck research laboratories, Whitehouse station N.J. 1995; 98-104.
11. Sampson E. Delirium. In: Ritchie C.W. Ames D. Masters C.L. Cummings J. (eds). Therapeutic Strategies in Dementia, First edition Clinical Publishing, Oxford 2007; 329-343.
12. Milićević-Kalašić A, Jovanović L, Kovačević M.S, Kovačević M.I. Etiološki faktori delirijuma u starih osoba. Halo 94 2000; V (16): 97-103.
13. Geldmacher DS, Whitehouse PJ. Differential diagnosis of Alzheimer's disease. Neurology 1997; 48 (Suppl 6): 82-89.
14. Engel GL, Romano J. Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency. J Chronic Dis. 1959; 9:260-297.
15. Baldessarini RJ. Drugs and the treatment of psychiatric disorders. In: Hardman JG, Limbird LE (eds). Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis Of Therapeutics, McGraw-Hill, New York, IX edition, 1996; 401.

URINARNA INKONTINENCIJA

Pavle Milanović

Kliničko-bolnički centar "Zvezdara"
Interna klinika, Kliničko odeljenje za gerijatriju

Urinarna inkontinencija je često oboljenje u starih osoba i za posledicu može da ima plasiranje trajnog katetera, infekcije urinarnog trakta, urosepsu, nepokretnost, padove i dekubituse. Smatra se da 15-30% neinstitucionalizovanih starih ima inkontinenciju(1), a da je čak preko 50% starih na dugotrajnoj nezi inkontinentno(2).

ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA MIKCIJE I PROMENE U STAROSTI

Anatomske komponente koje učestvuju u mikciji su glatki mišić mokraćne bešike (detrusor) čiju kontrakciju izaziva holinergička stimulacija parasympatičkih nerava koji polaze iz kičmene moždine na nivou S2-S4, uretralni sfinkterski mehanizam u koji spadaju proksimalni sfinkter, građen od glatkih mišićnih vlakana koji se kontrahuje na β -adrenergičku stimulaciju koja potiče od Th11-12 spinalnih korenova i distalni sfinkter, građen od poprečno prugastih mišićnih vlakana, koji se kontrahuje na holinergičku somatsku stimulaciju koja potiče od S2-S4 segmenata kičmene moždine. Fascijalni i mišićni omotač uretre predstavlja najznačajniji mehanizam za "zatvaranje" uretre. Vrat mokraćne bešike i uretra sprečavaju nekontrolisano isticanje urina tokom punjenja bešike, a takođe i tokom procesa koji povećavaju intraabdominalni pritisak kao i tokom stajanja. Glatkomisični sfinkter se sastoji od longitudinalnih i cirkularnih vlakana i njegova funkcija nije do kraja razjašnjena, naročito longitudinalnih vlakana. Poprečno prugasti sfinkter je građen od vlakana koja se nalaze u neposrednoj blizini, ali nisu i deo, m. levatora ani. Njegova uloga u održavanju kontinencije je sasvim jasna. Nema direktnih dokaza da postoji direktna inhibicija kontrakcija bešike, ali postoje inhibitorni putevi koji utiču na tonus i čija je uloga u održavanju komplijanse tokom punjenja bešike. Smatra se da je u to uključen simpatički nervni sistem. U centralnom nervnom sistemu parijetalni lobusi i talamus primaju i koordiniraju aferentne stimuluse, frontalni lobusi i bazalne ganglije moduliraju mikciju inhibitornim signalima dok se osoba ne nađe u socijalno prigodnoj prilici za mikciju, dok se svi impulsi integriraju u mikcionom centru u ponsu obezbeđujući socijalno prihvatljivu i koordinisanu mikturiciju. Mikcioni centar u ponsu je odgovoran za "egzekuciju" kontrakcija detrusora i relaksaciju sfinktera tokom mikcije. Lezije ispod ovog centra imaju za posledicu dissinergiju kontrakcija bešike i relaksacije sfinktera. Donji urinarni trakt inervišu i simpatička i parasympatička vlakna.

Starenjem dolazi do promena urinarnog sistema koje se nalaze i kod kontinentnih i kod inkontinentnih osoba. Ove promene mogu da povećaju predispoziciju za inkontinenciju, ali same ne mogu da budu uzrok inkontinencije. Neihni-birane kontrakcije (hiperaktivnost detrusora) se javlja kod starih i mogu se naći kod 21% kontinentnih starih osoba(3). Sposobnost za odlaganje mikcije se kod starih smanjuje, što može da ima za posledicu polakisuriju. Kod starih se javlja povećanje rezidualnog urina čak i do 100ml, mada se reziduum veći od 50ml ne može pripisati samo starenju. Ove promene su u korelaciji sa morfološkim promenama detrusora - redukovanje međućelijskih spojeva, hipertrofija glatkih mišića sa opstrukcijom izlaznog trakta, povećanje količine kolagena u intersticijumu, smanjenje kontraktilnosti zbog degeneracije mišićnih vlakana i aksona(4). Kod žena smanjenje koncentracije estrogena u menopauzi dovodi do atrofije superficialnog i intermedijernog sloja epitela uretre sa posledičnim atrofičnim uretritisom i simptomima iritacije i smanjenja komplijanse uretre. Kod žena dolazi i do skraćenja uretre i smanjenja pritiska zatvaranja uretre. Sem promena na bešici i uretri vezanih za starost, stari često imaju i druga obolenja koja utiču na kontinenciju a u koje spadaju poremećaji hidracije, poremećaji ekskrecije urina, funkcionalni poremećaji koji otežavaju pristup toaletu, česti su cerebrovaskularni incidenti, TIA, srčana insuficijencija, fekalna inkontinencija i konstipacija, gojaznost, hronična opstruktivna bolest pluća, depresija i mnoga druga stanja koja nepovoljno utiču na kontinentnost. Ako urinarni trakt kod stare osobe funkcioniše normalno, mokraćna bešika je u stanju da zadrži oko 300-400ml urina pri niskom intravezikalnom pritisku, a da uriniranje ide protokom oko 10-15ml/s.

TIPOVI INKONTINENCIJE

Po svom toku inkontinencija može da bude reverzibilna (tranzitorna) ili ireverzibilna (fiksirana, trajna). Termin "tranzitorna" se ne odnosi na trajanje inkontinencije, već na potencijalnu reverzibilnost ukoliko se sprovede adekvatno lečenje. Uzroci tranzitorne inkontinencije su navedeni u tabeli 1. Lekovi kao uzročnici tranzitorne inkontinencije navedeni su u tabeli 2. Trajna urinarna inkontinencija može da bude izazvana anatomskeim, fiziološkim ili patološkim faktorima koji deluju na donji urinarni trakt. Kod starih osoba najčešće postoji više od jednog kontributivnog faktora, a to se naročito odnosi na osobe u dubokom senijumu i terminalno bolesne. Trajna urinarna inkontinencija se može podeliti na nekoliko podtipova: urgentnu inkontinenciju, stres inkontinenciju, inkontinenciju prelivanja, mešovitu inkontinenciju, funkcionalnu inkontinenciju i refleksnu ili nesvesnu inkontinenciju.

- Urgentna inkontinencija je najčešći tip inkontinencije u starih osoba. Karakteriše se naglim nagonom na mikciju sa umerenim do obilnim isticanjem urina, često sa učestalom mokrenjem i nikturijom. Urgentna inkontinencija je često, mada ne i uvek, povezana sa urodinamskim nalazom nevoljnih kontrakcija detrusora, što se naziva nestabilnost detrusora. Kada se kod pacijenata sa

nestabilnošću detrusora nađe uzročna neurološka lezija (npr. CVI), tada se to stanje naziva hiperrefleksija detrusora. Druga funkcionalna promena koja se javlja kod pacijenata sa urgentnom inkontinencijom je poremećaj kontraktelnosti bešike, tako da pacijenti sa urgentnom inkontinencijom u osnovi imaju hiperrefleksiju bešike sa poremećenom kontraktelnošću (DHIC). Pacijenti sa DHIC imaju, sem inkontinencije, i simptome opstrukcije i samim tim mikcija im počinje sa naporom, a dodatni nalaz je i povećanje postmikcionog reziduuma. Inače hiperaktivna bešika se viđa kod oko 49 miliona ljudi u Evropi, a definiše se kao "urgentnost", sa ili bez urgentne inkontinencije, često sa učestalim pozivima na mokrenje ili noktuirjom (5)

Tabela 1.- Uzroci tranzitorne inkontinencije u starih

- Delirijum/konfuzna stanja
- Urinarna infekcija
- Atrofični uretritis/vaginitis
- Lekovi
 - Psihijatrijski poremećaji (depresija)
 - Povećana produkcija urina (srčana insuficijencija, hiperglikemija)
 - Nepokretnost
 - Fekalna impakcija

Tabela 2.- Lekovi koji utiču na kontinentnost

FUNKCIJA	MEHANIZAM	PRIMER
Kognicija	konfuzija, sedacija, demotivisanost	Sedativi/hipnotici; antipsihotici; antidepresivi; antikonvulzivi; alkohol;
Pokretnost	Induktori rigidnosti	Antipsihotici
	Ortostatska hipotenzija	Antihipertenzivi; triciklični antidepresivi; nitrati;
Balans tečnosti	Retencija tečnosti sa povećanom noćnom diurezom	NSAID; Dihidropiridinski blokatori kalcijumskih kanala; kortikosteroidi;
	Povećana diureza	diuretici; alkohol; kofein; teofilin;
Kontraktelnost bešike	Poremećaj kontraktelnosti	antiholinergici; antipsihotici; triciklični antidepresivi, antiparkinsonici (triheksifendil, benztrapin), antihistaminici, spazmolitici, Ca antagonisti, narkotici, vinkristin
	Konstipacija, fekalna impakcija	antiholinergici, Ca antagonisti, narkotici, Ca++
Funkcija sfinktera	Sprečavanje relaksacije	β-adrenergički agonisti
	Sprečavanje zatvaranja sfinktera	β-adrenergički antagonisti, misoprostol
	Pojačavaju stres inkontinenciju	ACE inhibitori

- Stres inkontinencija je drugi najčešći uzrok inkontinencije kod žena, a kod muškaraca može da se javi nakon transuretralne ili radikalne prostatektomije. Isticanje urina se javlja kod povećanja intraabdominalnog pritiska (kašalj, kijanje, smeh), a bez kontrakcija bešike. Najčešći uzrok stres inkontinencije kod žena je hipermobilnost uretre, to jest značajno pomeranje uretre i/ili vrata bešike prilikom povišenja intraabdominalnog pritiska. Kod starih osoba oštećenje unutrašnjeg sfinktera je najčešće posledica prostatektomije, radioterapije, traume ili lezije sakralnih nerava. Kod žena je jedan od uzroka i hipoestrogenemija. Stres inkontinencija se može klasifikovati u 4 tipa, što je prikazano u tabeli 3.

Tabela 3. - Klasifikacija stres inkontinencije

TIP	KARAKTERISTIKE
0	Tipičan nalaz hipermobilnosti uretre prilikom stresa, ali bez dokumentovane stres inkontinencije tokom stres testa.
I	Tipičan nalaz hipermobilnosti uretre prilikom stresa i klinički dokumentovana stres inkontinencija, ali bez nastanka cistokele
II	Kao tip I, ali sa formiranjem cistokele (prilikom stajanja i stresa)
III	Lezija uretre i potpornih tkiva nisu etiološki faktori; obično teška inkontinencija sa minimalnim stresom (<20cmH2O stuba porast intraabdominalnog pritiska) ili bez njega

- Inkontinencija urina praćena hiperdistenzijom bešike naziva se inkontinencija prelivanja. Ovaj tip inkontinencije može da ima veoma raznoliku kliničku sliku: može da se ispolji konstantnim ili povremenim "curenjem" urina, kao i simptomima tipičnim za urgentnu ili stres inkontinenciju. Inkontinencija prelivanje može da bude uzrokovana hipokontraktilnom ili akontraktilnom bešicom ili opstrukcijom vrata bešike ili uretre bilo kog uzroka. Hipoaktivna ili akontraktilna bešika može da bude posledica uzimanja lekova, neuroloških oboljenja kao što je npr. dijabetička neuropatija, može da bude posledica lezije sakralnih korenova, postoperativno kod ginekoloških operacija. Akontraktilna bešika može da bude i idiopatski poremećaj. Kod muškaraca inkontinencija prelivanja je najčešće prouzrokovana hiperplazijom prostate, rede karcionomom ili strikturom uretre. Kod žena je ovaj tip inkontinencije redak i javlja se nakon prethodno rađenih korektivnih operacija na uretri, najčešće zbog stres inkontinencije kod kojih se javi kao posledica masivni prolaps uetruša ili velika cistokela.
- Mešovita inkontinencija: Kod žena se veoma čest javlja inkontinencija koja po svojim karakteristikama odgovara i stres i urgentnoj inkontinenciji, s tim što simptomi jedne dominiraju.
- Funkcionalna inkontinencija: Inkontinencija urina može da bude prouzrokovana faktorima koji nisu u vezi sa oboljenjima bešike ili uretre, a koji su vezani za opšte fizičko stanje pacijenta ili poremećen kognitivni status. Dijagnoza se postavlja per exclusionem nakon što se isključe drugi uzroci/tipovi

- inkontinencije. Kod ovog tipa inkontinencije je od terapijskog značaja popravljanje primarnog oboljenja ili kognitivnog statusa.
- Nesvesna ili refleksna inkontinencija: Isticanje urina bez upozorenja može da se javi kod paraplegičara, ali i kod pacijenata bez vidljivog neurološkog deficit-a. Javlja se kod oštećenja kičmene moždine. U kliničkoj slici se viđa kosntantno ili postmikciono isticanje urina.
 - Ostali tipovi inkontinencije: Urinarna inkontinencija može da bude posledica smanjenja komplijanse bešike, a što se viđa kod radijacionog cistitisa, kao i kod hemijskog ili intersticijskog cistitisa. Kod pacijenata sa hemijskim ili radijacionim cistitisom javljaju se simptomi urgentne inkontinencije, hipersenzitivnost bešike na distenziju, ali se ne javlja nestabilnost detrusora kao kod urgentne inkontinencije. To stanje se zove "senzorna urgencija". U ovom slučaju smanjena je elastičnost bešike i mogućnost akomodacije prilikom punjenja sa posledičnim strmim porastom intravezikalnog pritiska, ali bez kontrakcije detrusora. Ukoliko postoji i oštećenje unutrašnjeg sfinktera, intravezikalni pritisak postaje veći od pritiska zatvaranja uretre i kao posledica toga se javlja inkontinencija.

DIJAGNOSTIKA URINARNE INKONTINENCIJE

Svrha osnovne dijagnostike se svodi na četiri koraka: 1. Utvrđivanje postojanja urinarne inkontinencije 2. Dijagnostikovanje stanja koja mogu da dovedu do potencijalno reverzibilne urinarne inkontinencije 3. Identifikovanje pacijenata kojima je potrebna specifična dijagnostika pre nego što se započne lečenje, kao i identifikovanje pacijenata kojima se može započeti lečenje bez skupih i detaljnijih pretraga 4. Utvrđivanje o kom se tačno tipu urinarne inkontinencije radi, ukoliko je to moguće. Osnovna dijagnostika se sastoji od anamneze, fizičkog pregleda, određivanja rezidualnog volumena i hemijskog pregleda i sedimenta urina i urinokulture. Anamneza se usmerava na faktore rizika za urinarnu inkontinenciju (tabela 4), uključujući i sve lekove koje pacijent uzima i simptomatologiju i znake koji prate ovo stanje. Što se simptomatologije tiče, potrebno je utvrditi trajanje i karakteristike urinarne inkontinencije, učestalost, vreme javljanja i količinu urina tokom jedne epizode inkontinencije, precipitirajuće faktore (kašalj, određeni tipovi fizičkog napora, hirurške intervencije od značaja za kontinentnost, radioterapija, trauma, novouvedeni lekovi), druge simptome od strane urinarnog trakta (nokturna, dizurija, naprezanje prilikom započinjanja mokrenja, suprapubični ili perinealni bol), neophodno je dobiti podatke o balansu tečnosti (približan unos i približna diureza, konzumiranje potencijalno diuretskih pića kao što su kafa ili čaj), promene crevnih navika i seksualne funkcije (!), eventualnim prethodnim korektivnim operacijama zbog urinarne inkontinencije i njihovom ishodu, kao i podatke o tipu i količini "zaštitnih sredstava" (pelene, ulošci) koje pacijent upotrebljava.

U fizički pregled spada opšti internistički i neurološki pregled kojim se utvrđuje stanje svesti i kognicija, pokretnost, znaci prethodnih cerebrovaskularnih insulta, znaci lezija kičmenog stuba, edemi (nokturna) i druga stanja koja

mogu da utiču na kontinentnost. Pregledom abdomena se utvrđuje postojanje dijastaze mm. recti, organomegalija, znaci peritonitisa. Digitalnim rektalnom pregledom se utvrđuje veličina prostate, mada sama veličina prostate nije pouzdan parametar postojanja opstrukcije. Takođe, na taj način se utvrđuje i postojanje fekalne impakcije. Pregledom genitalija kod muškaraca se utvrđuje izgled i eventualni poremećaji na glansu, prepucijumu i koži perineuma, dok se kod žena ginekološkim pregledom može konstatovati postojanje cistokele, rektokole, prolapsa uterusa, tumefakata u karlici, stanje mišića poda karlice. Palpacijom prednjeg zida vagine može se dobiti sekrecija što ukazuje na infekciju, postojanje divertikuluma ili karcinoma. Sam prolaps kod starih žena ne mora da bude uzročno povezan sa simptomima urinarne inkontinencije(6)

Tabela 4. - Faktori rizika za urinarnu inkontinenciju

Nepokretnost/chronične degenerativne bolesti	Kognitivni deficit
Lekovi (videti tabelu 2)	Patološka gojaznost
Diuretici Pušenje	Fekalna impakcija
Delirijum	Disbalans tečnosti
Diabetes mellitus	Cerebrovaskularni insult
Deplecija estrogena	Slabost pelvičnih mišića
Neadekvatna životna sredina	

Stres test kašljanjem izvodi se u položaju za litotripsiju i sa punom bešikom tako što se kaže pacijentu da se jednom zakašlje i posmatra se da li postoji isticanje urina. Ukoliko se isticanje urina javi sinhrono sa kašljem, onda se najverovatnije radi o stres inkontinenci, ali ako se isticanje urina javi sa zadrškom, onda je verovatnija dijagnoza urgentna inkontinencija. Ukoliko se ne javi epizoda inkontinencije, potrebno je uraditi test u stojećem stavu.

Merenje rezidualnog volumena: rezidualni volumen se meri kateterizacijom ili ultrazvukom nakon što pacijent napravi maksimalnu moguću mikciju. Normalnim rezidualnim volumenom se smatra volumen do 50ml kod mlađih, dok se kod starih osoba eventualno može smatrati normalnim i 100ml. U "sivu zonu" spadaju vrednosti rezidualnog volumena od 100-200ml, dok vrednosti veće od 200ml govore za opstrukciju ili hipotoničnu ili atoničnu bešiku.

Analiza urina: Hemijski pregled i sediment urina služe za detekciju hematurije (tumori, infekcije, kalkulusi), glikozurije, piurije i bakteriurije i proteinurije. Nije jasno kakav je značaj asimptomatske bakteriurije kod neinstitucionalizovane stare osobe i da li je treba lečiti. Stav je Ouslandera(7) da je u ovoj grupi starih ipak potrebno lečiti asimptomatsku bakteriuriju još u toku dijagnostike urinarne inkontinencije.

U dodatna ispitivanja spadaju rutinske bihemiske analize, kao što su urea, kreatinin i elektroliti. Kod pacijenata sa poliurijom koji ne dobijaju diuretike je

potrebno isključiti diabetes mellitus, diabetes insipidus i hiperkalcemiju. Citologija urina na maligne ćelije se sepreporučuje kao screening test kod pacijenata sa urinarnom inkontinencijom, budući da nije osobito senzitivna (20-70%). U slučaju novonastale hematurije sa simptomima čestih poziva na mikciju, a bez znakova urinarne infekcije, neophodno je uraditi cistoskopiju radi isključivanja maligniteta donjeg urinarnog trakta. Kod određenog broja bolesnika precizna dijagnoza se ne može postaviti samo na osnovu osnovnog ispitivanja, pa se kod njih sprovode dodatna. Kriterijumi za sprovođenje dodatnog ispitivanja navedeni su u tabeli 5.

Tabela 5.- Kriterijumi za dalju evaluaciju

Nejasna dijagnoza i nemogućnost razvijanja jasnog plana za lečenje na osnovu osnovne dijagnozstike. Nejasna dijagnoza može da bude u slučaju da ne postoji korelacija između simptoma i objektivnog nalaza.

Nereagovanje pacijenta na inicijalno primenjenu terapiju

Razmatranje hirurške intervencije, naročito u slučaju neuspeha prethodne operacije

Hematurija bez znakova infekcije

Postojanje drugih bolesti kao što su:

- Inkontinencija povezana sa erkurentnim simptomatskim urinarnim infekcijama
- Perzistentni simptomi ili otežano pražnjenje bešike
- Anamnestički podaci o prethodnim operacijama zbog inkontinencije ili o radikalnom operacijama karličnih organa
- Simptomatski prolaps pelvičnih organa do nivoa introitus-a
- Noduli u prostati ili asimetrično uvećanje prostate sumnjivo na karcinom
- Abnormalni postmikcioni reziduum
- Neurološka oboljenja kao što su multipla skleroza ili oštećenje kičmene moždine

Specijalizovani testovi

Urodinamskim testovima je cilj da prikažu anatomska i finkcionalni status mokraće bešike i uretre. Obična cistometrija je pogodna za otkrivanje poremećaja komplijanse i kontraktilnosti bešike, merenje reziduuma i određivanje kapaciteta bešike. U urodinamske testove spadaju sledeće dijagnostičke metode:

Cistometrija kojom se testira funkcija detrusora. U zavisnosti od tipa primjenjenog cistometrijskog testa može se proceniti senzibilitet, kapacitet i komplijansa bešike, a može se proceniti i magnituda volnjih i nevoljnih kontrakcija bešike. Obična cistometrija prikazuje:

- volumen pri kome se javlja prvi nagon na mokrenje.
- postojanje ili nepostojanje nevoljnih kontrakcija bešike.
- Količina tečnosti ispuštena tokom epizode inkontinencije.
- Funkcionalni kapacitet bešike.

Standardna nekontrastna multikanalna cistometrija se sastoji od simultanog merenja nekoliko parametara tokom infundovanja tečnosti u bešiku i tokom mikcije. Mere se pritisak u bešici, rektalnim (abdominalni) pritisak, realni pritisak

detrusora (pritisak u bešici - rektalni pritisak), volumen infundovane tečnosti i protok urina. U isto vreme može da se uradi i fluoroskopija i elektromiografija.

Urofluometrija je najjednostavnija neinvazivna urodinamska studija. Beleži se nekoliko parametara u koje spadaju vršni protok (Qmax u mm/s), srednji protok i mikciono vreme.

Profilometrija uretralnog pritiska (PUP) je merenje uretralnog pritiska kako u miru, tako i tokom mikcije.

Cistoskopija je metoda izbora za dijagnostikovanje striktura uretre, fistula, divertikuluma i lezija zida bešike. Kako su kod starih osoba ove bolesti česte, cistoskopiju bi trebalo svakako primeniti ako se urodinamskim studijama ne može sa sigurnošću postaviti korektna dijagnoza.

Mikcioni cistouretrogram Najčešća indikacija za mikcioni cistouretrogram pod fluoroskopskom kontrolom je kod starih žena dijagnostikovanje prolapsa karličnih organa (cistokele), detekcija stres inkontinencije tip III i dijagnostikovanje i procena dužine uretrovaginalnih fistula. Mikcioni cistouretrogram daje daleko kvalitetnije podatke ako se kombinuje sa urodinamskim studijama (videourodinamske studije).

Ultrazvuk je indikovan za otkrivanje dilatacije gornjeg urinarnog trakta ili hidronefrose kao posledice visokog pritiska u bešici ili velikih cistokela. Ultrazvuk može da služi za merenje postmikcionog reziduuma. Ultrazvuk je relativno precizna metoda za detektovanje tumora mokračne bešike.

TERAPIJA URINARNE INKONTINENCIJE

Tri glavna modaliteta terapije urinarne inkontinencije su:

- Bihejvioralna terapija
- Medikamentozna terapija
- Hirurška terapija

Kao generalno pravilo indikovana je najmanje invazivna terapija sa najmanje nuspojava i to prilagođena svakom pacijentu ponaosob.

Bihejvioralne tehnike

Pomoć pri mokrenju - pravljenje vremenskog rasporeda za odlazak u toalet, treniranje navika i mikcija po nalogu.

- Trening bešike.
- Rehabilitacija mišića karličnog poda u koje spadaju vežbe mišića karličnog poda (VMKP), VMKP i inhibicija bešike praćena biofeedbackom, VMKP uz vaginalne pesare i elektrostimulacija karličnog poda.

Pomoć pri mokrenju: Rutinirano mokrenje ili mokrenje prema vremenskom rasporedu sprovodi staratelj i to je tehnika kojom se postiže jedini cilj da pacijent najveći deo dana bude "suv". Sastoji se od odvođenja pacijanta do toaleta u pravilnim vremenskim intervalima na 2 do 4 sata, uključujući i noću. Treniranje navika se sastoji u praćenju pacijenta i pokušavanju da se ustanovi njegov

normalan "ritam" mikcije, što se kao podatak daje medicinskom osoblju koje potom odvodi pacijenta do toaleta u skladu sa navikama. Mokrenje po nalogu: ova metoda se preporučuje za one pacijente koji imaju barem delimično očuvan nagon na mokrenje ili osećaj ispunjenosti bešike, ali zbog kognitivnog deficit-a nisu pogodni za kompleksnije metode bihevioralne terapije.

Trening bešike se naročito preporučuje za urgentnu i mešovitu inkontinenciju, a može da se koristi i za stres inkontinenciju. Metoda ima tri elementa: edukacija, mikcija po rasporedu ili sistematsko odlaganje mikcije i pozitivno forsiranje.

Rehabilitacija mišića karličnog poda (PME): Elektrostimulacija mišića karličnog poda je jedna od metoda rehabilitacije

Farmakoterapija

Urgentna inkontinencija (5) - U terapiji urgentne inkontinencije se koriste antimuskarinski agensi sa specifičnim dejstvom na bešiku kao što su Solifenacin i Darifenacin, koji značajno produžavaju vreme za vreme koga je pacijent svr. Oksibutinin se koristi i kao "flaster" sa produženim dejstvom. U novu grupu lekova spada Duloksetin koji je inhibitor preuzimanja serotonina i noradrenalina i koji se pokazao kao nejfeikasniji.

Stres inkontinencija: Ideja sa kojom se daje farmakoterapija kod pacijenata sa stres inkontinencijom je da se utiče na guste β-adrenoreceptore u vratu i bazi bešike i u proksimalnoj uretri. Korisno dejstvo kod stres inkontinencije imaju i estrogeni i β-adrenergički blokatori.

Hirurške metode za lečenje urinarne inkontinencije mogu da se podele u tri grupe:

- hirurške metode koje povećavaju otpor izlaznog trakta mokraće bešike, koje se koriste kod stres inkontinencije i insuficijencije unutrašnjeg sfinktera.
- procedure koje smanjuju nestabilnost detrusora, a samim tim koriguju urgentnu inkontinenciju.
- procedure kojima se razrešava opstrukcija izlaznog trakta mokraće bešike, a kojima se rešava problem inkontinencije prelivana.

Druge terapijske mere

Intermitentna kateterizacija je postala metoda izbora kod pacijenata sa lezijama kičmene moždine i kod pacijenata sa hipoaktivnom mokraćnom bešikom. Proceduru može da sprovodi sam pacijent ili njegov staratelj na svakih 3-6 sati.

Plasiranje stalnog katetera se preporučuje samo kod osoba sa opstrukcijom koja se ne može rešiti na drugi način, kod pacijenata u terminalnoj fazi bolesti, kao i kod pacijenata sa dekubitusima, ali samo kao provremena mera. Plasiranje je indikovano ikod pacijenata sa težim kognitivnim oštećenjem, ili kod pacijenata koji žive sami i nije im moguće pružiti drugačiji vid pomoći.

Spoljni sistemi za kolekciju urina (kondom kateter) Preporučuju se kako za muškarce, tako i za žene kod kojih se kontinencija ne može uspostaviti ni jednom

drugom metodom, a koji imaju adekvatno pražnjenje bešike i intaktnu perianalnu kožu.

Apsorbentna sredstva: koriste se ulošci koji su pogodni za blagu stres inkontinenciju, pelene za odrasle i mušeme za krevete.

LITERATURA:

1. Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Ger Soc* 1990; 38:273-81
2. Ouslander JG, Palmer MH, Rovner BW et al. Urinary incontinence in nursing homes: incidence, remission and associated factors. *J Am Ger Soc* 1993; 41:1083-9
3. Resnick NM, Elbadawi A, Yalla SV. Age and the urinary tract: what is normal? *Neurology and Urodynamics* 1995; 14:577-9
4. Elbadawi A, Yalla SV, Resnick NM. Structural basis of geriatric voiding dysfunction. I. Methods of a prospective ultrastructural/ultradynamic study and an overview of the findings. *J Urology* 1993; 150:1650-6
5. Kirby M, Artibani W, Cardozo C et al. Overactive Bladder: the Importance of New Guidance. *Int J Clin Pract* 2006; 60(10):1263-1271
6. Ouslander JG, Hepps K, Raz S, Su HL. Genitourinary dysfunction in a geriatric outpatient population. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34 (7): 507-14
7. Ouslander JG, Bruskewitz R. Disorders of micturition in the aging patient. *Adv Int Med* 1989; 34:165-90

HRONIČNI BOL KOD STARIH

Lepa B. Jovanović

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Bol je subjektivno, multidimenzionalno iskustvo jedinstveno za svakog pojedinca. Bol je svestan neprijatan aspekt somatskog opažaja, proizvod kompleksnih centralnih procesa, izazvanih nocicepcijom. Nocicepcija nikada nije svesna, a pokreće senzorne, emotivne i kognitivne funkcije mozga. Usled toga, multidimenzionalno iskustvo bola ima senzorni, emotivni i kognitivni aspekt, a utiče na funkcionisanje osobe, afektivno stanje i kvalitet života [1].

Cilj objektivnog merenja subjektivnog iskustva bola, primenom niza mernih instrumenata, je što preciznija procena pravog bola sa malom greškom merenja. Skorovi merenja bola nikada ne mere bol perfektno jer reflektuju greške merenja i sistemske individualne razlike [1].

U osnovi svakog merenja je samoprocena pacijenta, rangiranje bola prema skali i izražavanje brojčanom ili opisnom jedinicom. Merenja bola koja zahtevaju angažovanje memorije pacijenta su manje pogodna za stare. U populaciji starih često se srećemo sa ograničenjima pri proceni, merenju i izveštavanju zbog umanjenja vida, sluha ili opadanja mentalnih funkcija. Prolazna ili trajna onesposobljenost za komunikaciju, stanja posle moždanog udara, demencija (npr. Alchajmerova bolest), postojanje mentalnih bolesti ne znače da bol ne postoji. Takođe, ekspresija bola može da varira zavisno da li je centralni nervni sistem normalan ili oštećen. Kod svih pacijenata koji ne mogu da procene bol ili verbalno iskažu svoju procenu, ispitivanje bola primenom skala rangiranja je ograničene korisnosti, a značaj dobijaju observaciona merenja i skorovanja (*Pain Behaviors Checklist*) [1, 2, 3, 4].

Na postojanje bola mogu da ukažu patološka stanja ili sprovođenje procedura za koje se zna da su bolne, funkcionalna ograničenja (npr. promena u uobičajenoj pokretljivosti i aktivnostima), ponašanja u cilju redukcije bola (npr. podupiranje bolnog mesta, trljanje, položaj tela), motorna aktivacija, iritabilnost, agitacija, delirijum, facialna ekspresija (npr. paralingvalna vokalizacija, izraz lica, gestikulacija), reči koje osoba izgovara. Heteroanamnestički podaci su ponekad korisni kao dopuna opservacije doktora [2, 3].

Stari mogu da ne prijave bol u dovoljnoj meri usled straha, kulturoloških uticaja ili ponosa. Potrebno je izdvojiti dovoljno vremena da bi se sprovedeo detaljno ispitivanje i otkrilo značenje indirektnih pokazatelja bola. Promene u aktivnostima svakodnevног života, uključujući socijalno funkcionisanje, gubitak interesovanja za aktivnosti koje je osoba ranije upražnjavala, povlačenje i smanjena komunikativnost, promena raspoloženja, poremećaji sna, pokretljivosti i dr. mogu da ukažu na postojanje bola [3].

Osnovni principi kiničkog ispitivanja bola su pažljivo uzeta istorija bola, detaljan pregled i dodatna dijagnostička ispitivanja [2, 3].

Najznačajniji podatak je pacijentov opis bola. Pacijentov bol je ono što pacijent kaže da je to, a ne ono šta drugi misle da bi trebalo da bude. Pacijent opisuje bol sopstvenim rečima i na svoj način [1, 3].

Lekar postavlja dodatna pitanja da bi upotpunio anamnezu bola (*Initial Pain Inventory*). Anamneza bola sadrži neophodne informacije o lokalizaciji bola (telesna šema, distribucija prema dermatomima), zahvaćenom organskom sistemu ("Šta boli?"), vremenskom modelu ispoljavanja bola, vremenu početka i dužini trajanja, intenzitetu, kvalitetu, etiologiji, faktorima koji pojačavaju ili smanjuju bol, celokupnoj primjenenoj analgetskoj terapiji i njenim efektima [2, 3].

Posebna pažnja je potrebna pri ispitivanju hroničnog bola kod starih. Hronični bol je specifičan zdravstevni problem koji se posmatra kao bolest sama po sebi [5], a značajno narušava funkcionisanje osobe, uključujući raspoloženje, zadovoljstvo, kvalitet života. Iz tih razloga ispitivanje hroničnog bola bi trebalo da obuhvati i dodatna ispitivanja funkcionalne sposobnosti i stepena onesposobljenosti, psihosocijalnih aspekata, psihijatrijsku procenu i psihometrijsko testiranje [2, 3, 6].

Pregled pacijenta se sprovodi u cilju utvrđivanja osobenosti bola i identifikovanja osnovnog uzroka bola. Tokom pregleda, lekar procenjuje opšte stanje pacijenta, obraćajući posebnu pažnju na mesto bola (npr. anatomska lokalizacija), koštano-mišićni (npr. pokretljivost zglobova, znaci mišićne slabosti i gubitak refleksa, kičma) i nervni sistem (npr. dermatomalna lokalizacija bola, lezije kičmene moždine i nervnih korenova, projektovan viscerálni bol). Korisno je da lekar ispita uticaj nekih fizičkih faktora (npr. kretanje, aplikacija toplove/hladnoće, duboko disanje, promene položaja tela) na bol, kao i da sprovede mere ispitivanja funkcije (npr. opseg pokreta, sposobnost pacijenta da izvodi akticvnosti svakodnevnog života). Kod starih je povećana mogućnost za pojavu atipične prezentacije bola kako zbog umanjenih fizioloških rezervi, tako i usled postojećeg komorbiditeta [2, 3].

Dodatna dijagnostička sredstva upotpunjaju sveobuhvatno anamnestičko ispitivanje i sprovedeni lekarski pregled (npr. laboratorijske analize, raniji lekarski izvestaji, metode vizuelizacije - rentgen, CT, NMR i dr.) [2, 3].

Pomoćna sredstva za procenu karakteristika bola su merni instrumenti tj. skale rangiranja i upitnici. Značajno je primeniti za staru osobu prikladne merne instrumente [3].

Unidimenzionalne skale rangiranja bola su jednostavne, efikasne i minimalno opterećuju ispitaniča. U praksi se najčešće primenjuju: *Numerička skala*, *Vizuelna analogna skala*, *Opisna skala*, *Skale kategorizacije* [6]. Ograničenost primene ovih skala je usled nejasne gornje granice. U populaciji starih pokazana adekvatna pouzdanost i tačnost merenja primenom ovih skala (npr. verbalna opisna skala, numeričke skale, skala lica). Stari sa blažim oblicima demencije mogu da koriste ove skale ukoliko su one primenjene na adekvatan način (često je potrebno da lekar više puta objasni staoj osobi kako da proceni svoj bol) [1, 2].

Izbor i način primene skale kod starih je određen opštim stanjem pacijenta, mogućim umanjenjima (npr. mentalno opadanje, gubitak vida, opadanje sluha), psihološkim karakteristikama ličnosti i kulturološkim osobenostima. Kontinuirana primena skala rangiranja pruža mogućnost praćenja stepena odgovora na terapiju, pojave novog bola ili pogoršanje postojećeg bola [3, 7].

U svakodnevnoj lekarskoj praksi značajno je detaljno ispitati karakteristike bola i međuuticaje sa drugim faktorima od značaja za funkcionisanje stare osobe (npr. depresija, anksioznost, poremećaj sna i apetita, značajan gubitak na težini, uticaj bola na izvođenje aktivnosti svakodnevnog života) [3, 7, 8, 9, 10, 11].

U cilju mutidimenzionalne procene bola moguće je primeniti niz različitih instrumenata: *Brief Pain Inventory (BPI)*, *McGill Pain Questionnaire (MPQ)*, *Randall Chronic Pain Scale*, *Ronald-Morris Disability Scale*, *Sickness Impact Profile* [6]. Neki, pružaju mogućnost rangiranja uticaja bola na ponašanje u različitim situacijama. Merenja uticaja bola na nivo aktivnosti, funkcionalnu sposobnost, kvalitet života, stepen onesposobljenosti, kao i cenu lečenja, su značajni za praćenje ishoda primenjenih analgetskih terapija [2].

Kliničko ispitivanje bola (*Initial Pain Inventory*) i otkrivanje osnovnog patofiziološkog mehanizma datog bolnog sindroma su većinom dovoljni da se postavi dijagnoza bola na osnovu koje se donosi terapijska odluka. Svaki lekarski izveštaj mora da sadrži dijagnozu bola i elemente na osnovu kojih je postavljena, plan lečenja, ordiniranu terapiju, datum. Opšti iskazi koji ne ukazuju na osnovni patofiziološki mehanizam bola su neprikladni. Prema taksonomskom sistemu IASP dijagnoza bi trebalo da sadrži elemente koji se odnose na bol: region-deo tela, zahvaćen organski sistem, vremensko ispoljavanje, pacijentova procena jačine bola, etiologija. (Loeser et al, 2001; Merskey et al, 1994) [2, 3, 13].

Hroničan bol nije samo simptom već bolest u pravom smislu te reči sa svim pravom da kao takva bude dijagnostikovana, Deklaracija I EFIC, 2004 [5].

Svi stari ljudi nisu isti. Osobe istog hronološkog doba se razlikuju u fiziološkom, psihološkom i funkcionalnom kapacitetu (Buse i Maddox, 1085) [1]. Uz poznavanje specifičnosti bazične patologije i različitih manifestacija bola (akutni, hronični nemaligni i maligni) kod starih, lečenje bi trebalo da bude prilagođeno opštim promenama koje se odigravaju u starosti: rastući polimorbiditet, umanjenje funkcionalnih i kognitivnih sposobnosti, promenjena farmakokinetika i farmakodinamija lekova [1, 7, 14, 16].

Za mnoge stare, hroničan bol ima negativna značenja: smanjeno kretanje, funkcionalna onesposobljenost i drugi fizički problemi, pojava depresije, anksioznosti, poremećaj sna, umanjena socijalizacija, zavisnost od lekova. Mogu biti uplašeni od neželjenih dejstava lekova, navikavanja i zavisnosti od jakih analgetika [7, 16].

Odluka o lečenju, terapijskom cilju i izboru analgetske terapije kod starih se donosi na osnovu postavljene dijagnoze bola, prisutnog komorbiditeta i primenjene politerapije, stepena funkcionalne onesposobljenosti, socijalnog okruženja, sistema psihosocijalne pomoći, ekonomskih mogućnosti pacijenta,

uključujući značenje bola za staru osobu i očekivanja od terapije [7, 16]. Lečenje bola je najuspešnije kada je identifikovan i lečen osnovni uzrok bola.

Nedostatak znanja o manifestacijama bola kod starih sa demencijom ne znači da bol nije prisutan (Morison & Siu, 2000) [1]. Uprkos, limitiranoći ispitivanja i prepreka u postavljanju dijagnoze bola kod dementne stare osobe, predlaže se sprovođenje proaktivne analgetiske terapije. Izbor analgetika nalaže neophodnu pažnju da se rizik od pojave neželjenih dejstava minimalizuje u korist postignute analgezije (APS, 2002) [1].

Poseban značaj se pridaje farmakoterapiji koja je najčešći izbor lečenja bola kod starih[16, 17, 18].

Nesteroidni antireumatici (NSAIDs) su korisni u terapiji koštano-mišićnih, akutnih i egzacerbacije hroničnih inflamatornih bolnih stanja. Stari su na najvećem riziku za razvoj neželjenih dejstava usled dugotrajne, hronične, nekontrolisane primene visokih doza NSAIDs (npr. gastrintestinalna krvaranja bez obzira na način administracije leka čak i uz istovremenu primenu H2-antagonista ili razvoj nefrotoksičnosti kod pacijenata sa umanjenim volumenom, kongestivnom srčanom insuficijencijom ili hepatičnom cirozom). Kada se primenjuju hronično, preporučeno je da se ordiniraju po potrebi, a ne svakodnevno[7, 16, 19, 20].

Kombinovanje više različitih preparata NSAIDs značajno povećava rizik od razvoja neželjenih dejstava bez značajnog povećanja željene analgezije [18, 20]. Takođe, brojne su interakcije sa drugim lekovima i bolestima. Ukoliko se istovremeno primenjuju sa lekovima za kardiovaskularni sistem (npr. ACE inhibitori, antagonisti angiotenzin II receptora, alfa i beta blokatori, blokatori Ca kanala, metildopa, minoksidil, nitroprusid, nitrati) snažno antagonizuju hipotenzivna dejstva. Pri istovremenoj primeni sa ACE inhibitorima i diureticima raste rizik od renalnog oštećenja i hiperkalijemije, a sa srčanim glikozidima je moguća egzacerbacija srčane insuficijencije i opadanje renalne funkcije. Sa acetilsalicilnom kiselinom, kortikosteroidima, bifosfanatima rizik od GIT krvarenja i ulceracija je povišen. Značajno povećavaju: antikoagulantnog dejstvo kumarinskih preparata, rizik od hipoglikemije sa preparatima sulfonilureje i rizik od konvulzija pri istovremenoj primeni sa fenitoinom ili antibioticima iz grupe hinolona [21].

Opijadi. Hronična upotreba opioida za perzistentan bol (maligni i nemaligni) ima manje životno ugrožavajućih rizika za staru osobu nego dugotrajna svakodnevna upotreba visokih doza neselektivnih NSAIDs [16].

Pažljivim izborom opioida (npr. primena metadona se ne preporučuju kod starih), uz poštovanje opštih preporuka farmakoterapije kod starih (npr. niža doza započinjanja, pažljivo titriranje, česte kontrole pacijenta) neželjena dejstva opioidne terapije većinom mogu da se predvide (npr. sedacija ili blago umanjenje kognitivnih funkcija na početku lečenja dok se ne razvije tolerancija), preveniraju i promptno leče (npr. opstipacija). Pacijenti koji razviju neželjena dejstva na jedan lek, mogu sasvim dobro da tolerišu drugi opioid [16, 22, 23, 24, 25, 26].

Neophodana je dodatna pažnja ukoliko se opioidi kombinuju sa drugim centralno delujućim lekovima (npr. triciklični antidepresivi, antipsihotici,

ansiolitici) ili alkoholom zbog pojačanog sedativnog i hipotenzivnog efekta. Značajno je izbeći kombinaciju jakih opioida sa inhibitorima monoamino-oksidaze (MAOIs) zbog često ispoljene eksitacije ili depresije (npr. moklobemid) centralnog nervnog sistema (CNS). Cimetidin inhibira metabolizam opioida i time povećava plazma koncentracije opioida u krvi. Opiodi antagonizuju dejstva metoklopramide na gastrointestinalnu (GIT) aktivnost; redukuju plazma koncentracije ciprofloksacina (npr. kada se ciprofloksacin primenjuje u hirurškoj profilaksi); odlazu absorbiju meksiletina (antiaritmik) [18, 21].

Tramadol ispoljava veći broj upozoravajućih interakcija u odnosu na druge opioidne analgetike [16, 28, 29]. Pri istovremenoj primeni tramadola sa antidepresivima (triciklični i inhibitori preuzimanja serotoninina) povećava se rizik od CNS toksičnosti; sa antipsihoticima raste rizik od pojave konvulzija. Karbamazepin redukuje dejstva tramadola, a neophodna je pažnja pri istovremenoj primeni tramadola i antiparkinsonika selegilina (MAO-B inhibitor). Tramadol pojačava antikoagulantno dejstvo kumarinskih preparata što zahteva češće laboratorijske provere vremena krvavljenja. Takođe, moguće je da istovremena primena ondansentrona antagonizuje dejstva tramadola [21].

Koanalgetici - modulatori Ca^{++} i Na^+ kanala. Blokatori Na^+ kanala (npr. lokalni anestetici, meksiletin i lidokain, fenitoin, karbamazepin i oksakarbazepin, lamotrigin, triciklični antidepresivi) i blokatori Ca^{++} kanala (npr. gabapentin, pregabalin, topiramat, levetiracetam, ziconotide) su lekovi izbora u dugotrajnoj terapiji hroničnog neuropatskog bola. Izbor leka je osim indikacije (npr. neka istraživanja ukazuju da je bol usled lezije perifernog nerva senzitivniji na modulatore Na^+ kanala), kontraindikacija, značajnih lek-lek, lek-bolest interakcija određen cenom i dostupnošću leka [29, 30, 31].

Primena tricikličnih antidepresiva (npr. amitriptilin u dozi započinjanja 10mg) nalaže oprez kod pacijenata sa ishemijskom bolešću srca, skorim infarktom miokarda, srčanom dekompenzacijom ili koji već primaju terapiju drugim lekovima (npr. antipsihotici, antiaritmici, sotalol) zbog mogućnosti pojave iznenadnih ventrikularnih aritmija [21].

Inhibitori preuzimanja serotoninina (SSRI) imaju prikladniji profil ND u odnosu na tradicionalne triciklične antidepresive, ali su manje efektivni u terapiji bola (npr. periferna neuropatija kod dijabetičara) i imaju značaj potencijal lek-lek interakcija (npr. povećavaju plazma koncentracije tricikličnih antidepresiva, antagonizuju dejstva antiepileptika, povećavaju rizik od krvarenja pri istovremenoj upotrebi aspirina, NSAIDs, kumarinskih preparata i brojne druge interakcije) [21, 31].

Karbamazepin je lek prvog izbora u terapiji trigeminalne neuralgije, a pokazao je i značajnu efikasnost u lečenju dijabetične neuropatije. Usled velikog broja interakcija sa drugim lekovima koji se metabolišu u jetri, pre odluke o terapiji potrebno je detaljno proučiti celokupnu terapiju koju pacijent prima [7, 21].

Gabapentin je pokazao delotvornost u terapiji brojnih bolnih stanja: periferna neuroptija, dijabetična polineuropatija, mešani neuropatski sindromi, Guillan-Barre sindrom, akutna i hronična povreda kičmene moždine. Zbog

značajnog potencijala za razvoj sedacije čak do somnolencije, kod stare osobe se terapija započinje najnižom dozom (npr. 100mg) [7, 31].

Pacijent mora biti oslobođen bola potpuno ili delimično, etički i zakonski, Deklaracija II EFIC, 2004 [32].

LITERATURA:

1. Edmond JC, editor. Corre curiculum for professional education in pain. 3rd ed. Seattle: IASP Press; 2005.
2. American Pain Society; National Pharmaceutical Council. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. Continuing education program, 2006. Glenview (IL): American Pain Society
3. Jovanović L. Ispitivanje bola i postavljanje dijagnoze bola. U: Žikić Lj, Tasić M, rukovodioci seminara. Zbornik radova, drugi (II) edukativni seminar palijativne nege starih. Beograd: Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu Beograd, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Centar za kontinuiranu medicinsku edukaciju; 28.feb-02.mart, 2005. p. 93-98. Sponzorisano od Help the Hospices, UK, MERCK, Janssen-Cilag, Panfarma.
4. Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home, Ann Intern Med 1995; 123: 681-687.
5. European Federation of IASP Chapters. EFIC's declaration on pain as a major health problem, a disease in its own right. Available via the Internet: www.efic.org/about_pain.htm#efic_declarati
6. Jovanovic L. Procena bola i postavljanje dijagnoze bola. U: M. Pjević (ed). Edukativni seminar Terapija bola u starijem životnom dobu. Centar za kontinuiranu medicinsku edukaciju u zdravstvu, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Udruženje za istraživanje i tretman bola Srbije. Usmeno održano predavanje. Materijal štampan na CD
7. Jovanović LB. Osobnosti hroničnog bola u definisanoj populaciji starih - socio-demografski, medicinski i psihološki aspekti [magistarska teza]. Beograd: Univerzitet u Beogradu; 2006.
8. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods. Pain 1975; 1: 277-99.
9. Prema: Assess the Person, Not Just the Pain. Pain Clinical Updates. International Association for the Study of Pain. 1993 Spetember; I (3):1-10.
10. Nishikawa ST, Ferrell BA. Pain assessment in the elderly. Clin Geriatr Iss Long Term Care 1993; 1: 15-28.
11. L.B.Jovanovic, A. Milicevic Kalasic, T.Kosic. Pain Assessment Tool in Elderly. Programme Book, The Qualities of Aging. European and Mediterranean Regional Meeting International Psychogeriatric Association (IPA). Roma, Italy, 17-20 April 2002:57.
12. Jovanović L, Đurić V, Prostran M. Osobnosti hroničnog bola u definisanoj populaciji starih - kvalitet života. Usmeno predavanje održano na XXVII Konferenciji opšte medicine sa međunarodnim učešćem; Kopaonik, Srbija, 22-27. septembar 2006 godine: Srpsko lekarsko društvo, Sekcija opšte medicine. Kopaonik, 22.septembar 2006.
13. Merskey H, Bogduk N. Introduction. In: Merskey H, Bogduk N, editors. Classification of Chronic Pain, Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Seattle: IASP Press; 2002. p. ix-xv.
14. Edmond JC, editor. Corre curiculum for professional education in pain. 3rd ed. Seattle: IASP Press; 2005.
15. Gibson SJ, Helme RD. Age-related differences in pain perception and pain report. Clin Geriatr Med 2001; 17: 433-56.
16. Jovanović LB. Osobnosti hroničnog bola u definisanoj populaciji starih - socio-demografski, medicinski i psihološki aspekti [magistarska teza]. Beograd: Univerzitet u Beogradu; 2006.
17. Jovanovic L. Specifičnosti farmakoterapije bola. Edukativni seminar Terapija bola u starijem životnom dobu. Centar za kontinuiranu medicinsku edukaciju u zdravstvu, Medicinski fakultet

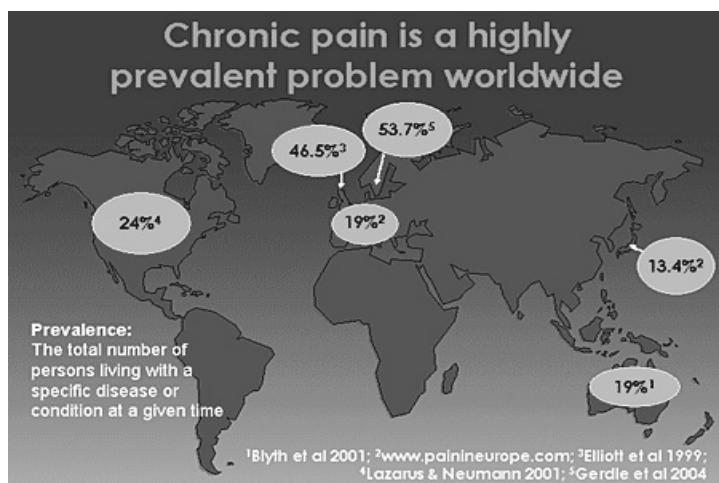
Univerziteta u Novom Sadu, Udruženje za istraživanje i tretman bola Srbije. Usmeno održano predavanje. Materijal štampan na CD

18. Jovanovic L, Ilic J. Ispitivanje i terapija kancerskog bola kod starih. Zbornik radova "Palijativna nega starih obolelih od malignih bolesti". Seminar kontinuirane medicinske edukacije (CME), Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu. "Medifarm". Beograd, 20-21.oktobar, 2003: 35-41
19. Jovanović L, Bojović D. Lekovi i njihova primena u kućnom lečenju i nezi: reakcije, interakcije i inkompatibilije. U: International medical corps, ECHO. Bermsjo L (ed). Seminar za lekare službe kućne nege i lečenja Beograd, sept. 2000. p. 81-92.
20. The management of Persistent Pain in Older Person. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. Journal of American Geriatrics Society (JAGS) 2002; 50 (6): S205-24.
21. Jovanovic L, Prostran M, Vuckovic S, Stojanovic R, Todorovic Z, Nasic Z. Treatment models of chronic musculo-skeletal pain in the frail aged in Belgrade. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology: Proceedings of the 7th Congress of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics; 2005 June 25-29, Poznan, Poland: Nordic Pharmacological Society; 2005.p.99.
22. Driver LC. Side effects of pain medication. The National Cronic Pain Society, Inc [homepage on the Internet]. Available from: www.2.rpanet/~Irlandall/effects.html
23. British National Formulary. 52 ed. London: Britsh Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2006. Available from: <http://www.bnfc.org/bnfc/current/4100i85.htm>
24. American Pain Society; National Pharmaceutical Council. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. Continuing education program, 2006. Glenview (IL): American Pain Society
25. Popp B, Portenoy PK. Management of Chronic Pain in the Elderly: Pharmacology of Opioids and Other Analgesic Drugs. In: Ferell BR, Ferrell BA, editors. Pain in the Elderly. Seatlle: IASP Press; 1996.p.21-34
26. Jane A.Driver, and Robert I.Cohen, MD. Management of Cancer Pain in the Older Patient. Clinical geriatrics. Dostupno na:
<http://www.mmhc.com/engine.pl?station=mmhc&template=cgfull.html&id=1687>
27. Hanks G, Cherny NI, Fallon M. Opioid analgesic therapy. In: Dolby D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. Oxford textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press; 2004. p.316-40.
28. Prostran M, Jovanovic LB, Zikic Lj, Vuckovic S. Tramadol in the treatment of persistent pain in the elderly. European Neuropsychopharmacology the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, Abstracts of the 16th Congress of the European College of Neuropsychopharmacology Vol 13., Supp.4, Prague, Czech Republic, September 20-24, 2003. p. S 447.
29. Jovanović L, Prostran M, Divac N, Žikić Lj. Prevencija i lečenje neželjenih dejstava opioidnih analgetika. In: Bošnjak S, Beleslin D, Vučković-Dekić Lj (eds). Farmakoterapija kancerskog bola, Monografija naučnih skupova AMN SLD (Akademija medicinskih nauka Srpskog lekarskog društva) izdavač. Serija B, Vol 1, Br 1, 2007: 139-155.)ISSN 1452-8177).
30. Jovanović L, Prostran M. Narcoanalgesic in frail, aged, chronic pain patients treated in alternative care settings. In: Handweiser HO, Lindblom U, Breivik H (eds). European Journal of Pain: Abstracts of Pain in Europe Vth Congress of the European Federation of IASP Chapters (EFIC); Vol 10 (Supp 1); Istanbul, Turkey, September 13-16, 2006: Elsevier; 2006. p. S130-S131.
31. Markman JD, Dworkin RH. Jon channel Targets and Treatment Efficacy in Neurophatic Pain. The Journal of Pain. Vol 7, No 15 (1), 2006: p. S38-S47
32. European Federation of IASP Chapters. EFIC's declaration on pain as a major health problem, a disease in its own right. Avilable via the Internet: www.efic.org/about_pain.htm#efic_declarati

TERAPIJA HRONIČNOG BOLA KOD GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Bojana Potić, Predrag Erceg, Despotović Nebojša,
Dragoslav Milošević, Mladen Davidović

Kliničko-bolnički centar "Zvezdara", Interna klinika, Kliničko odeljenje za gerijatriju



Uprkos rastućoj prevalenci kod starih osoba, bol ne treba da bude shvaćen kao normalna posledica starenja. Osobe sa bolom često pate od osećaja usamljenosti, neraspoloženja, anksioznosti, žale se na smanjenu pokretljivost, povećanu zamorljivost i poremećen san što sve dovodi do delimične ili potpune onesposobljenosti takvog bolesnika. Bol je peti vitalni znak, posle temperature, pulsa, krvnog pritiska i broja respiracija. (1) (2)

TIPOVI BOLA

Akutni bol je obično uzrokovani povredom ili bolešću. Može da bude prisutna dijaforeza i tahikardija zbog autonomne hiperaktivnosti. Akutni bol često navodi osobu da potraži medicinsku pomoć.

Akutni bol:

- posledica povrede, hiruške intervencije
- lečenje obično kratko i delotvorno
- obično se zna uzrok

Hronični bol obično perzistira dok traje povreda ili oštećenje tkiva ili je udružen sa hroničnom bolešću. Hronični bol se obično definiše kao bol koji traje duže od 3 do 6 meseci. Jedna od karakteristika ovog bola je odsustvo autonomne hiperaktivnosti.

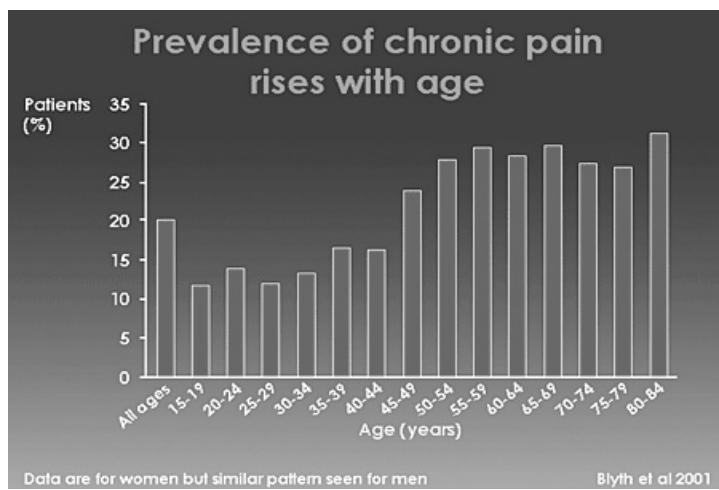
Hronični bol:

- traje duže od tri meseca
- obično nije vezan za aktuelni problem
- često vezan za psihosocijalne faktore
- lečenje je multidisciplinarno i ima jasno definisan cilj

PREVALENCA

Prevalenca hroničnog bola varira od razlika u uzorcima u populaciji i metoda pregleda. Tako npr. prevalenca stalnog bola je 7,6% kod osoba uzrasta 18-30 godina sa rastom do 29% za životnu dob od 71 do 80 godina.(3) U populaciji od 85 godina i više, prevalenca bola je niža zbog manje intenzivne reakcije na bol, stoicizma, izostanaka žaljenja na bol, uticaja drugih problema. Primećeno je u epidemiološkim studijama da se kod starijih češće sreće bol koji zahvata zglobove stopala i noge; glavobolja i bol u abdomenu i grudima je redukovani, a učestalost bola u ledima širokoverira.(4)

Studije u domovima za stare pokazuju prevalencu hroničnog bola između 66 i 80%, bol u donjem delu leđa 40%, artritis apendikularnih zglobova 24%. Neki izveštaji govore da tokom poslednjih godina života 66% osoba ima povremen ili stalni težak bol.(5) Većina epidemioloških studija govori da žene imaju veću prevalencu bola nego muškarci, u svim životnim dobima. Ovome doprinose faktori načina života i spremnost da se požali na bol. Takođe ima uticaja i veći procenat žena u staroj populaciji.



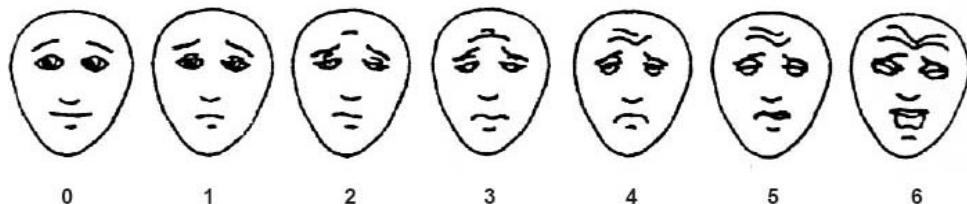
Slika 2.- Prevalenca hroničnog bola raste sa godinama starosti

UZRASTOM UZROKOVANE PROMENE U PERCEPCIJI BOLA

Bol ne mora da bude kardinalni simptom bolesti kod starijih. Incidenca tihog infarkta miokarda je veoma vezana za starost - sa 47% neprepoznatih slučajeva između 75 i 79 godina(6). Slično u retrospektivnim studijama o starijim pacijentima sa peritonitisom, abdominalni bol je bio odsutan u skoro polovini slučajeva, a nekoliko studija govori da se starije osobe ređe žale na postoperativni bol. Većina studija o bolu govori da je prag za bol za bolne stimuluse povišen kod starijih ljudi. Lekari ne bi trebalo da potcene ozbiljnost patologije kod starijih ljudi zbog odsutnosti bola. Tolerancija na težak bol može da bude redukovana kod starijih ljudi.(7)

EVALUACIJA BOLA

Postoje brojni validni psihometrijski instrumenti pogodni za kvantifikaciju i opis bolova kod pacijenta. Široko je korišćen Mc Gill-ov upitnik za procenu bola, a naročito je pogodan za korišćenje kod starijih osoba. Sastoji se od 78 prideva koji opisuju emocionalnu, senzornu dimenziju bolnog iskustva. Reči kao tup bol, oštar bol, krampi, pečenje, bol kao ubod, opisuju senzornu dimenziju bola; a iscrpljenost, okrutnost, kažnjavajući bol, bol praćen strahom, opisuje afektivnu komponentu bola. Za procenu bola se koristi i numerička skala za bol (NMR)



Slika 3. Tabela za procenu bola

Ipak, hronični bol ima dublje efekte na raspoloženje, interpersonalne relacije i nivo aktivnosti, i teško je odrediti šta je uzrok a šta je posledica bola.

Pacijenti sa HRONIČNIM BOLOM

- multifaktorijalni: uz depresiju, strah, uz nemirenost, poremećaj sna, porodične probleme
- lekar je često nezadovoljan isto koliko i pacijent
- dijagnostika uzroka bola često neuspšena
- nerealna očekivanja

Psihološka evaluacija može da bude validna kada bol izaziva težak distres koji rezultuje u korišćenju lekarskog angažovanja, ili interferira sa normalnim aktivnostima ili interpersonalnim relacijama. Ova skala se može koristiti kod svih oblika bola.

Tabela 1. Uzroci hroničnog bola i životno doba kod gerijatrijskih bolesnika

Dijagnoza	Broj pacijenata	Prosečne godine života
maligne bolesti	35%	67,2 godine
arthrosis, discopathia, spondylosis	50%	71 godina
glavobolja	20%	70 godina
lumboischialgia	20%	68 godina
polyneuropathia diabetica	38%	76 godina
bolovi vaskularnog porekla	28%	69 godina
postherpetični bol	8%	70 godina
neuralgia trigeminusa	2%	69 godina
glossopyrosis, stomatopyrosis	3%	76 godina

Prevalenca kognitivnog oštećenja jasno raste sa godinama, sa ekscesnim porastom od 30% posle 80 godina života. Kognitivni poremećaj može da agravira zbog bola ili lekova za terapiju bola. Postoji mišljenje da su smanjena kognitivna sposobnost i uzrast veći od 85 godina nezavisni faktori rizika za izostanak odgovarajućeg lečenja bola kod pacijenata sa kancerom.(8) Izveštaj o bolu kod dementnih osoba može da bude pod uticajem oštećenja memorije ili ograničenih mogućnosti komunikacije. Neki autori nalaze malu negativnu korelaciju između intenziteta bola i kognitivnog oštećenja u uzorku od 758 starijih hospitalizovanih pacijenata. Individue sa značajnim kognitivnim oštećenjem su manje sposobne da se žale na bol u ledima i zglobovima. Osobe sa blagim do umerenim kognitivnim oštećenjem obično zahtevaju više vremena da odgovore na pitanja o bolu, ali 83% ovih bolesnika je popunilo skalu o intenzitetu bola.(9) I prema našem kliničkom iskustvu, osobe koje više nisu sposobne da verbalizuju osećaj bola, manifestuju bol neverbalno uključujući ekspresiju mimikom, agitacijom, neprijateljstvom, agresijom, pokretima i stavom tela, gestovima i vokalizacijom.

RAZLOZI ZA ZANEMARIVANJE BOLA KAO TEGOBE STAROG PACIJENTA

1. Sami bolesnici ne prijavljaju bol jer ga smatraju posledicom starosti
2. Zabrinutost pacijenta da će biti izložen neprijatnim ispitivanjima i potrebi kupovine skupih lekova.
3. Predrasudi da stari imaju visok prag za bol.
4. Cognitivne promene starih mogu otežati komunikaciju lekara i pacijenta.
5. Strah lekara od češćih nuz pojava lečenja kod starih.

ANALGETIČKE TERAPIJSKE MOGUĆNOSTI U GERIJATRIJI

I dalje najefikasniji i najjeftiniji pristup u lečenju bola čini primena paraacetamola na prvom mestu,NSAIL i opijata. Selekcija najadekvatnijeg leka za starog pacijenta zahteva razumevanje farmakokinetike kod starijih, kao i farmakodinamske promene i zahteva da se uzmu u obzir koegzistentna oboljenja i uzimanje drugih

lekova. Izbog lekova zahteva balans potencijalne efikasnosti i mogućih neželjenih efekata. Raspored uzimanja lekova je veoma važan. Uopšteno, lekovi treba da se prepisuju u malim dozama i da se koriste u najmanjoj dozi koja postiže zahtevani rezultat. Ne treba ih koristiti u suboptimalnim dozama zbog neželjenih efeketa leka. I pored manje efikasnosti leka kod neuropatskog bola svi analgetici mogu da se primene. Od jednostavnih analgetika najčešće se koristi paracetamol kod starijih(10), a za osteomuskularne bolove NSAIL. Međutim, treba misliti na neželjene efekte NSAIL koji izazivaju dispepsiju, ulkus, ponekad perforaciju ulkusa i krvarenje. Kod starijih od 60 godina rizik od pojave navedenih neželjenih efekata je pet puta veći nego u kontrolnoj grupi.(10, 11, 12, 13)

Međutim, opioidi su uopšteno rezervisani za umeren ili težak bol. Stariji pacijenti su osetljiviji na ekvivalentne doze i nivo opioda u krvi.(14) Analgetički efekti kodeina (metilmorfin) se odvijaju preko njegove konverzije u morfin preko citochroma P 450 D 6. Oko 8% belaca i 2% azijata imaju deficit citochroma P 450 D 6 i osećaju manje popuštanje bola sa kodeinom. Brojni lekovi često prepisivani kod starijih pacijenata inhibiraju citochrom P 450 D 6 uključujući cimetidin, kinidin, haloperidol, amitriptilin i selektivne inhibitore preuzimanja serotoninina uključujući fluoksetin, paroksetin i fluvoxamin. Neželjeni efekti kodeina su česti naročito opstipacija, muka i konfuzija. Drugi slab opioid je tramadol. Tramadol je sintetički analgetik centralnog dejstva sa opioid-like efektima. Njegov način delovanja je preko vezivanja za β -opioidni receptor i preko inhibicije preuzimanja noradrenalina iz serotoninina. Efikasnost Tramadola se poredi sa ibuprofenom kod pacijenata sa osteoartritisom kuka i kolena. Kod starijih pacijenata može da bude potrebna redukcija doze. Kombinacije neopioda sa slabim opioidima kao aspirin ili paracetamol sa kodeinom dovodi do pojačane analgezije.(15) Kombinovana medikacija može da rezultuje u nižoj incidenci neželjenih efekata jer se analgetici koriste u manjoj dozi. Slabi opijati imaju plafon-dozu iznad koje se koriste jači opijati. Morfin je prototip opioda. Analgetički efekti morfina nisu ograničeni fenomenom tavanice, ipak neželjeni efekti su česti. Tolerancija na neželjene efekte brže se razvija nego tolerancija na analgetičke efekte. Ipak, opstipacija ima tendenciju da perzistira. Analgetički efekat se postiže uzimanjem opioda kratkog dejstva regularno, a zatim korišćenjem opijata sa produženim oslobođanjem. Morfin sa zakasnijim delovanjem i oxycodone preparati mogu da se koriste kod starijih pacijenata ali mora se voditi računa da se prevenira akumulacija leka. Drugi jaki opioidi su methadone, petidin (meperidin) i fentanil. Petidin nije pogodan za dugotrajno korišćenje zbog rizika od akumulacije njegovog metabolita norpetidina što rezultuje u ekscitaciji CNSa, tremoru i epileptičnim napadima. Metadon mora da se koristi sa oprezom zbog njegovog dugog poluživota od 2 do 3 dana rezultujući u akumulaciji kod starih pacijenata. Tolerancija može da se razvije ponavljanim unošenjem svih opioida gde su potrebne visoke doze koje bi održavale analgetički efekat. Brzina razvoja tolerancije veoma varira. Da bi se prevazišla tolerancija potrebno je povećanje doze ili frekvencije doziranja. Ukrštena tolerancija sa drugim

opioidima nije potpuna jer deluje preko drugih kombinacija receptora. Problem može da se prevaziđe sa drugim oralnim opioidima počinjući sa polovinom ekvianalgetičke doze. Transdermalna fentanilska nalepnica nudi prednost jedne aplikacije svaka 72 sata, ima slične neželjene efekte kao drugi opioidi iako neke osobe govore o manjoj konstipaciji. Fentanil se akumulira u skeletnim mišićima i masti i onda se polako oslobođa u krv. Minimum efektivne koncentracije se dostiže za oko 6 sati posle aplikacije. Serumska koncentracija fentanila pada za 50% aproksimativno 17 sati nakon skidanja nalepnice. Klirens fentalina je usporen kod starijih, kahektičnih i retardiranih pacijenata. Fentanilska transdermalna nalepnica koja oslobođa 25 mikrograma na sat je ekvivalentna sa 90 mg morfina na dan.

Adjuvantni analgetici su lekovi čija primarna indikacija nije bol, ali su analgetici u neuropatskim bolnim sindromima. Oni uključuju lekove različitih terapijskih efekata uključujući triciklične antidepresive, antikonvulzante, oralne antiaritmike i neuroleptike. Antidepresivi i antikonvulzanti imaju dokazanu ulogu u terapiji neuropatskog bola koji je često refrakteran na konvencionalne analgetike. Oslobođanje od bola je često parcijalno, sa 50% redukcije u skorovima bola što je obično klasifikovano kao uspeh u većini studija. Svaki treći pacijent lečen antidepresivom ili antikonvulzantom od postherpetične neuralgije ili dijabetične neuropatije ima 50% manji bol u odnosu na one koji su uzimali placebo.(16) Karbamazepin je lek izbora za trigeminalnu neuralgiju sa kontrolom bola dostignutom u oko 75% pacijenata. Antikonvulzanti se smatraju terapijom drugog izbora za druga neuropatska bolna stanja. Antikonvulzanti koji su se pokazali korisnim za dijabetesnu neuropatiju i postherpetičnu neuralgiju su carbamazepin, fenitoin i gabapentin. Gabapentin ima nižu incidencu neželjenih efekata od carbamazepina ili fenitoina ali se nije pokazao efikasnijim nego ranije korišćeni antikonvulzanti.(17). Lidokain nalepnice su licencirane za korišćenje u postherpetičnoj neuralgiji u Americi. Treba obratiti naročitu pažnju kada se koriste oralno ili parenteralno lokalni anestetici kao na primer meksiletin ili lidokain za lečenje bola kod starijih osoba zbog mogunosti nastanka fatalnih aritmija. Korišćenje neuroleptika za terapiju bola kod starijih osoba nije indikovano zbog sporednih efekata.

Nefarmakološki pristupi uključuju širok spektar fizikalnih psiholoških mera. (18) Čak i slabe i hospitalizovane osobe imaju korist od telesnog vežbanja. Vežbanje može da dovede do smanjenja bola, poboljšanja funkcije i povišenja raspoloženja.(19)

Poseban problem gerontologa je činjenica da polovina svih kancera nastaje u populaciji preko 65 godina. Kod uznapredovalog kancera 70% bolesnika ima bol koji je u 80% slučajeva težak i perzistentan.(20) U 90% slučajeva kancerski bol može da se tretira jednostavno. Metod Svetske zdravstvene organizacije u okviru programa za oslobođanje od kancerskog bola je baziran na trostopenom programu uzimanja analgetika. Prvi korak su ne opioidni analgetici uključujući paracetamol i NSAIL. Drugi korak su slabiji opioidi, a treći korak su jaki opioidi. Ne opioidni analgetici su često kombinovani sa opioidima u drugom koraku i trećem koraku da

bi se obezbedila aditivna analgezija. Na svakom navedenom koraku mogu da se dodaju adjuvantni analgetici kao antidepresivi i antikonvulzanti. Emocionalni, duhovni i funkcionalni aspekti ne treba da budu zanemareni. Uprkos programu SZO najveći broj pacijenata sa kancerom širom sveta nema adekvatnu analgeziju. Preteran strah od neželjenih efekata ne treba da spreči primenu opijata kod pažljivo odabralih individua koje ne odgovaraju na drugu terapiju. Opioidna terapija hroničnog bola nemalignog porekla treba da bude uzeta u obzir tek posle pažljive evaluacije pacijenta i neodgovaranja na druge konvencionalne farmakološke terapije. Vrlo je retka zavisnost, naročito kod starijih.

U principu u našem podneblju (pa i šire), veći je problem opio fobija nego nuz efekti. Stari pacijent sa neizlečivom bolesti treba biti tretiran bez straha od toga da će postati zavistnikom. U mnogim zemljama se pravo starog pacijenta na lečenje jakim analgeticima kod neizlečivih bolsti smatra apsolutnim pravom bolesnika.

Tolerancija na opioide se manifestuje redukovanim analgetičkim efektima u istoj dozi. Potreba za povećanjem doze više postoji zbog napredovanja simptoma bolesti nego zbog razvoja tolerancije. Ciljevi terapije treba da budu jasni, više se odnose na smanjivanje bola nego na totalnu eradicaciju bola. Potpuna eradicacija bola može da nastane kada se pojave neželjeni efekti koji ne mogu da se tolerišu. Četiri faktora treba redovno kontrolisati: doza opijata, oslobođanje tj. ublažavanje bola, neželjeni efekti i celokupno funkcionalno stanje. Doza treba da bude povećana do bi bolje kontrolisali bol ili funkcionalni status. Lekar treba da bude upoznat sa statusom pacijenta i da opservira pacijenta imajući u vidu uzimanje opioida.

LITERATURA:

1. Hix M. D.-Pain Management in Elderly Patients- Journal of Pharmacy Practice.2007; 20:49-63
2. Cayea D., Perera S., .Weiner D.K. - Chronic Low Back Pain in Older Adults: What Physicians Know, What They Think They Know, and What They Should Be Taught- J Am Geriatr Soc. 2006;54(11):1772-1777.
3. Crook J, Rideout E, Brown G. The prevalence of pain complaints in a general population. Pain 1984; 18:299-314.
4. Brattberg G, Thorslunmd M, Wilkman A. The prevalence of pain in a general population. Pain 1989; 37:215-222.
5. Moss MS, Lawton MP, Glicksman A. A role of pain in the last year of life of older persons. J Gerontol 1991; 46:51-57.
6. Sigurdsson E, Thorgeirsson G, Sigfusson N. Epidemiology, clinical characteristics and the prognostic role of angina pectoris.The Reykjavik Study. Ann Intern Med 1995;122:96-102.
7. Washington L, Gibson SJ, Helme RD. Age related differences in the endogenous analgesic response to repeated cold water immersion in human volunteers. Pain 2000;89:89-96.
8. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K et al. Management of pain in elderly patients with cancer. JAMA 1998;279:1877-1882.
9. Ferell BA, Ferell BR. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manag 1995;10:591-598.

10. Bradley JD, Brandt MD, Katz BP. Comparision of an antiinflammatory dose of ibuprofen and analgesic dose of ibuprofen and acetaminophen in the treatment of patients with arthritis of the knee. *N Engl J Med* 1991;325:87-91.
11. Lanza FL, A guidline for the treatment and prevention of NSAID induced ulcers. *Am J Gastroenterol* 1998; 325:87:87-91.
12. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Slng O. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1999;340:1888-1899.
13. Mochberg MC, Mc Alidon T, Felson DT. Systemic and topical treatments. In Felson Dt: Osteoarthritis new insights. Part 2.Treatment approaches. *Ann Intern Med* 2000, 133:726-729.
14. Montanat SC, Cusack BJ, Vestal RE. Management of drug therapy in the elderly. *N Eng J Med* 1989;321:303-309.
15. Moore A, Collins S, Carroll D, Mc Quay M. Paracetamol with and without codeine in acute pain, quantitative systemic review. *Pain* 1997;70:193-201.
16. Cohins SL. Antidepressants and anticonvulsants for diabetic neuropathy and postherpetic neuralgia, a quantitative system review. *J Pain Symptom Menag* 2000; 20:449-458.
17. Wiffen P, Collins S, Mc Qua M et al. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. In the Cochrane Library, 4. Uppdate Software, Oxford 2000.
18. AGS Panel on Chronic Pain in older persons: The Management of chronic pain in older patients. *J AM Geriatr Soc* 19998; 46:635-651.
19. Christmas C, Anderson RA. Exercise and older patients: guidelines for the clinician, *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:318-324.
20. Jacox A, Carr DB, Payne R. New clinical practice guidelines for the managements of pain in patients with cancer. *N Engl J Med* 1994; 302:651-655.

TERAPIJA SRČANE INSUFICIJENCIJE KOD STARIH

Milena Bojić, Sofija Božinović, Svetlana Jelić

KBC "Dr Dragiša Mišović", Klinika za Internu medicinu, Odeljenje za gerijatriju

Srčana insuficijencija (SI), je klinički sindrom koji predstavlja krajnji ishod niza različitih srčanih bolesti (1). Prevalenca ovog oboljenja raste sa starošću populacije. U starijih od 65 godina ona kreće se između 3-5 %, a u onih od 75 godina 8-16 % čemu doprinosi smanjenje mortaliteta od nekardiovaskularnih bolesti, povećanje incidence arterijske hipertenzije i/ ili koronarne bolesti, porast preživljavanja posle infarkta miokarda (2). Od ukupnog broja primljenih pacijenata starijih od 65 godina SI je razlog prijema na bolničko lečenje u najmanje 20 % slučajeva. Tokom poslednje decenije stopa hospitalizacija zbog simptoma SI u SAD je porasla za 159% (3). Poseban problem predstavlja i to što stariji pacijenti imaju uglavnom i druge ozbiljne komorbiditete, a takvi pacijenti obično nisu predmet istraživanja velikih studija. U starijih osoba i to obično ženskog pola, gojaznih, hipertoničara i dijabetičara češće se javlja dijastolna srčana slabost (1).

Razumevanje patofizioloških dešavanja u organizmu obolelih od srčane insuficijencije je dovelo do napretka u pristupu lečenju. Danas raspolažemo sa nekoliko grupa lekova, kao što su: inhibitori angiotenzin konvertaze (ACE), beta blokatori, antagonisti receptora za angiotenzin, antagonisti receptora za aldosteron, koji svaki za sebe deluju na jedan od stepenika poremećene neurohormonalne lestvice (4).

Ipak primećeno je, a i dokazano kroz više kliničkih studija, koje su sprovedene u različitim zemljama da se u značajanog broja pacijenata koje bi trebalo lečiti lekovima iz napred navedenih grupa, pre svega ACE inhibitorima i beta blokatorima, isti ne propisuju ili se propisuju u dozama koje su niže od preporučenih. Ovaj problem je još ispoljeniji u populaciji žena i starijih osoba, a zastupljen je praktično na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Kada lekar postavi kliničku dijagnozu srčane slabosti odabir lekova koje će koristiti trebalo bi da zavisi od stadijuma bolesti u kom se pacijent nalazi.

Prvu liniju izbora svakako predstavljaju ACE inhibitori i beta blokatori.

Što se tiče ACE inhibitora, više velikih studija i meta analiza manjih studija su pokazale da oni povećavaju preživljavanje, smanjuju broj hospitalizacija i popravljaju NYHA klasu i kvalitet života u pacijenata u svim stadijumima SI. Takođe je pokazano da povećavaju preživljavanje u pacijenta u kojih se SI razvila posle akutnog infarkta miokarda, kao i da je primena većih doza ovih lekova povezana sa manjom ukupnom smrtnošću i brojem prijema u bolnicu. Oni odlažu ili sprečavaju razvoj simptomatske SI u pacijenta sa asimptomatskom disfunkcijom leve komore. Treba ih uključiti u terapiju što je ranije moguće (5).

Beta blokatori, kako neselektivni tako i selektivni, su se takođe u nekoliko randomiziranih kontrolisanih studija pokazali kao lekovi koji povećavaju preživljavanje, smanjuju broj hospitalizacija i popravljaju NYHA klasu kada se dodaju standardnim lekovima u pacijenata sa stabilnom blagom i umerenom SI (5). Kod starijih se preporučuju beta blokatori treće generacije koji imaju i vazodilatatorni efekat (6). Beta blokatori se ne preporučuju u pacijenata sa teškom srčanom slabotu (NYHA IV), ili ih u tih pacijenata treba uvesti u terapiju pod supervizijom eksperata.

Za blokatore receptora za angiotenzin važe praktično iste preporuke kao i za ACE inhibitore. Međutim preporučuje se da se oni uvode posle optimizacije terapije sa ACE inhibitorima i beta blokatorima. Treba izbegavati kombinaciju ACE inhibitora, blokatora receptora za angiotenzin i antagonista receptora za aldosteron (5).

Antagoniste receptora za aldosteron (neselektivni spironolakton i selektivni - eplerenon) treba davati pacijentima koji i pored napred navedenih grupa lekova u terapiji i dalje imaju simptome srčane slabosti. Ti pacijenti uglavnom pripadaju III i IV NYHA klasi. Lečenje treba započeti malim dozama i redovno pratiti kalemiju i parametre bubrežne funkcije.

Što se tiče digoksina, koji je ranije bio jedan od najvažnijih lekova za lečenje SI, njegovo mesto je danas u lečenju pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom, gde se kontrola frekvence komora ne može postići na drugi način i u pacijenta sa NYHA klasom III i IV uz svu ostalu terapiju. Vazodilatatori (hidralazin i nitrati) imaju svoje mesto uz ACE inhibitore, beta blokatore, spironolakton ili kao alternativa u pacijenata koji ne tolerišu bilo ACE inhibitore bilo antagoniste receptora za angiotenzin (1).

Diuretici i to pre svega diuretici Henleove petlje predstavljaju neizostavan deo terapije kongestivne SI. Treba međutim imati na umu da dugotrajno propisivanje ovih lekova koje je naročito prisutno u lečenju starijih osoba, u stanjima kompenzovane srčane slabosti nije sasvim opravdano. Ovde treba naglasiti i činjenicu da starije osobe uglavnom imaju dijastolnu srčanu slabost i da diuretici mogu imati dodatna neželjena dejstva, jer smanjuju intravaskularni volumen čime dodatno oštećuju dijastolno punjenje komora i tako redukuju udrani volumen. Zato se preporučuje da se ovim pacijentima lekovi propisuju samo u slučajevima kada je neophodno da se leči ili prevenira kongestivna srčana slabost (9). Osim toga treba imati na umu da furosemid u starijih osoba uzrokuje aktivaciju sistema renin- angiotenzin- aldosteron što povećava morbiditet i mortalitet (10).

Lečenje srčane insuficijencije u starih podleže praktično istim principima kao i u mlađoj populaciji. Specifičnost lečenja bi se mogla tražiti u tome da stariji pacijenti često imaju brojne komorbiditete. Dobro poznavanje patofiziologije i principa lečenja srčane insuficijencije može doprineti boljoj kontroli bolesti i podići kvalitet života ovih pacijenata.

LITERATURA:

1. Jessup M, Brozena S. Heart failure. N Engl J Med 2003;348:2007-18.
2. McAnaw J, Hudson S, McGlynn S, Watson A. Chronic heart failure. Pharmaceutical Journal 1999; 262: 502-9.
3. 2001 Heart and stroke statistical update. Dallas: American Heart Association, 2000.
4. Schrier RW, Abraham WT. Hormones and hemodynamics in chronic heart failure. N Engl J Med 1999; 341: 577-585.
5. McMurray J, Cohen-Solal A, Dietz R, Eihhorn E, Erhardt L, Hobbs FDR et al . Practical recommendation for use of ACE inhibitors, beta blockers, aldosterone antagonists and angiotensin receptor blockers in heart failure: Putting guidelines into practice. Eur J Heart Fail 2005;7:710-721.
6. Flather MD, Shibata MC, Coats AJ, Van Veldhuisen DJ, Parkhomenko A, Borbola J et al, SENIORS Investigators. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J 2005;26:215-25.
7. Coats AJ. Beta-adrenoreceptor antagonists in elderly patients with chronic heart failure: therapeutic potential of third generation agents. Drugs Aging. 2006;2(2):93-9.
8. Ahmed A. American College of Cardiology/American Heart Association Chronic Heart Failure Evaluation And Management guidelines: relevance to the geriatric practice. J Am Geriatric Soc.2003 Jan;51(1):123-6.
9. van Kraaij DJ, Jansen RW, Gribnau FW, Hoefnagels WH. Diuretic therapy in elderly heart failure patients with and without left ventricular systolic dysfunction. Drugs Aging. 2000 Apr;16(4) : 289-300.
10. van Kraaij DJ, Jansen RW, Sweep FC, Hoefnagels WH. Neurohormonal effects of furosemide withdrawal in elderly heart failure patients with normal systolic function. Eur J Heart Fail. 2003 Jan;5(1):47-53.

STATINI U TERAPIJI LIPIDSKIH POREMEĆAJA OSOBA STARIH 65 I VIŠE GODINA - MEDICINA ZASNOVANA NA DOKAZIMA

Olga Vasović

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Koronarna bolest (KB) i cerebrovaskularne bolesti (CVB) su vodeći uzroci smrti i invalidnosti u populaciji starih. U skladu sa navedenim i naporima da se preveniraju srčani i moždani udari u ovoj populaciji sve više dobijaju na značaju. Šlog i srčana insuficijencija kao najčešće posledice ateroskleroze imaju veliki uticaj na kvalitet života starih, njihovu funkcionalnu zavisnost i potrebu za institucionalnim zbrinjavanjem.

Dislipidemije su bolesti metabolizma lipoproteina, koje se mogu manifestovati kao hiperprodukcija ili deficit lipoproteina. Ove se bolesti mogu okarakterisati povećanim vrednostima totalnog holesterola, LDL (low density lipoprotein) holesterola (lipoproteina niske gustine) i triglicerida i sniženjem protektivnog HDL (high density lipoprotein) holesterola (lipoproteina velike gustine čestica). Prevalenca abnormalnog lipidskog profila opada sa godinama starosti, a epidemiološke studije pokazuju da udruženost povećanih nivoa holesterola i KB opada sa godinama starosti. Ipak, terapija hiperlipoproteinemija (HLP), kao važnog faktora rizika za kardiovaskularne bolesti, ima veliki značaj nezavisno od godina starosti pacijenta.

Statini su inhibitori enzima HMG-CoA reduktaze i kao takvi se već 15-ak godina koriste u terapiji prvenstveno hiperholesterolemija. Naime, ovi lekovi inhibišu sintezu holesterola u jetri, a posledica ovoga je povećan broj i aktivnost LDL receptora, čime se povećava klirens LDL, IDL i manjim delom VLDL čestica. U uobičajenim dozama inhibitori HMG-CoA reduktaze smanjuju ukupan holesterol za 20-30% i LDL holesterol za 20-40%, dok mogu povećati HDL holesterol za 5-15% i smanjiti triglyceride za 10-40%.

Terapija statinima smanjuje mortalitet i ponovni koronarni događaj nezavisno od godina starosti pacijenta ili prethodnog nivoa LDL holesterola. Dalje, postoje dodatni povoljni efekti terapije statinima u starih, koji se još uvek istražuju. [1-4] U populaciji preko 75 godina starosti sve je manja diferencijacija između primarne i sekundarne prevencije vaskularnih događaja, obzirom na prisutne aterosklerotske promene. Želja nam je bila da na osnovu izvedenih kliničkih studija donesemo zaključke o prednostima statinske terapije u starih sa ili bez već prisutnog nekog glavnog kardiovaskularnog događaja (infarkta, šloga, periferne arterijske bolesti), kao i ciljne vrednosti, posebno LDL holesterola kojima treba težiti.

Dislipidemija kao faktor rizika

Prevalenca abnormalnog lipiskog profila se smanjuje sa povećanjem godina starosti, najvećim delom zbog selektivnog preživljavanja. Dodatno, epidemiološke studije su pokazale da veza između nivoa holesterola i koronarne bolesti slabih sa starenjem. Posledično, pretpostavljeno je da je manja korist od terapije dislipidemija u starih. Ipak, kasnije studije su pokazale da je abnormalni lipidski profil značajan faktor rizika za vaskularne bolesti u starih. [5,6] U Framinghamskoj studiji (Framingham Heart Study), iako totalni holesterol nije bio prediktivan za ishemiju srca (IBS) u muškaraca preko 70 god. starosti, bio je prediktivan za IBS u žena u devetoj dekadi. [7] Dalje, približno jedna trećina starijih muškaraca i polovina žena imali su holesterol $> 6,3 \text{ mmol/L}$. [8] Usled ovog terapija hiperlipidemija ostaje značajna i u starijim godištima i treba da ima za cilj prevenciju kardiovaskularne bolesti (KVB).

Abnormalnosti metabolizma lipida u starih obično su udružene sa drugim faktorima rizika, kao što su hipertenzija, dijabetes i gojaznost. U CHS studiji (Cardiovascular Health Study)[9] 5888 osoba starijih od 65 godina trigliceridi, HDL i u manjoj meri LDL holesterol su bili udruženi sa drugim faktorima rizika, kao što su gojaznost, intolerancija glukoze, smanjenje renalne funkcije i korišćenje lekova. Iako nije bilo razlike u nivou totalnog i LDL holesterola između onih sa i bez IBS ili šloga, trigliceridi su bili viši, a HDL holesterol niži u osoba sa vaskularnim bolestima.

Iako relativni rizik koji se može pripisati visokom totalnom ili niskom HDL holesterolu se smanjuje sa godinama starosti, sveukupni rizik abnormalnosti metabolizma lipida je potencijalno veći u starih osoba zbog veće prevalencije koronarnih događaja i većeg apsolutnog i osobenog rizika. Posledično, svi dokazi govore u prilog tome da su hiperlipoproteinemije povezane sa povećanim vaskularnim rizikom u populaciji starih. Iako i totalni holesterol i odnos totalni holesterol/HDL predviđaju koronarnu bolest u starih, ipak je ovaj odnos od većeg prediktivnog značaja.

Korist terapije statinima ne zavisi od godina starosti

Studije praćenja i randomizirane kontrolisane studije su pokazale koristi koje se mogu pripisati terapiji statinima u populaciji starih. Cardiovascular Health Study je pokazala da terapija statinima u osoba preko 65 godina starosti (prosek 72 godine) je udružena sa 56% smanjenja kardiovaskularnih događaja i 44% smanjenja sveukupnog mortaliteta. U drugim studijama, slične koristi od terapije statinima su primećene čak i u onih starijih od 80 godina. [10] Pojedine studije su čak pokazale da je u starijih i veća korist od ove vrste terapije. Tako je 4S studija [11] pokazala da bolesnici stari 65-70 godina imaju 34% RRR (relative risk reduction) za sveukupni mortalitet, 43% RRR za CV (kardiovaskularni) mortalitet i 44% RRR za glavne koronarne događaje. Obzirom da da stopa mortaliteta raste sa godinama starosti, apsolutni RR je bio duplo veći u osoba preko 65 godina starosti u odnosu na one mlađe.

Prospective Pravastatin Pooling Project [12] studija je ispitivala ishod u specifičnim subpopulacijama CARE,[13] WOSCOPS,[14] and LIPID[15] studija. Za pacijente starije od 65 godina, postojao je 26% redukcije CV smrti ili nefatalnog IM. Da bi se prevenirao jedan primarni događaj, bilo bi neophodno lečiti 25 pacijenata.U CARE[16] studiji pravastatin je redukovao pojavu šloga za 40%.

Heart Protection studija[17] uključila je pacijente stare 40-80 godina, koji su bili u visokom riziku za kardiovaskularne događaje. Ovi pacijenti su imali koronarnu bolest srca, cerebrovaskularnu bolest ili dijabetes. Simvastatin u dozi od 40 mg dnevno smanjio je glavne vaskularne događaje za 24%, sa sličnim rezultatima u grupama od 65-69, 70-74 i preko 75 godina starosti.U pacijenata starih 75-80 godina, terapija 25 bolesnika prevenira jedan kardiovaskularni događaj.

PROSPER studija (The Pravastatin in Elderly Individuals at Risk of Vascular Disease) [18] posebno je istraživala koristi terapije pravastatinom u prevenciji koronarnih i cerebrovaskularnih događaja u visokorizičnih pacijenata starih 70-82 godine, koji su ili već preležali neki od glavnih kardiovaskularnih događaja (infarkt miokarda, šlog, perifernu vaskularnu bolest) ili su ubili u visoko rizičnoj grupi jer su imali dijabetes, hipertenziju ili su bili pušači. Pravastatin 40 mg dnevno tokom 3,2 godine rezultiralo je u 15% smanjenja CV smrti, nefatalnog IM ili šloga. Mortalitet od ishemijske bolesti srca je bio smanjen za 24%. Iako nije bilo značajnog smanjenja šloga, verovatno da je potreban duži vremenski period terapije da bi se isti smanjio.Ova studija je pokazala da nije bilo korelacije između nivoa LDL holesterola i rizika od koronarnih događaja ili efikasnosti pravastatina u preveniranju događaja. Najveći rizik su imali pacijenti sa najnižim HDL holesterolom i oni su imali najveću korist od terapije pravastatinom.

Koristi od terapije statinima u obolenih od dijabetesa

Dijabetes je važan faktor rizika za kardiovaskularne događaje u svim dobnim skupinama. Terapija statinima deluje protektivno u odnosu na buduće kardiovaskularne događaje u obolenih od dijabetesa nezavisno od toga da li oni već boluju od vaskularnih bolesti. I Heart Protection studija[17] i CARDS[19] (Collaborative Atorvastatin Diabetes Study) su pokazale da je korist od terapije statinima u diabetičara bez očigledne vaskularne bolesti nezavisna od godina starosti. Svi pacijenti sa dijabetesom, sa ili bez ishemijske bolesti srca, treba da budu razmotreni u smislu uključenja statina u terapiju.

Prevencija šloga sa statinima

Skorašnja meta analiza terapije za sniženje lipida [20] pokazuje da dolazi do redukcije šloga i to kako u primarnoj, tako i sekundarnoj prevenciji. Statini redukuju rizik od šloga za 26% ($P<0.001$). Korist je bila značajna pri smanjenju totalnog holesterola ispod 6 mmol/l. Šlog je treći uzročnik smrti u starih, a od onih koji prežive jedna trećina je funkcionalno zavisna i veliki procenat zahteva dugoročno institucionalno zbrinjavanje. Obzirom na navedeno, opravdano je davanje statina u visoko rizičnih pacijenata.

Koje su ciljne vrednosti LDL holesterola u starih?

Skorašnja klinička istraživanja su pokazala da postoje dodatne koristi od snižavanja LDL holesterola ispod do sada preporučenih za visoko rizične pacijente, tj. 2,5 mmol/L. [21] TNT studija (Treating to New Targets) uključila je visokorizične pacijente starosti 35-75 godina koji su primali atorvastatin 10 mg ili 80 mg dnevno. Agresivnija terapija sa smanjenjem LDL ispod 2 mmol/L rezultirala je u 22% RRR (relative risk reduction) glavnih kardiovaskularnih događaja u poređenju sa pacijentima koji su bili na nižoj dozi atorvastatina. Slične koristi od većih doza atorvastatina imali su i mlađi i stariji pacijenti.

Neželjeni efekti terapije statinima

Neželjena dejstva terapije statinima su generalno retka. Ipak, stariji pacijenti su u većem riziku za pojavu istih, posebno za razvoj miozitisa i rabdomiolize. Faktori rizika za razvoj rabdomiolize, uključujući nelečeni hipotireoidizam, ženski pol, malu mišićnu masu, bubrežni insuficijenciju i interakciju sa drugim lekovima koji povećavaju koncentraciju statina u krvi, češći su u starijih pacijenata. Ozbiljna neželjena dejstva atorvastatina bila su retka u TNT studiji, sa pet slučajeva rabdomiolize u 10 000 lečenih pacijenata i to nezavisno od doze leka. Ipak, postojalo je četverostruko povećanje incidence poremećaja testova funkcije jetre sa povećanjem doze atorvastatina od 10 na 80 mg. U starijih pacijenata, posebno u onih sa bilo kakvim smanjenjem renalne funkcije, neophodno je da se CK i testovi funkcije jetre kontrolišu četiri do šest nedelja posle početka terapije i potom u šestomesecnim intervalima.

U PROSPER studiji terapija sa pravastatinom je bila udružena sa malim povećanjem rizika za razvoj karcinoma. Ipak, meta analize drugih studija nisu pokazale porast obolevanja od karcinoma u bolesnika na terapiji statinima. Obzirom da su u ovim studijama bolesnici bili značajno mlađi nego u PROSPER studiji, moguće je da statini imaju mali uticaj na rizik od karcinoma u starijih osoba.

Terapijski propusti u lečenju lipiskih poremećaja u starih

Iako postoje čvrsti dokazi da je terapija statinima korisna u populaciji starih, mnogi visokorizični pacijenti ne dobijaju terapiju. Naprotiv, skorašnja kanadska studija je pokazala paradoks po kome sa porastom kardiovaskularnog rizika dolazi do smanjenja u propisivanju statina.[22] U kohorti pacijenata starijih od 65 godina u Ontariju sa anamnezom kardiovaskularne bolesti ili dijabetesa, samo 19% je primalo statine. Čak, nezavisno od godina starosti, statini su manje propisivani pacijentima u najvećem riziku. Razlozi ovog terapijskog paradoksa uključuju ili zabrinutost znog mogućih štetnih efekata terapije ili slabijem pridržavanju pacijenata preporučenoj terapiji. Dve skorašnje studije [23, 24] su potvrdile da je pridržavanje propisanom terapijskom režimu najmanje u najstarijih i u najsiromašnijih pacijenata. U grupi bolesnika preko 65 godina starosti sa koronarnom bolesti pridržavanje propisanoj terapiji bilo je samo 36%

nakon dve godine praćenja. [23] Tako nizak propcenat uzimanja propisanih lekova je isti i za dugotrajnu antihipertenzivnu terapiju.

Zaključci i terapijski ciljevi

Prinicipi korišćenja statina u starih ne razlikuju se u mnogome u odnosu na iste u mlađih pacijenata. [25, 26] Modifikaciju načina života sa prestankom pušenja, smanjenjem telesne težine i povećanjem fizičke aktivnosti treba podržati u svih pacijenata. U najvećem riziku da dobiju srčani ili moždani udar su stari koji već imaju neku vaskularnu bolest ili dijabetes. Terapiju statinima treba razmotriti u širokoj lepezi starih sa utvrđenom kardiovaskularnom bolesti (tj. preležan IM, angina, šlog, dokazi periferne arterijske bolesti) i dijabetesom. Lako godine starosti same po sebi nisu razlog za izbegavanje korišćenja statina ipak postoje rizici (komobriteti, renalna insuficijencija, korišćenje drugih lekova koji potencijalno stupaju u interreakciju sa statinima) koji su češći u ovoj dobnoj skupini.

Pacijenti sa umerenim rizikom su oni koji nemaju dokazanu vaskularnu bolest, ali imaju nizak HDL holesterol, LDL holesterol koji je lako povišen i multiple faktore rizika za kardiovaskularnu bolest (hipertenziju, pušenje, viscerálni tip gojaznosti). U njih treba obazrivo razmotriti neophodnost terapije statinima.

Kliničke studije su pokazale da je uspešnost terapije statinima u prevenciji kardiovaskularnih događaja proporcionalna postignutom sniženju LDL holesterola. U skladu sa ovim, terapijski ciljevi pri lečenju populacije starih treba da budu isti kao i u mlađoj dobnoj skupini, odnosno za visoko rizične pacijente LDL holesterol treba da bude manji od 2,5 mmol/L, tj. da pokušamo sa njegovim smanjenjem za 40% u odnosu na početne vrednosti.

Osnovna preporuka za lečenje HLP u starijih osoba je primeniti individualan pristup svakom pacijentu i na osnovu kliničke procene i trenutnog zdravlja pacijenta odlučiti se za vrstu terapije.

LITERATURA:

1. Cowell SJ, Newby DE, Prescott RJ, et al. A randomized trial of intensive lipid-lowering therapy in calcific aortic stenosis. *N Engl J Med* 2005;352:2389-97.
2. Rea TD, Breitner JC, Psaty BM, et al. Statin use and the risk of incident dementia: the cardiovascular health study. *Arch Neurol* 2005;62:1047-51.
3. Node K, Fujita M, Kitakaze M, et al. Short-term statin therapy improves cardiac function and symptoms in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. *Circulation* 2003;108:839-43.
4. Agarwal R, Curley TM. The role of statins in chronic kidney disease. *Am J Med Sci* 2005;330:69-81.
5. Houterman S, Verschuren WM, Hofman A, et al. Serum cholesterol is a risk factor for myocardial infarction in elderly men and women: the Rotterdam study. *J Intern Med* 1999;246:33.
6. Frost PH, Davis BR, Burlando AJ, et al. Serum lipids and the incidence of coronary heart disease. *Circulation* 1996;94:2388.
7. Kronmal RA, Cain KC, Ye A, et al. Total serum cholesterol levels and mortality risk as a function of age: a report based on the Framingham data. *Arch Int Med* 1993;153:1065-73.
8. Abrams J, Vela BS, Coulter DB, et al. Coronary risk factors and their modification: lipids, smoking, hypertension, oestrogen, and the elderly. *Curr Probl Cardiol* 1995;20:610.

9. Ettinger WH, Wahl PW, Kuller LH, et al. Lipoprotein lipids in older people: results from the cardiovascular health study. *Circulation* 1992;86:858-69.
10. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease; a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1999;282:2340-6.
11. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4,444 patients with coronary heart disease. *Lancet* 1994;344:1383-9.
12. Sacks FM, Tonkin AM, Shepherd J, et al. Effect of pravastatin on coronary disease events in subgroups defined by coronary risk factors. *Circulation* 2000;102:1893-900.
13. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996;335:1001-9.
14. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *New Eng J Med* 1995;333:1301-7.
15. Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998;339:1349-57.
16. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996;335:1001-9.
17. Heart Protection Collaboration Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 2002;360:7-22.
18. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;360:1623-30.
19. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-96.
20. Briel M, Studer M, Glass TR, et al. Effects of statins on stroke prevention in patients with and without coronary heart disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;117:596-606.
21. Adult Treatment Panel III. Executive summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP). *JAMA* 2001;285:2486-97.
22. Ko D, Mamdani M, Alter D. Lipid lowering therapy with statins in high-risk elderly patients: the treatment risk paradox. *JAMA* 2004;291:1864-70.
23. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002;288:462-7.
24. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, et al. Long term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 2002;288:461.
25. Genest J, Frohlich J, Fodor G, et al. Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: summary of the 2003 update. *CMAJ* 2003;169:921-4.
26. Shepherd J. A prospective study of pravastatin in the elderly at risk: new hope for older persons. *Am J Geriatr Cardiol* 2004;13(3 Suppl 1):S17-24.

HRONIČNA OPSTRUKCIJSKA BOLEST PLUĆA (HOBP) MOGUĆNOSTI ZBRINJAVANJA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Vidimka Tošić

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Američko torakalno društvo (American Thoracic Society) i Evropsko respiratorno udruženje (European Respiratory Society) su 1995. godine konsensusom doneli Standarde za dijagnozu i lečenje pacijenata sa hroničnom opstruktivnom bolesti pluća. Ovaj dokument je inoviran 2001. godine s ciljem da se unapredi kvalitet zbrinjavanja obolelih od HOBP, a posebno promoviše koncept da je HOBP oboljenje koje je moguće lečiti. Novina je i deo dokumenta koji je namenjen obolelima i on pruža praktične informacije u vezi sa svim aspektima oboljenja, ali i promoviše zdrave stilove života koji su u vezi sa HOBP.

DEFINICIJA - KLUJUĆNE TAČKE

- Glavni pojedinačni etiološki faktor za nastajanje HOBP je pušenje cigareta.
- Oboljenje je moguće prevenirati i lečiti.
- HOBP se karakteriše ograničenjem protoka vazduha u ekspirijumu (opstrukcijom) koje nije potpuno reverzibilno.
- Oboljenje je progresivno i karakteriše se nenormalnim inflamatornim odgovorom pluća na udisanje štetnih noksi.
- Pored oštećenja pluća, izaziva i značajne sistemske promene.

HOBP I DRUGI KLINIČKI ENTITETI

HOBP čine dva klinička entiteta: ***hronični bronhitis*** koji se definije kao hronični produktivni kašalj tokom najmanje tri meseca u najmanje dve uzastopne godine kod obolelih kod kojih su drugi uzroci produktivnog kašla isključeni i ***emfizem pluća*** čija je definicija zasnovana na patološkim promenama u plućima koje se sastoje u permanentnom uvećanju disajnih prostora distalno od terminalnih bronhiola i destrukciji njihovih zidova a bez očigledne fiboze. Kod obolelih se oba entiteta mogu javiti istovremeno, obično jedan od njih dominira, a ponekad je teško utvrditi koliki je udeo svakog od njih.

Astma je zaseban klinički entitet, ali često koegzistira sa HOBP. Astma se od HOBP razlikuje u etiologiji, patogenezi, kliničkom toku, ali je diferencijalnodijagnostički najznačajnija reverzibilnost opstrukcije pod dejstvom bronhodilatatora. Reverzibilnost ne mora biti potpuna.

Druga oboljenja povezana sa slabo reverzibilnom opstrukcijom protoka vazduha su bronhiekstazije, cistična fibroza i fibroza nakon preležane tuberkuloze.

EPIDEMIOLOGIJA

HOBP je jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta širom sveta, u SAD i u Evropi četvrti među uzrocima mortaliteta. Stopa morbiditeta usled HOBP raste s godinama života i još uvek je veća kod muškaraca nego kod žena. Međutim, stopa mortaliteta kod žena usled HOBP se udvostručila u poslednjih 20 godina. I u Srbiji je HOBP, prema postojećim podacima, četvrti od svih uzroka smrtnosti.

Smatra se da kod velikog broja obolelih bolest nije dijagnostikovana i da se oboleli obraćaju lekaru tek u odmakloj fazi oboljenja, najčešće onda kada se opstrukcija spirometrijski definiše kao srednje teška.

FAKTORI RIZIKA

Pušenje je glavni pojedinačni faktor rizika za nastajanje HOBP. Prema National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES) studiji HOBP kod osoba muškog pola je otkrivena kod 14,2% pušača, 6,9% bivših pušača i 3,3% osoba koje nikada nisu pušile. Među ženama prevalenca HOBP, prema ovoj studiji, bila je 13,6% kod pušača, 6,8% kod bivših pušača i 3,1% kod žena koje nikada nisu pušile.

Pored pušenja, spoljašnji faktori rizika su i socio-ekonomsko stanje, zanimanje, zagadenje životne sredine, prenatalni faktori i bolesti u detinjstvu, ponavljane bronhopulmonalne infekcije i ishrana. Ovo su tzv. promenljivi faktori rizika i prevencija je bazirana na delovanje na ove faktore. Nepromenljivi su tzv. unutrašnji faktori rizika: genetski faktori, pol, hiperreaktivnost disajnih puteva i nivo IgE i astma.

Od genetskih faktora najznačajniji je deficijencija alfa - 1-antitripsina i sve obolele kod kojih bolest počinje rano (u četvrtoj, odnosno petoj deceniji života) trebalo bi testirati na nedostatak alfa-1-antitripsina.

HOBP se češće javlja kod muškaraca nego kod žena. Međutim, najnovija istraživanja pokazuju da muški pol nije faktor rizika za nastajanje ove bolesti.

PATOLOGIJA I PATOFIZIOLOGIJA HOBP

Patološke promene u HOBP se događaju na nivou centralnog disajnog puta, perifernih disajnih puteva, plućnog parenhima i krvnih sudova pluća. U osnovi je inflamatorni odgovor na udisanje štetnih čestica i karakteriše se nakupljanjem ćelija zapaljenja u različitim delovima pluća. Ova slika inflamacije je značajno različita od one koja se viđa u inflamaciji kod astme. Inflamacija može perzistirati i nakon prestanka ekspozicije štetnim noksama.

Disbalans proteaza i antiproteaza kao i tzv. oksidativni stres doprinose destrukciji ekstracelularnog matriksa.

Posledice navedenih patoloških procesa su: hipersekrecija mukusa, cilijarna destrukcija, ograničenje protoka vazduha i hiperinflacija, abnormalna razmena gasova, plućna hipertenzija i sistemske efekte.

DIJAGNOZA I PRIRODNA ISTORIJA HOBP

Prema najčešćem navođenim statističkim podacima HOBP se dijagnostikuje kod samo 15-20% pušača.

Uopšteno, HOBP je progresivno oboljenje, posebno kod osoba koje su i nakon pojave simptoma izložene faktorima rizika. Međutim, bolest može progredirati i nakon prestanka ekspozicije faktorima rizika. Prema Lung Health Study godišnji pad FEV 1 kod muškaraca koji su prestali da puše bio je 30,2 ml a kod žena 21,5 ml. Kod muškaraca koji su nastavili da puše godišnji pad FEV 1 bio je 66,1 ml a kod žena koje su nastavile da puše 54,2 ml.

Oboljenje ima različit prirodni tok. Očigledni simptomi bolesti obično počinju u srednjim godinama kada je bolest, prema spirometrijskim kriterijumima, već umerene težine.

Dijagnozu HOBP treba razmotriti kod svake osobe koja kašlje i iskašljava i/ili ima dispnoju i/ili je bila izložena faktorima rizika za oboljevanje, kao i kod osoba koje imaju česte respiratorne infekcije. Značajni podaci iz istorije bolesti su i ranija oboljenja i stanja (astma, alergije, druga respiratorna oboljenja), HOBP ili druga respiratorna oboljenja u porodici, podaci o komorbiditetu i neočekivanom gubitku telesne težine.

Dijagnoza HOBP se potvrđuje spirometrijom: **vrednost FEV 1 / FVC nakon bronhodilatatora manja od 0,7** potvrđuje postojanje opstrukcije koja nije potpuno reverzibilna.

KLASIFIKACIJA HOBP PREMA TEŽINI

Prema najnovijim shvatanjima, bolest postoji i onda kada osoba još uvek nije svesna da je obolela, odnosno onda kada je izložena faktorima rizika i postoji predispozicija za nastajanje oboljenja. To je tzv. **multi stadijum** bolesti i tada obično postoji kašalj i hronično stvaranje sputuma iako je plućna funkcija još uvek normalna.

Težina bolesti	Postbronhodil. FEV 1 / FVC	FEV 1 % pred
Na riziku	> 0,7	> 80
Laka HOBP	< 0,7	> 80
Umerena HOBP	< 0,7	50 - 80
Teška HOBP	< 0,7	30 - 50
Vrlo teška HOBP	< 0,7	< 30

Laka HOBP se definiše kao blago ograničenje protoka vazduha kroz disajne puteve, obično postoji kašalj i hronično stvaranje sputuma, a ni u ovom stadijumu većina obolelih nije svesna postojanja oboljenja.

Srednje teška ili umerena HOBP, pored jasnih spirometrijskih pokazatelja, karakteriše se progresijom simptoma sa otežanim disanjem koje se tipično ispoljava pri naporu.

Teška i vrlo teška HOBP značajno ugrožava kvalitet života obolelog, tegobe su veoma izražene, a egzacerbacije bolesti mogu da ugroze život obolelog. U ovom stadijumu vrednosti spirometrijskih parametara su veoma niske, ali bez obzira na njih, HOBP svrstavamo u ovaj stadijum kad god postoji respiratorna insuficijencija ili klinički znaci slabosti desnog srca (tab.1).

Za procenu bolesnika sa srednje teškom, teškom i vrlo teškom HOBP, pored spirometrije potrebna su i sledeća ispitivanja:

- Bronhodilatacijski test reverzibilnosti kojim isključujemo astmu i predviđamo efekat bronhodilatatora
- Probni test sa inhalacionim glikokortikoidima (6 nedelja do 3 meseca) kojim se identifikuju bolesnici pogodni za ovu vrstu lečenja
- Radiografiju grudnog koša kojim isključujemo druga oboljenja
- Merenje gasova u krvi kod svih bolesnika čiji je FEV 1 manji od 40% predviđene vrednosti ili postoje klinički znaci respiratorne insuficijencije (cijanoza) ili slabosti desnog srca (edemi, nabrekle vene na vratu)

Pored spirometrije, rutinski bi trebalo raditi BMI (Body Mass Index), procenu težine dispnoje, a kod mlađih sa opstrukcijom i testiranje na alfa 1 - antitripsin.

Vrednost BMI manja od 21 udružena je sa povećanim rizikom od smrti kod obolelih od HOBP.

Procena dispnoje, kao pokazatelja funkcionalnog stanja bolesnika vrši se uz pomoć Deskriptivne skale dispnoje (Medical Research Council Dyspnoea Scale).

Kod mlađih osoba sa opstrukcijom (osoba u 4. odnosno 5. deceniji života) rutinski bi trebalo raditi test na alfa 1 - antitripsin deficijenciju.

ZBRINJAVANJE OBOLELIH OD HOBP

Ciljevi efikasnog zbrinjavanja obolelih od HOBP su:

- Sprečiti progresiju bolesti
- Ublažiti simptome
- Poboljšati podnošenje fizičkog napora
- Poboljšati opšte zdravstveno stanje
- Sprečiti i lečiti komplikacije bolesti
- Sprečiti i lečiti egzacerbacije bolesti
- Smanjiti mortalitet i
- Sprečiti ili svesti na najmanju moguću meru neželjene efekte lečenja

Prestanak pušenja bi trebalo da bude jedan od ciljeva programa zbrinjavanja.

MEDIKAMENTOZNA TERAPIJA HOBP

Za sada nema lekova koji modifikuju opadanje funkcije pluća. Uopšeno je pravilo da se prednost daje lekovima koji se unose inhalacionim putem, a da je kombinacija više lekova efikasnija od pojedinačnih efekata.

Bronhodilatatori (beta-2-agonisti, antiholinergici, metilksantini) su osnovni lekovi u lečenju stabilne HOBP. Primenuju se po potrebi za ublažavanje

povremenih simptoma, ili redovno za sprečavanje ili smanjenje intenziteta trajnih simptoma. Kod redovne primene bronhodilatatora prednost imaju dugodelujući u odnosu na kratkodelujuće, a inhalacioni imaju prednost nad sistemskim. Kada su u pitanju metilksantini, preporučuju se sporooslobađajući oblici.

Izbor između beta-2-agonista, antiholinergika, metilksantina ili kombinovane terapije zavisi od odgovora svakog bolesnika u pogledu efikasnosti i ispoljavanja neželjenih efekata. Kombinovanje lekova različitih mehanizama i trajanja delovanja može da poveća stepen bronhodilatacije uz manje sporednih efekata.

Redovnu terapiju bronhodilatatorima u stabilnoj fazi bolesti treba sprovoditi putem doziranog aerosola, a u fazama pogoršanja treba ih davati putem nebulizatora.

Efekti bronhodilatatora su:

- Relaksacija glatkih mišića disajnih puteva
- Povećanje vrednosti FEV 1 koje je relativno malo, ali je praćeno redukcijom rezidualnog volumena i odlaganjem početka dinamičke hiperinflacije tokom napora.

Oba ova efekta utiču na smanjenje dispnoje.

Neki od kliničkih efekata bronhodilatatora:

- Kratkodelujući bronhodilatatori povećavaju toleranciju na fizički napor
- Dugodelujući inhalacioni beta-2-agonisti redukuju simptome, smanjuju upotrebu drugih lekova i produžavaju vreme između egzacerbacija
- Kombinacija kratkodelujućih beta-2-agonista (salbutamol) i antiholinergika (ipratropium) izazivaju značajnije spirometrijske promene nego svaki od ovih agenasa pojedinačno
- Kombinacija dugodelujućih beta-2-agonista i teofilina dovode do značajnijih spirometrijskih promena nego svaki od ovih agenasa pojedinačno
- Tiotropijum poboljšava opšte stanje, redukuje egzacerbacije i broj hospitalizacija značajnije nego ipratropijum
- Teofilin je slab bronhodilatator sa antiinflamatornim osobinama. Sporooslobađajući preparati imaju poboljšane farmakokinetske osobine i veću terapijsku širinu

Glikokortikoidi imaju antiinflamatorno dejstvo, ali je ono u HOBP mnogo skromnije nego u lečenju astme. Najveći efekat su inhalacioni glikokortikoidi pokazali kod bolesnika sa $FEV 1 < 50\%$ predviđene vrednosti u smislu smanjenja broja egzacerbacija i poboljšanja opšteg stanja.

Neke studije pokazuju da inhalacioni glikokortikoidi imaju neku ulogu u smanjenju smrtnosti od HOBP.

Ima rezultata koji govore da dugodelujući inhalacioni beta-2-agonisti u kombinaciji sa inhalacionim glikokortikoidima poboljšavaju disajnu funkciju i smanjuju intenzitet simptoma.

Uopšteno, glikokortikoidi su pogodni za redovnu primenu samo kod bolesnika sa simptomatskim poboljšanjem i potvrđenim spirometrijskim odgovorom na inhalacione glikokortikoide ili kod bolesnika sa niskim FEV 1 i ponavljanim

egzacerbacijama koje zahtevaju lečenje antibioticama i sistemskim kortikosteroидима. Ne preporučuje se dugotrajno lečenje sistemskim glikokortikoidima.

NEMEDIKAMENTOZNA TERAPIJA HOBP

Dugotrajna oksigenoterapija (DOT) je indikovana kod obolelih od HOBP kod kojih je:

- PaO₂ (parcijalni pritisak kiseonika u arterijskoj krvi) manji od 7,3 kPa, a saturacija hemoglobina kiseonikom (SaO₂) 88% ili manje, ili
- PaO₂ između 7,3 i 7,8 kPa ako postoji plućna hipertenzija ili hronično plućno srce i policitemija

Terapijski cilj je da se poveća bazna vrednost PaO₂ u mirovanju na najmanje 8 kPa i da se postigne saturacija od najmanje 90%, što će zaštititi funkciju vitalnih organa.

Dugotrajna primena kiseonika (više od 15 sati dnevno) kod bolesnika sa hroničnom respiratornom insuficijencijom produžava preživljavanje i povoljno utiče na plućni arterijski pritisak, policitemiju (hematokrit veći od 55), fizičku sposobnost, plućnu mehaniku i mentalno stanje.

Protok kiseonika je između 1 i 3 l/min. Bezbedniji su niži protoci (do 1,5 l/min.), a trajanje treba da bude 15-18 sati.

Pulmonalna rehabilitacija se definiše kao multidisciplinarni program nege bolesnika sa hroničnim respiratornim oštećenjem, koji je individualno planiran. Cilj je da se postigne najbolje moguće fizičko i socijalno funkcionisanje i samostalnost.

Program sveobuhvatne pulmonalne rehabilitacije uključuje: edukaciju (promocija zdravog načina života, prihvatanje ordinirane terapije, dozirana fizička aktivnost, način ishrane, psihosocijalna podrška), vežbe disanja, položajna drnaža...

Očekivani rezultati su: smanjenje intenziteta simptoma uključujući i dispnoju, poboljšanje fizičkih sposobnosti i poboljšanje opšteg stanja. Efekti na plućnu funkciju su minimalni.

LEČENJE STABILNE HOBP

Stabilna HOBP može se manifestovati intermitentnim (kašalj, vizing, dispnoja pri naporu) ili perzistentnim simptomima (dispnoja, budjenje tokom noći).

Kod postojanja **intermitentnih simptoma** obično je dovoljna primena **kratkodelujućih bronhodilatatora po potrebi** (inhalačioni beta -2-agonist, anti-holinergik, njihova kombinacija).

Postojanje **perzistentnih simptoma** zahteva redovnu terapiju **dugodelujućim bronhodilatatorima u kombinaciji sa kratkodelujućim** po potrebi i, kod odabranih bolesnika, **inhalačione kortikosteroide**. Ukoliko prethodne kombinacije nisu efikasne, uključuje se i **dugodelujući oralni teofilinski preparat**.

EGZACERBACIJA HOBP

Egzacerbacija je pojава tokom prirodnog toka bolesti, koja se karakteriše promenama u intenzitetu i osobinama dispnoje, kašla i ispljuvka. Na osnovu ovih karakteristika težina egzacerbacije se svrstava u jedan od tri nivoa.

Nivo I podrazumeva egzacerbaciju HOBP koja je lakog do umerenog stepena u stabilnom stanju bolesti, kod bolesnika kod kojih najverovatnije ne postoji komorbiditet i koji su hemodinamski stabilni. Na ovom nivou bolesnik ne koristi pomoćnu disajnu muskulaturu, nema tahipnoje, i simptomi se ne održavaju nakon inhalacione terapije.

Pored fizičkog pregleda, ovim bolesnicima potrebno je još uraditi proveru SaO₂ u krvi i po mogućству koncentraciju lekova u krvi (metilksantini, varfarin, benzodiazepini, digoksin).

Lečenje egzacerbacije ove težine odvija se u kući obolelog i podrazumeva: edukaciju (provera tehnike inhalacije, razmatranje upotrebe spejsera), kratkodelujuće bronhodilatatore (beta-2-agoniste - salbutamol, terbutalin i/ili ipratropijum), a treba razmotriti dodavanje dugodelujućeg bronhodilatatora ako do tada nije uveden. Može se eventualno uvesti u terapiju prednison 30-40 mg dnevno, oralno, 10-14 dana i trebalo bi razmotriti upotrebu inhalacionog kortikosteroida. Kod pacijenata sa izmenjenim ispljuvkom uvesti antibiotik (amoksicilin, ampicilin, cefalosporini, doksiciklin, makrolidi).

Nivo II je pogoršanje srednje teške do teške HOBP, gde su prisutna komorbidna stanja, bolesnik koristi pomoćnu disajnu muskulaturu i tahipnoičan je, ali je hemodinamski stabilan. Simptomi će se najverovatnije održavati nakon inhalacione terapije i ovo pogoršanje zahteva hospitalizaciju, ukoliko odgovor na inicijalnu terapiju nije zadovoljavajući.

Nivo III egzacerbacije se može definisati na isti način kao i nivo II, s tim što su ovi bolesnici hemodinamski po pravilu veoma nestabilni i leče se u jedinicama intenzivne nege.

Najčešća komorbidna stanja udružena sa lošom prognozom su: pneumonija, srčana aritmija, kongestivna srčana insuficijencija, koronarna bolest, dijabetes i slabost bubrega i jetre.

Indikacije za hospitalizaciju su: postojanje visokorizičnih komorbidnih stanja, neadekvatan odgovor na inicijalnu terapiju, uočljivo pogoršanje dispnoje, otežano uzimanje hrane ili poremećen san zbog disajnih tegoba, pogoršanje hipoksemije i/ili hiperkapnije, promene mentalnog stanja, nesposobnost bolesnika da brine o sebi, nejasna dijagnoza i nedovoljne mogućnosti za kućno lečenje i negu.

HOBP I HIRURGIJA

HOBP nije apsolutna kontraindikacija za operaciju, iako prisustvo ove bolesti uvećava rizik od postoperativnih komplikacija za 2,7 do 4,7 puta (operacije u blizinu dijafragme još više uvećavaju ovaj rizik).

Rizik smanjuje preoperativna priprema koja podrazumeva prestanak pušenja 4-8 nedelja pre operacije, kao i poboljšanje disajne funkcije i opštег stanja maksimalno moguće.

Rizik smanjuju i rana postoperativna mobilizacija, vežbe disanja i dobra analgezija.

Hirurgija u cilju lečenja HOBP uključuje bulektomiju, resekciju pluća radi smanjenja volumena i transplantaciju pluća.

HOBP I ISHRANA

Pothranjenost u HOBP, odnosno gubitak mišićne mase značajno utiče na mortalitet, onesposobljenost i hendikep. Pothranjenost je posledica neravnoteže između energetskog unosa i potrošnje, dok je gubitak mišićne mase posledica neravnoteže između sinteze i degradacije proteina. U odmakloj fazi HOBP oštećeni su i energetski i proteinski balans.

Pothranjenost se definiše kao BMI < 21, značajan gubitak u telesnoj težini je gubitak od 10% u poslednjih 6 meseci ili gubitak od 5% u poslednjih mesec dana.

Uravnotežena ishrana, zajedno sa fizičkim vežbama je važna terapijska mera.

HOBP I SPAVANJE

HOBP često koegzistira sa sleep apnea sindromom.

Desaturacija tokom sna bolesnika sa HOBP je značajnija nego tokom maksimalnog fizičkog napora. Zbog toga je noćna oksigenoterapija veoma značajna.

Veoma je važno izbegavati hipnotike kod ovih bolesnika jer dovode do depresije respiratornog centra.

PREPORUKE

- Vakcina protiv gripa smanjuje smrtnost ovih bolesnika za oko 50%
- Antibiotici se preporučuju samo kod sigurne bakterijske infekcije
- Mukolitici se ne preporučuju u lečenju HOBP
- Antitusici su kontraindikovani u lečenju stabilne HOBP
- Respiratori stimulansi se ne preporučuju za redovnu upotrebu
- Rehabilitacija je obavezna terapijska mera u lečenju HOBP

ETIČKA I PITANJA PALIJATIVNE NEGE OBOLELIH OD HOBP

Za adekvatno zbrinjavanje obolelih od HOBP u vaninstitucionalnim uslovima neophodni su uslovi koji u većini slučajeva u našoj zemlji nedostaju. Pre svega se misli na dostupnost odgovarajuće opreme: koncentratore kiseonika, pulsne oksimetre, maske sa pozitivnim pritiskom i mogućnost kontrole gasova u krvi. Pored opreme, značajan je i nedostatak edukovanog osoblja za zbrinjavanje i praćenje obolelih u okviru primarne zdravstvene zaštite.

Prepoznavanje ovih bolesnika kao kandidata za palijativnu negu i nerazvijenost ove vrste nege u našim uslovima je takođe jedno od značajnih pitanja koja treba rešavati. Jedno od važnih i teških etičkih pitanja je i odluka o primeni veštačke ventilacije.

Usistemu integrisane zdravstvene zaštite ova kategorija obolelih bi mogla biti adekvatno zbrinuta. U ovakovom sistemu ***uloga primarne zdravstvene zaštite***

bi bila pre svega u prevenciji (prevencija pušenja i odvikavanje od pušenja, edukacija o zdravim stilovima života), zatim u ranom otkrivanju oboljenja i lečenju u fazi rizika i ranoj fazi manifestne bolesti, vakcinaciji i prevenciji egzacerbacije. Palijativna nega ovih bolesnika, uz odgovarajuće uslove, trebalo bi da bude u domenu primarne zdravstvene zaštite.

Povezanost primarne sa sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom, gde bi se lečile teže egzacerbacije i sprovodila rehabilitacija obolelih od HOBP je ključna za uspeh u lečenju obolelih od ove bolesti.

LITERATURA:

1. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1995;152: S77-S121.
2. Anto JM, Vermeire P, Vestbo J, Sunyer J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Resir J 2001; 17: 982-994.
3. Burge PS, Calverley PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. BMJ 2000; 320: 1297-1303.
4. Calverley PMA. Modern treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Resp J 2001; 18: Suppl. 34, 60s-66s.
5. Chavannes NH, Vollenberg JJH, Schayck CP van, Wouters EFM. Effects of physical activity in mild to moderate COPD: a systematic review. Br J Gen Pract 2002; 52: 574-578.
6. Chavannes NH. A palliative approach for COPD and heart failure. Eur J Pall Care 2001; 8: 225-227.
7. Elkington H, White P. Chronic obstructive pulmonary disease and primary care. Br J Gen Pract 2002; 52: 532-534.
8. Fagon JY, Chastre J. Severe exacerbations of COPD patients; the role of pulmonary infections. Semin Respir Infect 1996; 11: 109-118.
9. Hill KM, Muers MF. Palliative care for patients with non-malignant and stage respiratory disease. Thorax 2000; 55: 979-901.
10. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, Lydick E. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Arch Intern Med 2000; 160: 1683-1689.
11. Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, Oga T. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. Chest 2002; 121: 1434-1440.
12. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The European Respiratory Society Task Force. Eur Respir J 1995; 8: 1398-1420.
13. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS, the GOLD Scientific Committee. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-1276.
14. Petty TL, Casaburi R. Recommendations of the Fifth Oxygen Consensus Conference. Writing and organizing committees. Respir Care 2000; 45: 957-961.
15. Van Noord JA, de Munck DR, Bantje TA, Hop WC, Akveld ML, Bommer AM. Long-term treatment of chronic obstructive pulmonary disease with salmeterol and the additive effect of ipratropium. Eur Respir J 2000; 15: 878-885.

DEGENERATIVNA OBOLJENJA PERIFERNIH ZGLOBOVA U STARIH

Zvezdana Pašić

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

OPŠTE KARAKTERISTIKE REUMATSKIH BOLESTI

Reumatske bolesti su među najčešćim hroničnim bolestima i kao takve imaju veliki značaj u medicinskom, socijalnom i ekonomskom pogledu, jer s obzirom na prirodu bolesti dovode do smanjenja radne sposobnosti, invalidnosti, funkcionalne zavisnosti i poremećaja kvaliteta života, a ne retko i do skraćenja životnog veka.

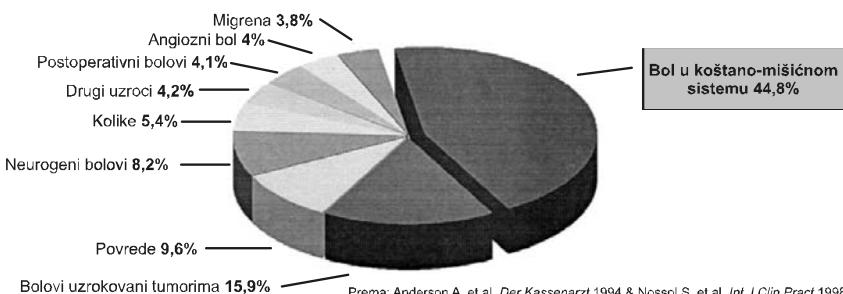
Oko 10 - 20% opšte populacije ima reumatske tegobe, a degenerativne reumatske bolesti čine polovinu hroničnih bolesti kod osoba starijih od 60 godina. Oko 80% osoba starijih od 60 godina ima radiološke znake osteoartroze, ali na sreću nemaju svi i subjektivne tegobe, odnosno kliničku ispoljenost. (1)

Prema morbiditetu bolesnika koji se leče i neguju u Gradskom zavodu za gerontologiju - Beograd, ove bolesti zauzimaju, već niz godina, jedno od prva tri mesta, posle kardiovaskularnih i duševnih bolesti.

Poslednjih godina napravljen je značajan progres u brizi za takve bolesnike, formiranjem nacionalnih udruženja u kojima pored zdravstvenih radnika učestvuju i bolesnici i članovi njihovih porodica, a sve pod pokroviteljstvom UN ili SZO. Tako je na njihovu inicijativu i period od 2000 - 2010 proglašen za dekadu kostiju i zglobova. (2, 3)

Reumatske bolesti su etiološki, klinički i terapijski vrlo heterogena grupa bolesti. Njihov glavni simptom je bol u strukturama lokomotornog aparata, a glavni znak je poremećaj funkcije zahvaćenog dela lokomotornog sistema, mada u nekim, prvenstveno zapaljenskim, odnosno sistemskim bolestima vezivnog tkiva, zahvaćeni su i drugi organi i sistemi.

Bol, kao glavni simptom mnogih oboljenja javlja se u najvećem procentu u ordinaciji lekara opšte medicine, upravo u koštano-mišićnom sistemu (44,8%).



Prema: Anderson A. et al. *Der Kassenarzt* 1994 & Nossol S. et al. *Int J Clin Pract* 1998

Grafikon 1 - Dijagnoze- uzroci bola u ordinaciji lekara opšte medicine (4)

DEGENERATIVNE REUMATSKE BOLESTI

Etiologija i patogeneza:

Ove bolesti zauzimaju značajno mesto u grupaciji reumatskih oboljenja.

To su vrlo česte, primarno nezapaljenske, hronične i lagano progresivne bolesti koje retko imaju sistemski karakter, ali se mogu komplikovati sekundarnim zapaljenjem i zahvatanjem vanzglobnih tkiva i organa.

Etiologija je nepoznata, ali genetski faktori, starenje i mehaničke sile uslovjavaju određene biohemiske promene u koštanom i hrskavičnom tkivu.

Degenerativne bolesti (artroze) najčešće se javljaju na zglobovima kolena, kuka, šake i kičme. Na svim zglobovima, osim na zglobu kuka gde su podjednako zastupljene, češće se javljaju kod žena nego kod muškaraca.

Osnovne promene se odvijaju na zglobnoj hrskavici. Hrskavica spada u potporna vezivna tkiva, ranije smatrana za braditropna, a danas se zna da je i te kako aktivna. Nastaje u petoj embrionalnoj nedelji iz mezenhimnog tkiva, a rast joj je apozicioni i inersticijalni. To je tkivo bez epitela, bez bazalne membrane, vaskularizacije i inervacije, a hrani se procesom difuzije iz sinovijske tečnosti, koja je ultrafiltrat plazme. Ključnu ulogu u toj ishrani igra fiziološka ravnoteža, umerenost između opterećenosti i rasterećenosti hrskavice koja dovodi do protoka tečnosti i stvaranja tankog filma između zglobnih površina koji umanjuje trenje. To je takozvana lubrikacija.

Zglobnu hrskavicu čine:

- hondrociti (1%), značajni u sintezi matriksa, produkciji metaloproteinaza i sintezi elemenata koji odžavaju ravnotežu anaboličkih i kataboličkih procesa,
- intercelularni matriks - hiperhidratisani gel koga čine voda (70%), proteoglikani, kolagen II, hijaluronska kiselina, nekolageni proteini i mineralne materije.

Osteoartroza je klinički heterogeno, multifaktoriјalno oboljenje sinovijskih zglobova, oboljeno mešavinom degradativnih, reparatornih i zapaljenskih promena u mekim tkivima zgloba, subhondralnoj kosti i zglobnoj hrskavici. Promene u osteoartrotičnoj hrskavici dešavaju se sledećim redom:

1. faza oštećenja matriksa (promene osmolarnosti i /ili električnog naboja);
2. odgovor hondrocyta na ležiju matriksa:
 - oslobođanje medijatora (azotoksid, interleukin 1, metaloproteinaze), destabilizacija kolagena II, ekspanzija agrekana;
 - reparatori odgovor (faktori rasta);
3. faza smanjenog odgovora hondrocyta na stimulanse, pri čemu dolazi do ireverzibilnih promena sa gubitkom prvo proteoglikana, a potom i kolagena. Te promene u matriksu čine ga manje otpornim na mehanička opterećenja, čime se nastavlja circulus vitiosus između mehaničkih i biohemiskih procesa. (5)

Osteoartroza zahvata sve zglobne strukture, uključujući i subhondralnu kost koja je jasno sklerozirana i fokalno ogoljena, sa pojavom subhondralnih cista. Oblik zgloba je izmenjen kako zbog navedenih promena tako i zbog novostvorenih tvorevina - osteofita, koji mogu biti rubni, kapsularni ili centralni i kao takvi umanjuju obim pokreta i doprinose pojavi bola.

Tabela 1.- Podela artroza prema etiologiji

- I. Primarne
 - Idiopatska artroza
 - Generalizovana artroza
 - Artroza sa erozijama i zapaljenskom reakcijom
- II. Sekundarne
 - Zbog naslednih promena ili poremećaja razvoja
 - a) displazija kuka,
 - b) nenormalnosti vrata femura.
 - c) protruzija acetabuluma,
 - d) multipla epifizna displazija.
 - Zbog povreda (akutne teške povrede ili ponavljane blage povrede)
 - Zbog zapaljenskih oboljenja zglobova
 - a) infekcijski artritis.
 - b) reumatoidni artritis,
 - c) drugi artritis.
 - Zbog metaboličkih poremećaja
 - a) giht,
 - b) hondrokalcinoza,
 - c) hcmohromatoza,
 - d) ohronoza,
 - e) *Willsonova bolest*.
 - Zbog endokrinih poremećaja
 - a) diabetes mellitus,
 - b) akromegalija,
 - c) poremećaji polnih hormona.
 - d) hiperparatiroidizam
 - Zbog porodičnih naslednih poremećaja
 - a) poremećaj kolagena tipa II,
 - b) poremećaj i povećana elastičnost kolagena kapsule
(npr. *Ehlers-Danlosov sindrom*)
 - Zbog neuropatskih poremećaja
 - a) tabes dorsalis - *Charcotova artropatija*,
 - b) siringomijelija,
 - c) diabetes mellitus.
 - Ostali uzroci
 - a) hemartroze u bolestima krvi,
 - b) osteonekroza.

DIJAGNOSTIKA

Dijagnostičke kriterijume za osteoartroze je dao Američki koledž za reumatologiju na osnovu kliničkih, laboratorijskih i radioloških ispitivanja. (7,8)

Osteoartroza šaka:

Bol, osetljivost i ukočenost u šakama, sa još najmanje 3 kriterijuma:

- a) koštano zadebljanje najmanje 2 od 10 izabranih* zglobova
- b) otok najmanje 3 MCP zglobova
- c) koštano zadebljanje 2 ili više DIP zglobova
- d) deformacija najmanje jednog od 10 izabranih zglobova

*Izabrani zglobovi su PIP 2 i 3, DIP 2 i 3 i CMC 1 obe šake

Osteoartroza kolena:

1. Bol u kolenu

2. Osteofiti na radiografiji i još jedan od sledećih kriterijuma:

- a) nezapaljeni sinovijalni izliv u OA; starost preko 40 godina
- b) jutarnja ukočenost manja od 30 minuta
- c) krepitacije pri pokretima.

Osteoartroza kuka: Bol u kuku i ograničena pokretljivost sa najmanje dva od sledećih kriterijuma:

- a) osteofiti (femoralni ili acetabularni)
- b) suženje zglobnog prostora (gore, aksijalno i /ili medijalno)
- c) SE manja od 20 mm/h.

Laboratorijski nalazi nisu specifični za dijagnozu artroza. Nema značajnih promena u SE, KS i biohemiji, a RF i ANA nalazimo u krvi u istim procentima kao i kod zdravih ljudi. Ipak, laboratorija nam pomaže u isključivanju drugih bolesti značajnih za diferencijalnu dijagnozu, posebno zapaljenih reumatskih bolesti.

Radiološki nalaz karakteriše:

- neravnomerno suženje zglobnog prostora
- subhondralna skleroza kosti
- ciste u zglobnim okjcima
- osteofitoza na ivicama zglobnih okrajaka.

KLINIČKA OBELEŽJA ARTROZA

Tabela 2 - Klinička obeležja artroza (6)

Obeležje	Karakteristike
Starost	Sимптоми и знаци се ретко испољавају пре 40. године живота, осим код секундарних артоза када је могућа и ранја појава.
Zахваћени зглобови	Често - дистални интерфалангни, проксимални интерфалангни, први карпометакарпали, кук, колено, први метатарзофалангни, доњи лумбални и вратни прслjenovi. Ретко - метакарпофалангни зглобови, зглобови руџа, лактова, рамена (осим после повреде).
Симптоми	Бол сеjavlja при покретима (нaročiо izražen при првим покретима и након дуже активности) а попушта у току мirovanja; укоčеност зглобова која траје < 30 минута; осеćај nestabilnosti и nesigurnosti при upotrebi зглоба.
Знаци	Локална osetljivost; krepitacije при покретима; tvrdо uvećanje зглоба zbog hipertrofije kosti и hrskavice; ограничена pokretljivost; povećan obim pokreta (ретко); sinovitis (redak); teže deformacije (retke).
Izliv u зглобу	Javlja se ретко.
Pojava болести	Postepeno испољавање симптома и знакова и споро pogoršање stanja.
Sistemske pojave	Retke.
Права kostna ankiloza	Veoma retka.

TERAPIJA OSTEOARTROZE

Cilj lečenja je:

- smanjiti bol;
- popraviti funkciju lokomotornog sistema, korigovati deformitete;
- poboljšati kvalitet života.

Terapija je:

- nefarmakološka
- farmakološka
- hirurška.

Nefarmakološka podrazumeva:

- edukaciju bolesnika,
- smanjenje telesne mase,
- fizikalnu terapiju,
- radnu terapiju.

Farmakološka obuhvata:

- aspiraciju slobodne tečnosti i intraartikularno давање kortikosteroida produženog delovanja;
- primenu analgetika (paracetamol do 4 g/dan);
- lokalnu primenu antireumatske masti ili gela;
- uvođenje malih doza NSAIL (u slučaju neefikasnosti uvesti punu dozu);
- primena bolest modifikujućih lekova.

Hirurška terapija za terminalne stadijume sa teškom disfunkcijom i bolom:

- lavaža i/ili artroskopski debridman;
- hirurške procedure (osteotomija, artroplastika, artodeza). (9)

NESTEROIDNI ANTIINFLAMATORNI LEKOVI (NSAIL)

Prema epidemiološkim studijama oko 30 miliona ljudi u svetu uzima NSAIL svakog dana. Počeci njihove primene pripadaju davnoj prošlosti, još iz vremena Hipokrata, kada su korišćeni ekstrakti vrbine kore i lišća bogati salicinom za ublažavanje bola i groznice, preko 1897.godine i sinteze acetilsalicilne kiseline (F. Hoffmann), pa do 1994.godine i pronalaska COX-2 inhibitora.

Mehanizam dejstva se zasniva na inhibiciji enzima ciklooksigenaze kojim se zaustavlja konverzija arahidonske kiseline do prostaglandina (PG). Međutim, utvrđeno je da oni kompromituju i neke fiziološke funkcije PG (agregacija trombocita, zaštita sluznice želuca, održavanje protoka krvi kroz bubrege), čime se ispoljavaju njihovi brojni neželjeni efekti.

Tek otkrićem selektivne ciklooksigenaze i COX-2 inhibitora započeta je nova strategija u lečenju bola i inflamacije. Nove preporuke ističu da su COX-2 inhibitori alternativa za pacijente kod kojih je acetaminofen nedovoljno efikasan kao i kod pacijenata sa povećanim GI rizikom. Njihova efikasnost je slična kao kod konvencionalnih NSAIL, ali je registrovana znatno veća učestalost infarkta miokarda kao i gubitak antitrombocitne aktivnosti kod pacijenata sa dugotrajnim uzimanjem koksiba. (10)

Tabela 3 - Klasifikacija NSAIL prema relativnoj inhibiciji izoformi ciklooksigenaze

Pretežno COX-1 inhibitori COX-2/COX-1 > 1	Ekvipotentni inhibitori COX-2/COX-1 > 1 Diklofenak	Pretežno COX-1 inhibitori COX-2/COX-1 > 1 Meloksikam Nimesulid Etodolak	Specifični COX-2 inhibitori COX-2/COX-1 > 1 Celecoxib Refecoxib
Indometacin			
Naproksen			
Piroksikam			
Aspirin			
Ibuprofen			

Dužina poluvremena eliminacije leka - POLUŽIVOT - je značajan farmakokinetski parametar. Lekovi sa kratkim poluživotom (manjim od 6 h) - aspirin, diklofenak, ketoprofen, ibuprofen, indometacin, brže postižu odgovarajuću koncentraciju, ali je dnevno doziranje višekratno i postoje fluktuacije u koncentraciji leka u plazmi. Lekovi sa dugim poluživotom (više od 20 h) - meloksikam, piroksikam, tenoksikam, fenilbutazon, uzimaju se 1-2 puta dnevno, nemaju značajne fluktuacije, ali je potrebno duže vreme da postignu ravnotežu i postoje rizik od akumulacije. (11)

Neželjena dejstva su brojna i proizilaze iz njihove široke upotrebe. (12)

Tabela 4 - Neželjena dejstva NSAIL

<i>Lokalizacija</i>	<i>Vrsta</i>
<i>Gastrointestinalna</i>	<i>Dispepsija</i> <i>Gastroeozofagusni refluks</i> <i>Erozije</i> <i>Peptički ulkus</i> <i>Gasrtointestinalno krvarenje i perforacija</i> <i>Ulceracije tankog i debelog crevaca</i>
<i>Hepatička</i>	<i>Porast transaminaza</i> <i>Oštećenja hepatocita</i> <i>Holestaza</i>
<i>Renalna</i>	<i>Prolazni porast kreatinina</i> <i>Hiponatremija</i> <i>Akutna insuficijencija bubrega</i> <i>Intersticijski nefritis</i> <i>Hiperkaliemija</i> <i>Analgetска nefropatija</i>
<i>Hematoška</i>	<i>Trombocitopenija</i> <i>Neutropeniјa</i> <i>Aplastična anemija</i> <i>Hemolitička anemija</i>
<i>Kožna</i>	<i>Fotosenzitivnost</i> <i>Multiformni eritem</i> <i>Urtikarija</i> <i>Toksična epidermalna nekroliza</i>
<i>Respiratorna</i>	<i>Bronhospazam</i> <i>Pneumonitis</i>
<i>CNS</i>	<i>Glavobolja</i> <i>Vrtoglavica</i> <i>Aseptični meningitis</i>

Dokazani rizici za pojavu gastroduodenalnih ulceracija u toku primene NSAIL su: starost iznad 65 godina, predhodna ulkusna bolest, visoke doze ili više NSAIL istovremeno, istovremena primena glikokortikoida, trajanje lečenja kraće od tri meseca, ženski pol, pušenje, alkohol, Helicobacter pylori. Treba naglasiti da najveći rizik postoji u prvom mesecu, posebno prvoj nedelji korišćenja, kao i da ti neželjeni efekti ne zavise od puta unošenja leka (pored lokalnog postoje i sistemski efekti).

Profilaksa neželjenih efekata NSAIL na GIT podrazumeva:

- identifikovanje osoba sa visokim rizikom,
- propisivanje najniže moguće doze NSAIL ili upotrebu analgetika,
- ako su NSAIL neophodni, može se istovremeno propisati inhibitor protonske pumpe ili blokator H₂ receptora,
- u osoba sa visokim rizikom propisati COX-2 inhibitore,
- eradikacija infekcije izazvane sa Helicobacter pylori. (13)

Terapijski principi:

- terapijski odgovor na određeni lek iz grupe NSAIL je individualan, pa treba težiti optimalnom izboru leka za svakog pacijenta,
- primenjivati samo jedan lek iz grupe u određenom vremenskom periodu,
- efekat terapije procenjuju i bolesnik i lekar tek nakon 10-15 dana,
- stalno imati na umu neželjene efekte i interakcije,
- pojedinačne doze za postizanje antiinflamacijskog dejstva veće su za 50% u odnosu na doze leka koje imaju analgetski efekat,
- kod starijih od 65 godina (zbog drugih pridruženih bolesti, smanjene funkcije bubrega i jetre) rizik od štetnih efekata NSAIL je povećan, pa doza leka mora biti što niža, ali terapijski dovoljna i ne treba davati lekove sa dugim poluživotom.

BOLEST MODIFICIRAJUĆI LEKOVI U TERAPIJI OSEOARTROZE

U skorije vreme pojavili su se lekovi koji bi mogli da menjaju, odnosno utiču na tok bolesti u osteoartrozi. Prvo su nazvani hondroprotektorima, ali kako deluju i na druge strukture zgloba osim hrskavice, početkom ovog milenijuma su nazvani bolest modificirajućim lekovima u tretmanu osteoartroze (DMOAD).

Zajedničke osobine ovih lekova su:

- a) različit stepen inhibicije kataboličkih procesa u hrskavici i okolonom tkivu,
- b) stimulacija anaboličkih procesa u matriksu preko više tipova faktora rasta i aktivnih metabolita.

Danas se DMOAD mogu podeliti u više grupa (14):

1. NUTRICIJENSI (Glukozamin sulfat, Hidroitin sulfat, Galaktozamino-glukuronoglikan sulfat, Avokado-soja, Ekstrat đumbira);
2. HEPARINOIDI (Glikozaminoglikan polisulfat, GP-C, Penthosan polisulfat),
3. VISKOSUPLEMENTI (Derivati hijaluronske kiseline),
4. BAZIČNI SPORODELUJUĆI DMOAD (Diacerhein, Doksiciklin, Chlorochin),
5. OSTALI LEKOVI (Tribenoside, Capsaicin).

U perspektivi je indikovano uključenje novih agenasa iz grupe anticitokinskih lekova, tipa blokatora IL 1 ili blokatora TNF alfa. Prva iskustva govore o snažnom antiinflamatornom efektu ovih lekova, ali i o značajnim relapsima nakon obustavljanja terapije. Budućnost će pokazati prave odgovore.

LITERATURA:

1. Emery P. Rheumatology highlights 1997. Helath Press, Oxford, 1997.
2. Globalization of Rheumatology: Activities of ILAR,. Think Global-Act Local. The Journal of Rheumatology 2001; 28 (2): 227-231.
3. Harris DE, The Bone and Joint Decade: A Catalyst for Progress. Arthritis and Rheumatism 2001; 44(9): 1969-1970.
4. Nossol S. Et al. Int J Clin Pract 1998.
5. Radak-Perović M. Degeneracija zglobne hrskavice. U Nada Pilipović. Reumatologija. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000: 35-49.
6. Damjanov N. Degenerativna oboljenja perifernih zglobova. U Nada Pilipović. Reumatologija. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000: 551-562.
7. Altman RD. Criteria for classification of clinical OA J Rheumatol Suppl 1991; 27: 10-12.
8. Stanković A, Šljivić D. Dijagnostički i klasifikacioni kriterijumi za osteoartrozu. Balneoclimatologia 2002; 26(Suppl): 309-317.
9. Zgradić I, Maličević Ž, Popović R. Terapija degenerativnih reumatskih bolesti. U Milan Popović i saradnici. Terapija reumatičnih oboljenja. Beograd: Vojnoizdavački zavod, 1999: 306-311.
10. Dimić A. Primena nesteroidnih antiinflamatornih lekova u lečenju osteoartroze. Balneoclimatologia 2004; 2(Suppl): 59-61.
11. Clements P.J., Paulus H.E. Nonsteroidal Antirheumatic Drugs. In: Kelley W.N., Ruddy S., Harris E.D., Sledge C.B. ed: Textbook of rheumatology, Philadelphia, W.B Saunders Company. 1997; 707-40.
12. Brooks P.M. NSAIDs. In: Klippel H.J. and Dieppe P.A. ed Rheumatology. Mosby, London 1998. pp 5. 1-6.
13. Petrović R. Farmakoterapija - NSAIL U Nada Pilipović. Reumatologija. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000: 219-228.
14. Šljivić M, Menković D. Bolest modificirajući lekovi u terapiji osteoartroze. Balneoclimatologia 2004; 2(Suppl): 61-63.

RANO OTKRIVANJE PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA

Aleksandra Milićević Kalašić

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

U novonastaloj zdravstvenoj situaciji sve je više različitih oblika neuropsihijatrijskih poremećaja u starih osoba.(1). Psihički poremećaji podrazumevaju raznolika psihička stanja koja su po intezitetu simptoma, promena ličnosti i socijalnog ponašanja patološka i kao takva odražavaju se na socijalni život obolele osobe i njene porodice. U ostarelih osoba razlika izmedju "normalnog" i "patološkog" postaje sve zamagljenija.(2)

Zahtevi za specifičnim znanjem, sposobnostima i formiranjem određenih stavova prema mentalnoj bolesti u starosti, prevazišli su dotadašnja znanja iz opšte medicine i psihijatrije i progresivno stvorili gerijatrijsku psihijatriju 50 godina ovog veka. Odvajanje psihogerijatrije ili gerontopsihijatrije je opravdano jer se u starijem životnom dobu javljaju specifični mentalni i neurofiziološki poremećaji. Kako starenje samo po sebi ne dozvoljava izolovanu procenu funkcionalnosti psihičkih funkcija zbog uticaja mnogih faktora (genetske determinante, zdravstveno stanje, aktivnost, navike...) koji formiraju njihov pojarni oblik, psihogerijatrija je model udruženosti somatopsihičke i psihosomatske patologije. (Npr. moždani udar može precipitirati depresiju. Socijalna izolacija može uticati na ishranu i doprineti razvoju alkoholizma i tako posredno uticati na mentalno zdravlje. Demencija može uticati na slabu higijenu usne duplje sa posledičnim problemima sa zubima ovih osoba itd.)

OSNOVNI POSTULATI PSIHOGERIJATRIJSKOG TRETMANA

Psihogerijatrija je multidimenzionalna medicinska disciplina u kojoj se čovek posmatra kao subjekt somatske, psihičke i socijalne interakcije. Karakteristika specijalnosti je procena u poznatim uslovima za bolesnika, odnosno u domu pacijenta, sa multidisciplinarnim pristupom proceni, dijagnostici, zbrinjavanju i dugotrajnom praćenju bolesnih osoba i njihove okoline. (3,4)

DIJAGNOSTIKOVANJE PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA U STARIH OSOBA

uključuje:

1. FORMIRANJE ISTORIJE BOLESTI, odnosno prvo formiranje anamneze, koje obuhvata sve podatke koji se dobijaju od pacijenta, njegovim posmatranjem, iz razgovora sa porodicom i prijateljima pacijenta, a odnose se na glavne mentalne simptome i znake i simptome sa posebnim osvrtom na lekove koje je pacijent uzimao.
2. EVALUACIJU KLINIČKOG STATUSA, koji obuhvata psihički status, somatski i neurološki nalaz.
3. DODATNA ISTRAŽIVANJA

Glavni zadatak psihogerijatrijske dijagnostike je ne toliko da se otkrije deficit koliko na prvi pogled izgleda, već da pronađemo promene u funkcionisanju na koje možemo delovati raznim terapeutskim mogućnostima, odnosno da nademo sposobnosti i kapacitete koji su neoštećeni i mogu poslužiti za kompenzaciju oštećenja uzrokovanih bolešću. Tim pre je veliki značaj ranog otkrivanja ovih poremećaja, daljeg usavršavanja psihometrijskih metoda i njihove praktične primene.

Lečenje obuhvata ne samo staru osobu nego i njenu bližu okolinu, porodicu, dom penzionera i ostale sredine iz kojih stare osobe sa psihogerijatrijskim poremećajima dolaze i u koju će se posle lečenja vratiti. Ovako široko planirani tretman moguće je ostvariti samo uz pomoć multiprofesionalnog tima stručnjaka (lekari, sestre, neuropsihijatri, terapeuti, socijalni radnici), koji moraju biti kontinuirano edukovani iz oblasti gerijatrije i psihogerijatrije.(4,5,6,7,8,9,10)

SCREENING TEST ZA OTKRIVANJE PRISUSTVA PSIHIČKIH POREMEĆAJA U STARIH OSOBA

Za otkrivanje osoba sa prisutnim psihičkim poremećajima u svakodnevnom radu Odeljenja za unapređenje mentalnog zdravlja Gradskog zavoda za gerontologiju primenjuje se metod screening-a. Screening je pregled jednim testom ili procedurom populacije bez vidno prisutne bolesti ili defekta, a u cilju njihovog otkrivanja.(11)

Upitnik Simon-a (**Simon, 1968**), modifikovan od strane profesora dr Dušana Petrovića, sadrži 16 pitanja koja omogućavaju procenu postojanja psihičkih poremećaja na osnovu ispitivanja simptoma iz oblasti orientacije, pamćenja, intelektualnih funkcija, postojanja depresivnih i anksioznih simptoma, paranoidnih reagovanja, telesnih tegoba i snalažljivosti u obavljanju nekih svakodnevnih poslova. (12,13,14) (PRILOG 1)

Orijentacija u prostoru i vremenu čini organizaciju ličnosti, jer se naš psihički život i naše postojanje, strukturišu oko koordinatnog sistema koga čine vreme i prostor, a procenjuje se pitanjem o mestu, danu i mesecu u kome se razgovor obavlja.(15)

U kognitivne funkcije ubrajamo opažanje, pažnju, pamćenje, inteligenciju, mišljenje sa vašnom koordinacionom ulogom govora i svesti.(16) Simon-ovim upitnikom intelektualne funkcije se procenjuju kroz : A. ispitivanje sposobnosti računanja i B. sposobnost logičkog rasudjivanja. Sposobnost računanja je ispitivana nabranjem brojeva od 1 do 40 dodavanjem po 3. Logičko rasudjivanje smo procenjivali ispitivanjem konzervacije teñina ("Da li je teži kilogram olova ili kilogram perja").(15)

Depresija u starosti predstavlja epidemisko stanje. U primjenjenom screening testu prate se simptomi depresije: depresivnost (odnos prema životu, tj. da li vredi živeti) i pesimizam (negativistiški odnos prema sopstvenom zdravlju).(13)

Starost je upravo onaj period čovekovog života kome strah daje osnovni pečat, kao i njegove telesne manifestacije (oblivanje hladnim znojem, lupanje srca). Dobijanjem podataka o njihovom prisustvu procenjivao se udeo anksioznosti u psihičkom profilu ispitivane osobe.

Paranoidne ideje (potkradanja, trovanja) ispituju se direktnim pitanjima sa osvrtom na realnu situaciju u kojoj se ispitanik-ca nalaze. Paranoidne ideje se javljaju ili kao simptom involutivnih paranoidnih psihoza ili kao uvod u demenciju, ali sve to zahteva dalje detaljnije ispitivanje. Podatak o prisustvu telesnih tegoba je važan u proceni psihičkog stanja zato što stare osobe imaju bolji uvid u svoje telesno nego psihičko stanje.

Aktivnosti svakodnevnog života, kao deo procene funkcionalnog statusa se u ovom testu procenjuju kroz praktičnu snalažljivost pitanjima: koliko je potrebno da se skuva mleko, kako će se utvrditi povišena telesna temperatura, poznavanjem jednostavnih računskih radnji u smislu snalaženja sa novcem i njegovim vrednostima kao i kroz zainteresovanost, odnosno sposobnost za oblaćenje i ishranu.

Kroz pitanje o ranijim lečenjima kod neuropsihijatra orijentiše se o psihičkim poremećajima naših ispitanika u ranijim etapama ňivota i o tome kakav je njihov odnos prema neuropsihijatru, odnosno kakav imaju uvid u svoje psihičko stanje.

Na upitniku se zaokružuju pozitivni ili negativni odgovori, a na kraju se sabere i unese u ukupan zbir negativnih odgovora na osnovu kojeg se donosi zaključak. S obzirom da psihički status stare osobe nije jednostavan zbir deficita pojedinih psihičkih funkcija i sposobnosti, već kvalitativno novo stanje s određenom i specifičnom strukturu, uslovno je uzeto da pacijenti sa zbirom 0-4 negativnih odgovora predstavljaju zdrave osobe, sa zbirom 5-6 sa naznačenim psihičkim poremećajima, sa zbirom 7 ili više su osobe sa izraženim psihičkim poremećajima.

Primenom ove metode se brzo otkriva prisustvo psihičkih poremećaja u starih osoba, ali se ne postavlja dijagnoza. Na ovaj način se vrši praćenje psihičkog stanja velikog broja pacijenata i skraćuje se put do bolesne osobe kojoj je potrebno detaljnije ispitivanje i medicinska pomoć. Pogodna je za rad u svim uslovima, a mogu je sprovoditi edukovani zdravstveni radnici svih profila. (11, 12, 13, 14, 15, 16)

ZNAČAJ UPOTREBLJENOG UPITNIKA ZA RANO I BRZO OTKRIVANJE PSIHIČKIH POREMEĆAJA U STARIH

Postoji mnoštvo testova i skala za evaluaciju psihičkog stanja starih. Mnogi od njih razlikuju se u detalju. Potreba za standardizacijom tih upitnika je jasna. Njihov značaj se ne sme preувелиčavati jer nijedan od njih ne može da obuhvati složenost i raznolikost populacije starih. Oni su samo pomoćna metoda u kompleksnom, individualnom pristupu pacijentu.(4)

Zbog napred iznetog kao i zbog velike neistražene populacije pred nama, opredelili smo se za upitnik koji će nam omogućiti da brzo, na vreme dodjemo do osobe kojoj treba pomoć. Primenom Simon-ovog upitnika otkriva se prisustvo psihičkih poremećaja, ali se ne postavlja dijagnoza. Dijagnoza se postavlja u toku detaljnijeg individualnog pristupa psihički ugroženog pacijenta. Kako nam je poznato da postoji čitav niz izlečivih psihičkih poremećaja u starosti, ako se na vreme otkriju. Rano otkrivanje ovih poremećaja s tim je još značajnije.

Vrednost ovog instrumenta predstavlja njegova senzitivnost i specifičnost. Pod senzitivnošću podrazumevamo sposobnost testa da ukaže na pozitivne analize, tj. postojanje simptoma kod bolesnih osoba, a pod specifičnošću podrazumevamo sposobnost testa da ukaže na negativne nalaze u osoba koje nisu bolesne. Kritika mnogih tekstova leži na činjenici da se u njima previše pažnje poklanja deficitima, a ne onome što je očuvano i na šta se može računati u terapiji.(4)

Upitnik je lak za primenu i može se upotrebiti u stanu stare osobe, što se uklapa u preporuke razvoja zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u koje se uklapaju osobenosti rada Zavoda za gerontologiju, tj. Odjeljenja za unapređenje mentalnog zdravlja. A poboljšana detekcija i tretman mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj nezi može biti esencijalni ključ poboljšanja efikasnosti lečenja u zajednici.

LITERATURA:

1. Gallo JJ. Epidemiology of mental disorders in middle age and late life: conceptual issues. *Epidemiol Rev* 1995; 17 (1): 83-94.
2. Peršić, N., Peršić-Brida, M. : Psihološke promjene i psihički poremećaji u toku starenja i starosti *Soc-psihij.* 17, 281-325, 1989.
3. O'Connor D, Ames D, Chiu E. Psychiatry of old age. In: Sidney Bloch, Bruce SS (eds). *Foundations of Clinical Psychiatry*, Second edition Melbourne University Press, Melbourne 2001; 422-439.
4. Bergener M, Kranzhoff EU. Measurment in psychogeriatrics. *International Psychogeriatrics* 1992; 4 (supplement 1).
5. Spiegel R, Ermini D. Differential diagnosis in general practice between the mentally normal elderly patient and the patient showing signs of senile dementia. In: Meier - Ruge W (eds). *The elderly patient in general practice*, Karger, Basel 1987; 115-157.
6. Milićević-Kalašić A. Rano otkrivanje i praćenje psihičkih poremećaja u starih osoba na kućnom lečenju i nezi. Magistarski rad, Medicinski fakultet, Beograd 1993.
7. Cole MG. Public Health Models of Mental Health Care for Elderly Populations. *International Psychogeriatrics* 2002; 14(1): 3-6.
8. WPA Section on Preventive Psychiatry Consensus Statement on Psychiatric Prevention. Document of General Assembly of the XII World Congress Of Psychiatry, Yokohama 2002.
9. Petrović D, Milićević-Kalašić A. Psihofarmakologija u psihogerijatriji, Novine u gerontologiji, Beograd 1992; 85-91.
10. WHO. Education in Psychiatry of the Elderly: a technical consensus statement. (Doc.: WHO/MNH/MND/96.7). Geneva, WHO, 1998.
11. De Kosky S, Mc Conneell S, Branche C, Fisher W, Khachaturian Z, Morris J. Guidelines for the development of community-based screening programs for cognitive impairment in older people. *Alzheimer insights June* 2001; 7 (2): 7.
12. Simon A, Berkman P, Epstein L. Psychiatric screening of the elderly. Abstract book of VII th International congress on mental health, London; 1968.
13. Petrović D, Marinkov M. Otkrivanje psihijatrijskih poremećaja u starih osoba. *Soc-psihijatrija* 1973; 1: 49-53.
14. Petrović D. Psihički poremećaji u starijem životnom dobu. U: Kecmanović D. i sar.(eds). *Psihijatrija*, Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb 1983; 2096.
15. Bojanin, S. : Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, str. 109, 183, 200, Beograd, 1985.
16. Lurija, A.R. : *Osnovi neuropsihologije*, Nolit, II izdanje, str. 123, 138, Beograd, 1983.

SIMONOV TEST

KATEGORIJA SIMPTOMA	PITANJA	ODGOVORI	REZULTAT (unositi se naknadno)
Orientacija i pamćenje	1.Koji je dan u nedelji? 2.Koji je mjesec?	zna - 0, ne zna - 1	
Intelektualne funkcije	3.Sposoban da broji od 1 do 40 dodavanjem po 3. 4.Da li je te i kilogram olova ili kilogram perja?	sposoban - 0, nesposoban ili sa naporom - 1 zna -0,ne zna - 1	
Depresija	5.Da li mu se čini da ne vredi iveti? 6.Da li je stalno zabrinut za svoje zdravlje?	ne - 0,ponekad - 1,često - 2 ne - 0,da - 1	
Anksioznost	7.Da li oseća strah? 8.Da li ga obiliva hladan znoj?	ne - 0,da - 1 ne - 0,ponekad - 1,često - 2	
Paranoидno reagovanje	9.Da li je primetio da se od njega nešto prikriva ili da ga ljudi potkradaju?	ne - 0' samojedno ili samo drugo - 1, da - 2	
Telesne tegobe	10.Da li oseća slabost u rukama i nogama poslednjih meseci?	ne - 0, da - 1	
Praktična snalažljivost	11.Da li zna koliko je vremena potrebno da se skuva mleko? 12.Da li zna kako će utvrditi da ima povišenu telesnu temperaturu? 13.Da li poznaje jednostavne računske radnje (-,+,x)	zna - 0,ne zna - 1 zna - 0,ne zna - 1 zna - 0,ne zna - 1	
Ostalo	14.Da li je već lečen kod neurologijatra? 15.Da li je manje zainteresovan za ishranu? 16.Oblačenje?	ne - 0,da - 1 ne - 0,da - 1 ne - 0,da - 1	

ANOREKSIJA STARENJA - FAKTOR RIZIKA PROTEINSKE MALNUTRICIJE OSOBA TREĆEG ŽIVOTNOG DOBA

*Dragoslav P. Milošević, Nebojša Despotović, Mladen Davidović,
Predrag Erceg, Sanja Zdravković*

Kliničko odeljenje gerontologije, Klinika za interne bolesti,
Kliničko-bolnički centar "Zvezdara", Beograd

Ishrana je važan faktor u mnogim fiziološkim i patološkim promenama koje prate proces starenja. Poznato je da 85% hroničnih bolesti i nesposobnosti kod starijih osoba, mogu biti odgovarajućom nutricijom sprečene ili ublažene (1). Fiziološko smanjenje apetita tokom starenja, kao odgovor na smanjenje fizičke aktivnosti i nivoa bazalnog metabolizma u starenju, naziva se "anoreksija starenja". Ova fiziološka anoreksija faktor je rizika za nastanak proteinske malnutricije u više od 15% starih koji žive u kućnim uslovima, u 35 do 65% hospitalizovanih starih i u 25 do 60% korisnika domova za stara lica (2). Bez obzira na ove dobro poznate činjenice, proteinska malnutricija u kliničkoj praksi se retko prepoznaće, pa se čak i ne razmatra mogućnost njenog postojanja u starih, što je *vitium artis!!!*

REGULACIJA APETITA

Regulacija apetita je veoma složen proces koji uključuje centralne i periferne mehanizme. Ingestija hrane regulisana je centralnim nervnim strukturama koje kontrolišu periferni sistem mehanizma sitosti. Najveći broj neurotransmitera su inhibitori unosa hrane. Periferni sistem mehanizma sitosti čine gastrointestinalni peptidni hormoni (coleistokinin, amylin) koji se oslobođaju kao odgovor na pasažu hrane kroz crev.

Nedavno je kloniran gen za gojaznost iz lipocota, a njegov sekretorni produkt nazvan je leptin. Leptin dovodi do smanjenog unosa hrane kompleksnim mehanizmima koji uključuju inhibiciju oslobođanja neuropeptida Y u hipotalamusu. Visoki nivoi serumskog leptina prisutni su kod gojaznih ljudi, a rezistencija na leptin bi mogla nastati usled promene efekta leptina, van leptin-receptorskih mesta (3, 4). Starenjem nivo leptina u muškaraca raste, a nivo testosterona opada. Starenjem nivo leptina u žena se smanjuje (5).

FIZIOLOGIJA ANOREKSIJE

Više je fizioloških uzroka smanjenja unosa hrane u starih osoba. Pad nivoa bazalnog metabolizma je prirodni, fiziološki odgovor smanjenog kalorijskog unosa koji prati starenje. Nivo bazalnog metabolizma upravo je proporcionalan "mršavoj" telesnoj masi, koja nakon 30-te godine opada po stopi od 5% na dekadu života, da bi u 60-toj iznosila svega polovicu u odnosu na 30-te godine. (6).

Senzitivnost gustatornih i olfaktornih receptora opada sa starenjem (ne u svih), smanjujući uživanje i želju za jelom. Sporije gastrično pražnjenje u starih, patognomoničan je faktor u ranom postizanju osećaja sitost. Povećanje holecistokininskog efekta na sitost (nivo holecistokinina sa starošću raste), kao i smanjenje funkcije nutritivnog opoidnog puta (smanjen unos masti) posledica su starenja i uzročnik fiziološkog smanjenja unosa hrane (7).

VRSTE PROTEIN ENERGETSKE MALNUTRICIJE

Forme kliničkog ispoljavanja protein energetske malnutripcije su sledeće: marazam, kvašiorkor i mešovita forma marazam - kvašiorkor. Marazam predstavlja telesnu adaptaciju na smanjeni kalorijski unos (tokom nekoliko meseci ili godina). Pacijenti su kahektični i iscrpljeni, sa smanjenim masnim zalihamama. Deficit masnih zaliha ima za posledicu povećanje proteinskog (mišićnog) katabolizma. Serumski albumini su u normalnim granicama uz očuvan imuni sistem.

Kvašiorkor nastaje kada je gladovanje praćeno stresom organizma-infekcijom, operacijom ili traumom. Stres povećava oslobođanje kataboličkih hormona kortizola, glukagona i adrenalina (epinefrina), što dovodi do povećanja nivoa bazalnog metabolizma, smanjenja mišićne mase, glikolize i lipolize uz povećanu produkciju različitih citokina - interleukina (IL) i TNF, kao i drugih proteina akutne faze. Kvašiorkor je praćen hipoalbuminemijom (povećan katabolizam), uz relativno očuvanu telesnu težinu i smanjenje visceralnih proteinskih zaliha (prealbumina, albumina, transferina). Ovi pacijenti imaju veću stopu morbiditeta i mortaliteta u odnosu na one sa marazmom.

Marazam - kvašiorkor imaju pacijenti sa kliničkim ispoljavanjem obe forme. Ovaj sindrom se opisuje kao sindrom senilnog propadanja i najčešće se sreće u kahektičnih starih izloženih akutnom stresu (2).

UZROCI ANOREKSIJE I PROTEIN ENERGETSKE MALNUTRICIJE U STARIH

Anoreksija i protein energetska malnutripcija u starih proizilaze iz niza interakcija faktora koji se mogu podeliti u tri kategorije: socijalni, psihološki i medicinski.

A. SOCIJALNI UZROCI

Mogućnost kupovine i pripremanja željenje hrane esencijalna je komponenta pravilne ishrane. Siromaštvo, socijalna izolacija, neadekvatni uslovi za pripremu hrane, nemogućnost transporta kupljene hrane i funkcionalna oštećenja značajan su faktor pogoršanja nutricije u starih. Gubitak supružnika, prijatelja, pa čak i životinje kućnog ljubimca ne retko u starih je praćeno gubitkom motivacije za pripremu hrane. Nebriga iz zapuštenost takođe mogu biti razlog neobjašnjenoj gubitka telesne težine (8).

B. PSIHOLOŠKI UZROCI

Depresija i demencija su najčešći razlozi gubitka telesne težine. Zaboravljanje uzimanja hrane, dezorientisanost, korišćenje psihotropnih i drugih (digoksin,

teofilin) lekova, paranoidne ideje (hrana je otrov), apraksija gutanja (kod demen-tnih) uzrok su anoreksije. Anoreksija nervoza ili prvi put nastala u starijem životnom dobu-anoreksija tardiva, ispoljava se izbegavanjem unosa hrane kad su gladni. Veoma često previđen uzrok malnutricije u starih je hronični alkoholizam (7, 9).

C. MEDICINSKI UZROCI

Mnogobrojni su medicinski razlozi koji uslovljavanju nastanka protein energetske malnutricije (Tabela 1). Kancer je veoma čest uzročnik gubitka telesne težine (16-36%). Razlozi su multifaktorijalni i uključuju povećanu sintezu anorektičnih susstanci kao što su citokini (IL-1 i TNF), hormon bombesin (šalje poruku sitosti u CNS), postojanje samog kancera, oportunističke infekcije, radiohemoterapija, kao i gastropareza kao posledica autonome disfunkcije (10).

Tabela 1. - Mehanizmi nastanka malnutricije u starih

Bolesti	Povećani metabolizam	Anoreksija	Otežano gutanje	Malapsorpcija
Plućne	+	+		
Srčane	+	+		+
Maligniteti	+	+	+	+
Alkoholizam	+	+		+
Infekcija (e)	+	+	+	+
AIDS	+	+	+	+
R. arthritis	+	+		
TBC	+	+		
Kandidijaza		+	+	
Žučne kesice		+		
Hipertireoza,				
Feohromocitom	+	+		
Parkinsonova b.	+			
Malapsopc. Sy.				+

R. artritis= reumatoidni artritis; Malapsorc. Sy.= malapsorpcioni sindrom; Parkinsonova b.= Parkinsonova bolest

Gubitak težine se javlja i u 71% slučajeva HOBP. Glavni uzročnici su povećana potrošnja energije zbog angažovanja pomoćne respiratorne muskulature, lekovi (teofilin, kortikosteroidi) i gastrična distenzija usled aerofagije (3). Kongestivna srčana insuficijencija je često praćena protein energetskom malnutricijom (u 50-60% slučajeva postoji značajna neuhranjenost) i naziva se kardijalnom kaheksijom (7). Metaboličke bolesti - hipertireoidizam i hiperparatiroidizam se ne retko previde kao uzročnik gubitka u težini zbog atipičnog kliničkog ispoljavanja u starih (11). Malapsorpcija, oboljenje žučne kesice, nedostatak cinka takođe su praćeni anoreksijom (3). Pacijenti sa reumatoidnim artritisom imaju povišen nivo cirkulišućih citokina (TNF i IL1) koji povećavaju metabolizam i snižavaju serumske albumine (12). AIDS u starih praćen je progresivnim mršavljenjem, što je posledica smanjenog energetskog unosa zbog anorektičnog efekta cirkulišućih citokina (IL-1 i TNF), infekcije, dijareje i malapsopcijske.

Idiopatska patološka senilna anoreksija opisana od strane M. Martinesa i saradnika 1993. godine je anoreksija sa gubitkom u telesnoj težini, bez identi-

fikovanog uzroka (13). Polipragmazija je čest uzročnik anoreksije starih. Najčešći medikamenti uzročnici ove anoreksije su digoksin, teofilin, nesteroidni antireumatici, suplementi gvožđa, antineoplastični lekovi, kao i psihoaktivne susptance (fluoksetin, litijum, fenotiazini) (14).

NUTRITIVNA ISPITIVANJA

Nutritivno ispitivanje je izuzetno važna komponentna kompletног gerijatrijskog ispitivanja. Ona uključuje detaljnu anamnezu, fizikalni pregled, antropometrijska merenja i biohemijske analize.

Anamneza koja je pažljivo uzeta, najkorisnije je sredstvo kojim se može identifikovati stara osoba sa rizikom za nastanak malnutricije. Konsenzusom je usvojeno da je nenameran gubitak telesne težine od 4,5 kg i više za prethodnih 6 meseci jasan indikator nutritivnog rizika i morbiditeta (15). Procena ishrane dobija se pomoću jednostavne ankete, koja uključuje kvantitet i kvalitet ishrane. Anamneza razotkriva i postojanje faktora rizika za nastanak nutritivnog deficita - siromaštvo, izolacija, depresija, anorektični lekovi. Najkorisnije i najtačnije informacije o pacijentu takođe se mogu dobiti i heteroanamestički od supružnika, prijatelja kao i osobe koja vodi brigu o pacijentu.

Fizikalnim pregledom se procenjuje telesna građa, telesna visina i težina, kao i postojanje bilo kakvog znaka nutritivnog deficita ispoljenog na koži, kosi, očima, usnama ili mišićima. Najkorisniji parametar procene nutritivnog statusa je indeks telesne mase (ITM) koji se izračunava kao količnik telesne težine (izražene u kilogramima) i telesne visine u metrima na kvadrat. Željeni ITM starih osoba je od 24 do 29 (za mlađe od 20 do 24). Vrednosti manje od 24 ukazuju na loše nutritivno zdravlje (15). Drugi antropometrijski indikatori su: srednji obim nadlaktice, veličina kožnog nabora, koji upoređeni sa standardima daju podatke o relativnoj mišićnoj masi i količini masnih zaliha.

Laboratorijski skrining malnutricije uključuje određivanje albumina, holesterola i hemoglobina (nutritivno uslovljena anemija). Na žalost svi ovi testovi ne retko mogu biti izmenjeni nenutritivnim faktorima, tako da sami po sebi nisu dovoljno senzitivni ni specifični sa dijagnozu malnutricije.

Najspecifičnije je određivanje serumskih albumina- vrednosti manje od 3,5 g/dl upućuju na malnutriciju. Faktori koji utiču na smanjenje nivoa albumina, a o kojima se mora voditi računa pri proceni nutritivnog statusa su sledeći: stepen hidracije pacijenta, ležeći položaj pacijenta (smanjuje nivo serumskih albumina za 0,5 g/dl) i akutna oboljenja (kada je hipoalbuminemija pre posledica samog oboljenja nego malnutricije). Obzirom na činjenicu da je poluživot albumina oko 21 dan (pri akutnom gladovanju nihov nivo lagano opada), ima autora koji smatraju da je korisniji parametar praćenja nutritivnog statusa, određivanje prealbumina koji se sintetišu u jetri i čiji je poluživot samo dva dana (2).

Ukupni holesterol je drugi parametar za procenu nutritivnog statusa. Vrednosti ispod 4,14 mmol/l ukazuju na malnutriciju, odražavajući snižene viscebralne proteine - lipoproteine i udružen je sa povećanim mortalitetom pacijenta koji su na kućnoj nezi i lečenju.

Tabela 2. - Model nutritivnog ispitivanja "mini nutritivna procena".

Vrsta procene	Parametri koji se određuju
Antropometrijska	1. Indeks telesne mase 2. Srednja vrednost obima nadlaktice 3. Obim potkolenice 4. Gubitak težine u poslednja tri meseca 5. Nezavisan život (bez kućne nege/hospitalizacije)
Opšta	6. Terapija sa tri ili više leka dnevno 7. Psihološki stres ili akutne bolesti u poslednja tri meseca 8. Pokretljivost (vezan za krevet/stolicu; ustaje iz kreveta/stolice, ali ne može da hoda) 9. Neuropsihijatrijski problemi (stepen demencije/depresije) 10. Postojanje kožnih ulceracija 11. Broj punih obroka dnevno 12. Selektivni pokazatelji unosa proteina (mleko, meso, riba..) 13. Dva ili više konzumiranja voća/povrća dnevno 14. Da li je bilo smanjenog unosa hrane poslednja tri meseca usled gubitka apetita, digestivnih problema ili poteškoća sa gutanjem i žvakanjem 15. Koliko tečnosti (vode, soka, čaja, mleka) konzumira dnevno 16. Način hranjenja (sa/bez tuđe pomoći, samostalan uz poteškoće) 17. Da li pacijenti sami smatraju da imaju nutritivnih problema 18. U poređenju sa drugim osobama istog životnog doba, kako oni vide svoj zdravstveni status
Dijetetska	
Samoprocena	

Od skora su važeća tri nutritivna skrining modela:

A. Model "odredi svoje nutritivno zdravlje" zamišljen radi procene od rizika siromašne ishrane, kao i zbog poboljšanja obaveštenosti. Nije dijagnostički i kao takav nije od koristi, mada ima visoku senzitivnost, ali malu specifičnost (16).

B. Model "skale" (Morley JE, 1991) je jednostavan skrining model za lekare i dijetetičare. Uključuje individualni način procene koristeći Yesavage-ovu gerijatrijsku depresivnu skalu, kognitivnu funkciju procenjenu kroz mini mental test, pokretljivost, način ishrane i socioekonomski status. Uključuje i sledeće parametre: gubitak u telesnoj težini ($>2,7$ kg/ 6meseci); nivo serumskog holesterola ($<4,14$ mmol/l); albumina (<4 g/l). Primena ovog dosta jednostavnog modela, trenutno nije opravdana (17).

C. Model "mini nutritivne procene" je pravi naučno zasnovan model nutritivnog ispitivanja u starih osoba (tabela 2). Čine ga 18 jednostavnih parametara koji se veoma brzo mere i prikazuju za 15 do 20 minuta (18). Odgovori se boduju sa 0,5 do 2 poena. On uključuje: antropometrijsku, opštu, dijetetsku i samoprocenu. Mini nutritivna procena je aktuelno jedini valjani instrument za praćenje i ocenu nutritivnog statusa u starih. Ukoliko ispitanik ima više od 24 poena smatra se dobro uhranjenim, od 17 do 23,5 poena spada u grupu osoba sa rizikom od malnutricije, a ako ima manje od 17 poena, ispitivana osoba je malnutritivna.

NUTRITIVNA TERAPIJA

Tri su forme nutritivne terapije u starih: oralna, enteralna putem sonde i parenteralna. Ukoliko je gastrointestinalni trakt normalan, on uvek treba da bude deo nutritivnog procesa.

Oralni suplementi poboljšavaju ishod kod starih sa frakturom kuka, dekubitusa i plućnim infekcijama, dok njihova primena u starih sa malnutricijom nije pokazala zadovoljavajuće rezultate. Larsson F. i saradnici sugeriju da dnevni kalorijski dodaci kod malnutritivnih i nemalnutritivnih hospitalizovanih starih pacijenata smanjuju mortalitet. Primena ovih preparata zahteva opreznost u starih sa srčanim, bubrežnim i bolestima jetre, gde postoji restrikcija unosa soli i tečnosti. U ovih pacijenata primena oralnih suplemenata zahteva uzimanje u obzir totalnog sadržaja soli i vode u njima - preporuka je uzimanje suplemenata koji sadrže 1,5 do 2,0 Cal/cm³ (19).

Enteralna ishrana putem sonde moguća je kod funkcionalnog gastrointestinalnog trakta i indikovana je u ranoj fazi nekih bolesti, bilo kao potpora lečenju ili radi smanjenja morbiditeta i mortaliteta. Kratkotrajna ishrana (kraće od 6 nedelja) izvodi se primenom nazoenteralne sonde, a dugotrajna (duže od 6 nedelja) uz pomoć enterostome koja može biti implantirana u želudac, duodenum ili jejunum. Gastrostoma se plasira hirurški ili perkutano uz kontrolu endoskopa ili rentgena. Gastrostoma ne smanjuje rizik od aspiracije. Jejunostoma nalazi primenu u pacijenata sa visokom gastrointestinalnom opstrukcijom, dok se gastroejunalna sonda primenjuje u starih sa visokim rizikom od aspiracije.

Aspiraciona pneumonija je česta komplikacija enteralne ishrane (u više od 36% slučajeva). Gastrostoma ne pruža zaštitu od aspiracije, ali je činjenica da tuba plasirana postpilorično smanjuje incidencu aspiracije. Dijareja je druga po učestalosti komplikacija enteralne ishrane (upotreba rastvora koji sadrže sorbitol ili teofilin). Hiponatremija (preparati imaju mali sadržaj natrijuma, a veliki sadržaj vode), isticanje želudačnog sadržaja oko mesta plasiranja tube, iritacija kože takođe su komplikacije enteralne ishrane. Redukcija vode i dodatak natrijum hlorida, primena blokatora H₂-receptora i česta toaleta mesta plasiranja tube, način su korekcije mogućih komplikacija (6).

Parenteralna ishrana je najprikladniji način ishrane kada je gastrointestinalni trakt nefunkcionalan. Ona podrazumeva parenteralnu primenu ugljenih hidrata, lipida, aminokiselina, elektrolita, vitamina i rastvorenih elemenata u tragu. Ovaj vid ishrane se primenjuje putem perifernih infuzija (hipokalorijske infuzije za održavanje telesne težine u stabilnih starih kod kojih se očekuje nastavak oralne ishrane) i centralnim putem (cilj je povećanje telesne težine iznad maksimalnih 2.200 Cal/dan koji može biti primenjen periferno). Moguće komplikacije ovog načina ishrane su: inercija katetera, opterećenje volumenom i elektrolitski dizbalans. Ovi pacijenti moraju biti praćeni od strane specijalizovanog multidisciplinarnog tima lekara (3).

Primena lekova kao stimulatora apetita nije dala željene rezultate. Magestrol acetat (doprinosi porastu telesne težine kod malignih bolesnika sa AIDS-om) u starih bez značajnijih rezultata uz razvoj ozbiljne konstipacije (3). Kratkotrajna primena humanog hormona rasta (ekstremno skupa) mogla bi biti terapija koja obećava (20). Prokinetički agensi metoklopramid (stimuliše apetit kod malignih bolesnika sa anoreksijom i dispepsijom, ali dovodi do distoničnih reakcija i pogoršanja Parkinsonove bolesti) i cisaprid (ne prolazi hematoencefaličnu barijeru

i stoga se pokazao sigurnim u starih) nalaze primenu za suzbijanje rane sitosti i anoreksije zbog mučnine (21). Cyproheptadine (antiserotoninergični agens) i drobinol (tetrahydrocanabinol) nisu se pokazali efikasnim u starih. Megace (koristan kod malignih bolesnika), minimalno efikasan u starih, često udružen sa konstipacijom i megakolonom (3).

LITERATURA:

1. Barrocas A, Belcher D, Champagne C, Jastram C. Nutrition assessment: practical approaches. *Clinics in Geriatric Medicine* 1995;11:675-708.
2. Johnson L. Malnutrition. In: Ruben DB, Yoshiakawa TT, Besdine RW. *Geriatrics review syllabus* (3rd ed.), Kendall Hunt, Des Moines, IA 1996:145-152.
3. Hasam K, Kamel A, Morley JE. Anorexia of ageing. In: Evans JG, Williams TF, Beattie BL, Michel JP, Wilcock GK. *Oxford Textbook of Geriatrics Medicine*, (2nd ed.). Oxford University Press 2000:158-168.
4. Considine RV, et al. Serum immunoreactive-leptin concentrations in normal-weight and obese humans. *New England Journal of Medicine* 1996;334:292-295.
5. Sih R, et al. Testosterone replacement in older hypogonadal men: a 12-month randomized controlled trial. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1997;82:1661-1667.
6. Rudman D, Cohn ME. Nutrition in the elderly. In: Calcins E, Ford BA, Kats P. *Practice of geriatrics* (2nd ed.), W. B. Saunders, Philadelphia 1992;19-32.
7. Morley JE. Anorexia in older persons. *Drugs and Aging* 1996;8:134-155.
8. Miller DK, Morley JE. Nutritional epidemiology. *Annual Review of Gerontology* 1995;15:20-53.
9. Gloria L, et al. Nutritional deficiencies in chronic alcoholics: relation to dietary intake and alcohol consumption. *American Journal of Gastroenterology* 1997;92:485-489.
10. Thompson MP, Morris LK. Unexplained weight loss in ambulatory elderly. *Journal of the American Geriatric Society* 1991;39:497-502.
11. Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Annals of Internal Medicine* 1995;123:850-859.
12. Roubenoff R, Grimm LW, Roubenoff RA. Albumin, body composition and dietary intake in chronic inflammation. In: Rosenberg IM. *Nutritional assessment of the elderly population*. Raven Press, New York 1995;30-39.
13. Martinez M, et al. Alteration in plasma and cerebrospinal fluid levels of neuropeptides in idiopathic senile anorexia. *Regulatory peptides* 1993;44:109-117.
14. Morley JE, Kraenzle D. Causes of weight loss in a community nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society* 1994;42:583-585.
15. Rosenberg IH. Nutrition and ageing. In: Hazzard WR, et al. *Principles of geriatrics medicine and gerontology*. McGraw-Hill, New York 1994;49-59.
16. White JV, et al. Nutrition screening initiative: development and implementations of the public awareness checklist and screening tools. *Journal of the American Dietetic Association* 1992;92:163-166.
17. Morley JE. Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? *Journal of the American Geriatrics Society* 1991;39:1139-1140.
18. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Reviews* 1996;54:859-865.
19. Bernard MA, Rombeau JL. Nutritional support for the elderly patient. In: Young AE. *Nutrition, aging, and health*. Liss, New York 1986;229-258.
20. Kaiser FE, Silver AJ, Morley JE. The effect of recombinant human growth hormone on malnourished older individuals. *Journal of the American Geriatrics Society* 1991;39:235-240.
21. Nelson KA, Walsh TD. Metoclopramide in anorexia caused by cancer-associated dyspepsia syndrome. *Journal of Palliative Care* 1991;9:14-18.

OSNOVNI PRINCIPI I SPECIFIČNOSTI FARMAKOTERAPIJE STARIH

Lepa B. Jovanović

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Efikasna i pouzdana farmakoterapija je nesumnjivo jedan od najvećih izazova u kliničkoj gerijatriji. Propisivanje lekova za stare, naročito u dubokoj starosti, zahteva posebno razmatranje i pažnju. Ostareli bolesnici su skloni da za svoje multiple bolesti uzimaju multiple lekove. Sem toga, simptomi poput glavobolje, nesanice, vrtoglavice i sličnih, koji su obično udruženi sa psihosocijalnim stresom kao što je usamljenost, razilaženje porodice i smrt bliskih osoba vode do daljnog propisivanja i traganja za lekovima koji ne mogu da zamene efikasne socijalne mere. Dodatnu komplikaciju mogu da predstavljaju samomedikacija sredstvima koja su propisana ranije za neko prethodno oboljenje ili čak za drugu osobu.

Stari, posebno posle 65-e godine života, usled multiple patologije koriste veći broj lekova uz veći rizik da se razviju neželjena dejstva i neželjene interakcije među njima. Za racionalan pristup terapiji lekovima kod starih neophodno je razumevanje organskih i fizioloških promena za koje je verovatnije da će se ispoljiti u ovoj starosnoj grupi, kao što su: farmakokinetske (sporija apsorbcija, redukovani volumen distribucije, redukovani metabolizam u jetri, opadanje renalnog krvnog protoka, glomerularne filtracije i tubularne sekrecije - posebno bitno za lekove koji se izlučuju bubrežima, a imaju malu terapijsku širinu: aminoglikozidi, hlorpropamid, digoksin, litijum) i farmakodinamske promene (promene broja i senzitivnosti receptora u tkivima - centralni nervni sistemi starih pokazuje povišenu senzitivnost i pri pojedinačnim dozama nekih psihotropnih lekova), kao i smanjenje homeostatskih mehanizama u starosti [1].

Preporučuje se posebna pažnja kada se starijim osobama ordiniraju sledeći lekovi: fenilbutazon (mogućnost aplastične anemije), pentazocin (izazivanje konfuznih stanja), hlorpropamid (prouzrokuje dugotrajnu hipoglikemiju), nitrofurantoin (pojava periferne neuropatije). Dozu leka za stare je neophodno smanjiti kod: aminoglikozida (ototoksičnost, nefrotoksičnost), digoksina (usporena eliminacija i povećana toksičnost-aritmije, poremećaji vida, gastrointestinalne tegobe), tiroksina (kardiotoksičnost), vitamina D (nefrotoksičnost), metoklopramida (konfuzija) [1].

Sve promene koje izaziva određena doza leka označavaju se kao efekt leka.

Da bi se postiglo odgovarajuće dejstvo izabranog leka, doza treba da bude vrlo precizno prilagođena kako dejstvo leka ne bi bilo ni suviše malo ni suviše veliko, tj. da bi se izbegli kako neefikasnost leka tako i toksičnost (npr. digoksin, litijum, gentamicin).

Razmak između doza koje prouzrokuju željena i neželjena dejstva presudan je za terapijsku vrednost leka i zove se terapijska širina leka.

Usled farmakokinetskih promena u vezi sa starenjem, koncentracije lekova u plazmi i tkivima su obično povišene u starih, pa je često potrebno prilagoditi doze starim osobama. S obzirom na farmakodinamske promene u vezi sa starenjem, dejstva lekova mogu da budu promenjena: pojačana (npr. benzodiazepini) ili smanjena (npr. β -blokatori). Smanjene fiziološke rezerve su još više stresirane dejstvima lekova, akutnim i/ili hroničnim oboljenjima uz izmenjenu farmakokinetiku i farmakodinamiju, što staru osobu čini još osjetljivijom za razvoj neželjenih dejstava i neželjenih interakacija između lekova, leka i bolesti. Terapija se započinje najnižom pretpostavljenom efektivnom dozom, a lek se titrira postepeno i polako do optimalne doze održavanja. Doze za stare su obično 1/3 do 1/2 preporučene doze za odraslu osobu srednjeg životnog doba [2, 3].

Subdoziranje:

Upotreba suboptimalnih doza lekova u ozbiljnim bolestima, gubi efikasnost u odstranjuvanju efekata ozbiljne bolesti. Ovo posebno obuhvata lekove sa niskim terapeutskim indeksom, tj. tamo gde su opsezi efektivne i toksične doze blizu ili se čak preklapaju, npr. heparin, antikancerski lekovi, aminoglikozidni antibiotici. U ovim slučajevima podešavanje doze da bi se dobila maksimalna korist uz minimalni rizik zahteva kako znanje tako i pažljivost [2].

Klinički značaj propuštene doze (doza):

Stari često zaborave da popiju lek. Propuštena doza može dovesti do: gubitka efikasnosti (akutne bolesti), egzacerbaciji simptoma (hronične bolesti) ili povratku simptoma (rebaund efekat).

Gubitak efikasnosti je povezan sa farmakokinetskim karakteristikama leka. Sa nekim lekovima koji imaju kratko poluvreme raspada, postoji jednostavno prolazan pad u plazma koncentraciji leka, ispod definisanog terapeutskog nivoa. Ali, kod drugih mogu biti složena dešavanja, kao negativna povratna sprega (feedback) homeostatskih mehanizama (adrenokortikalni steroidi). Terapeutski efekat ne mora da opadne paralelno sa plazma koncentracijom. Kod nekih lekova jedna propuštena doza može biti od značaja (npr. oralni kontraceptivi), dok kod drugih (dugo poluvreme raspadanja) nekoliko doza mogu biti propuštene pre nego što se pojavi ozbiljno opadanje u efikasnosti (npr. tireotoksin).

Pacijentu bi trebalo objasniti značaj redovnog uzimanja terapije, a kod osoba uznapredovale starosti udruženo sa mentalnim opadanjem (npr. demencija) neophodno je da se angažuju lica formalne ili neformalne socijalne pomoći koja će biti zadužena da redovno, pravilno sprovođenje terapije.

Lekovi koji dovode do klinički značajnih posledica pri naglom prekidanju dugotrajne terapije su:

u kardiovaskularnom sistemu: antihipertenzivi (klonidin), beta-blokatori;

u nervnom sistemu: svi antidepresivi (posebno triciklični antidepresivi), hypnotici, sedativi, alkohol, opijati, antiepileptici, antiparkinsonici;

u endokrinom sistemu: adrenalni steroidi; i kod
imunih inflamatornih stanja: adrenalni steroidi.

Pri izboru terapije i pre odluke da se neki lek primeni, neophodno je anamnešički uzeti detaljne podatke od pacijenata o korišćenju lekova [2]. Razlozi za to su:

- Lekovi mogu biti uzrok bolesti. Prekidanje upotrebe leka može uzrokovati bolest, npr. adrenalni steroid, antileptik.
- Lek može prikriti simptome bolesti, npr. adrenalni steroid.
- Lek može interreagovati uzrokujući pozitivne ili negativne sporedne efekte, tj. izostanak terapiskog efekta.
- Lek koji je primjenjen radi lečenja određenog patološkog stanja, svojim neželjenim efektima može pomoći da se otkrije neprepoznata bolest: npr. pojava urtikarije pri primeni ampicilina i amoksicilina kod bolesnika koji nije alergičan na ove lekove, ukazuje na neprepoznatu infektivnu mononukleozu - dijanostički neželjeni efekat, a ne dijagnostički test.
- Lekovi mogu biti uzrok lažno pozitivnih nalaza dobijenih laboratorijskim testovima: npr. povišen nivo plazma kortizola, urinarnih kateholamina, urinarne glukoza.
- Prethodna iskustva sa primenom lekova mogu pomoći u daljem izboru lekova.
- Lekovi mogu ostaviti rezidualne efekte po prestanku njihove primene, npr. hlorokin, digoksin, adrenalni steroidi.
- Lekovi dostupni za nezavisnu pacijentovu samomedikaciju su u rastućem opsegu i značaju, posebno u nekim sredinama.

Uspešnost terapije, posebno u kućnim uslovima, zavisi od odgovornosti pacijenta i lekara, njihove doslednosti i pridržavanja terapijskom režimu. Glavni razlozi za pacijentovo ne pridržavanje terapijskom režimu su: pacijentovo nezadovoljstvo doktorom, slab odnos pacijent-doktor, gubitak motivacije, zaboravnost (nenamerno nepridržavanje uputstava lekara), nedostatak informacija, učestalo uzimanje leka i komplikovan režim primene leka.

Drugi značajni činioci za slabo pridržavanje terapiji su: neželjene reakcije na lek (koje mogu uzrokovati "inteligentno" nepridržavanje terapije), anksioznost, psihijatrijska stanja, neadekvatna zdravstvena očekivanja, porodična nestabilnost, siromaštvo, beskućništvo, zloupotreba leka.

Oboleli često uzimaju više lekova. Ovo je najčešće posledica prirode bolesti i istovremenog postojanja većeg broja bolesti, pa se naziva politerapija. Česta je pojava polipragmazije - neracionalnog, nesvršishodnog propisivanja većeg broja lekova. Multipla terapija neminovno povećava rizik od nastajanja neželjenih dejstava, a uz to pri kombinovanoj terapiji jedan lek može promeniti intenzitet farmakološkog dejstva drugog leka - pojava interakcije među lekovima.

WHO je 1981.g. identifikovala četiri oblasti problema koji su udruženi sa upotrebom lekova kod starih [4, 5]:

- 1. Multipla terapija lekovima i ekscesivno propisivanje.**
- 2. Izmenjena dejstva lekova u starijoj životnoj dobi.** Fiziološke promene koje se pojavljuju u starijem dobu utiču kako na farmakokinetske , tako i na farmakodinamske promene nekih lekova.
- 3. Povišena incidenca neželjenih dejstava lekova.** Incidenca neželjenih reakcija na lekove kod starih preko 65 godina, raste zbog: 1. rastućeg broja lekova koje je potrebno uzimati, 2. slabog pridržavanja režimima doziranja i 3. telesnih promena usled stareњa koje zahtevaju promene režima doziranja.
- 4. Neredovno uzimanje i nepridržavanje propisanom režimu doziranja.**

Zbog veće prevalencije hroničnih bolesti, psihosomatskih tegoba, funkcionalne onesposobljenosti, kao i zbog multiple patologije, stare osobe su veći korisnici lekova.Prema podacima iz literature u razvijenim zemljama Evrope 15% populacije starije od 65 godina odgovorno je za 30 do 50% svih troškova za lekove.Broj propisanih lekova raste u funkciji životne dobi: studije Nolanna i Skolla su pokazale da prosečan broj proskripcije po osobi raste sa 6,7 za sredovečne na 12,8 osobe starije od 65 godina.

Takođe, podaci o vrsti lekova koji se propisuju starima razlikuju se i po tome da li potiču iz bolnica, ustanova sa dugotrajnim smeštajem ili iz ambulanti opšte medicine. U istraživanju koje je u Britaniji obuhvatilo oko 2000 pacijanata starijih od 65 godina, pri prijemu u bolnicu, ustanovljeno je da je 81,3% uzimalo lekove u vreme prijema, pri čemu je 55,4% dobijalo 1-3 leka a 25,9% su dobili 4 - 6 lekova. Najčešće su propisivani diuretici, analgetici i antipiretici, psihotropni lekovi i srčani glikozidi. Podaci iz ustanova za dugotrajnju negu (ekvivalentne našim domovima za stare) variraju: u Engleskoj pacijenti dobijaju prosečno 3, a u američkim institucijama 7 lekova, uglavnom sedative, hipnotike, analgetike i laksative.

Interakcije

Dva ili više leka koji se daju u isto vreme mogu ispoljiti svoj efekat nezavisno ili mogu interreagovati. Interakcija može biti potenciranje ili antagonizam jednog leka drugim, ili povremeno neki drugi efekti. Interakcije leka u organizmu mogu biti farmakodinamske ili farmakokinetske. Osim sa drugim lekovima, moguće su interakcije sa hranom, bolestima, samomedikacijom [3, 6].

Farmakodinamske interakcije su interakcije dva ili više lekova koji imaju sličan ili antagonistički farmakološki efekat ili sporedne efekte. One se obično mogu predvideti zahvaljujući poznavanju farmakologije leka. Mogu biti direktnе i indirektnе.

Direktne interakcije se dešavaju kada dva leka deluju na isti organ - usled kompeticije za receptorska mesta, ili na isti fiziološki sistem kao sinergisti ili antagonisti (npr. beta blokatori i verapamil - antagonist Ca kanala, mogu izazvati srčanu dekompenzaciju jer se sumiraju njihova kardiodepresivna dejstva; depresivno dejstvo na CNS usled istovremene primene alkohola i lekova koji deluju na CNS).

Indirektne reakcije se odigravaju kada jedan lek na posredan način menja dejstvo drugog leka (npr. hipokalijemija nastala usled primene diureтика menja osetljivost membrana ćelija miokarda i povećava toksičnost digitalisa)

Farmakokinetske interakcije se pojavljuju kada jedan lek utiče na promenu u apsorbciji, raspodeli, metabolizmu i izlučivanju drugog leka, na taj način povećavajući ili redukujući količinu leka koja je potrebna da bi se proizveo farmakološki efekat. Njih nije lako predvideti i mnoge od njih se odigraju kod samo malog broja pacijenata koji uzimaju kombinaciju lekova. Farmakokinetske interakcije koje se pojavljuju sa jednim lekom, ne moraju se pojaviti sa drugim lekom koji ima slične farmakokinetske karakteristike.

Postoji nekoliko tipova farmakokinetskih reakcija

Interakcije u fazi apsorbcije - Stepen apsorbcije ili ukupna apsorbovana količina leka mogu biti obe promenjene usled interakcije lekova. Odložena apsorbcija je retko od kliničkog značaja sem ukoliko nisu potrebni visoki nivoi plazma koncentracije leka (npr. kada se daje analgetik). Redukcija u ukupnoj apsorbovanoj količini može rezultirati u neefektivnoj terapiji.

Primeri: Antacidi smanjuju resorbciju digoksina, ACE inhibitora, dipiridamola, beta blokatora i dr.

Razgradnja digoksina može biti inhibirana eritromicinom ii tetraciklinima pod uticajem bakterijske flore.

Zatim, metoklopramid ubrzavanjem peristaltike, smanjuje biološku raspoloživost digoksina, dok antiholinergički lekovi usporavanjem pasaže creva povećavaju biološku raspoloživost digoksina.

Interakcije usled promena u vezivanju za proteine. Lekovi koji imaju visok afinitet za proteine plazme, mogu ukloniti već vezane lekove slabijeg afiniteta sa njihovog mesta vezivanja na proteinima plazme i na taj način povećati deo slobodnog leka u plazmi. Oslobođen lek stvara merljivo povećanje u efektu ukoliko se radi o leku koji je inače ekstenzivno (u velikom iznosu) vezan lek (više od 90%). Čak i takvo pomeranje retko da stvara više od prolaznog potenciranja dejstva, s obzirom da povećana koncentracija slobodnog leka rezultira u povećanom stepenu eliminacije. Pomeranje sa mesta proteinskog vezivanja igra ulogu u potenciranju dejstva warfarina fenilbutazonom, sulfonamidima i tolbutaminom. Lekovi koji imaju visok afinitet za proteine plazme su: aspirin, fenilbutazon, sulfonamidi, trihlorisrcetna kiselina - metabolit hloral hidrata.

Interakcije usled uticaja na metabolizam. Mnogi lekovi se metabolišu u jetri. Indukcija hepaticnog mikrozomalnog sistema jednim lekom može postepeno da poveća stepen metabolizma drugog leka, rezultirajući nižim plazma koncentracijama i smanjenim efektom. Pri prekidanju upotrebe leka induktora, plazma koncentracija drugog leka se povećava uz rizik od toksičnosti. Antikonvulzivi (fenobarbiton, karbamazepin), neki antimikotici (grizeofulvin) i antituberkulotici (rifampicin) su najvažniji enzimski induktori. Lekovi koji su zahvaćeni njihovim uticajem su warfarin i oralni kontraceptivi.

Suprotno kada jedan lek inhibira metabolizam drugog leka stvaraju se više plazma koncentracije, brzo rezultirajući u povećanom efektu, uz rizik od toksičnosti. Neki lekovi na taj način potenciraju warfarin i fenitoin. Lekovi koji inhibiraju metabolizam drugih paralelno primenjenih lekova su: alopurinol, hloramfenikol, metronidazol i drugi imidazoli, cimetidin, inhibitori MAO, fenilbutazon, ciprofloksacin.

Usled uticaja na renalnu ekskreciju. Mnogi lekovi su eliminisani putem bubrega kako glomerularnom filtracijom tako i aktivnom tubularnom sekrecijom. Kompeticija se pojavljuje između onih lekova koji dele mehanizme aktivnog transporta u proksimalnom tubulu. Tako probenecid odlaže izlučivanje penicilina, nekih cefalosporina, indometacina, i dapsona i dr. Sličnim mehanizmom aspirin može povećati toksičnost metotreksata.

Neke grupe lekova su podložnije interakcijama od drugih: kardiotonički glikozidi, oralni antikoagulansi, antidiabetični lekovi, inhibitori MAO, citostatici.

Interakcije su česte, a mogu imati povoljno i nepovoljno terapijsko dejstvo. Ozbiljnost neželjenih interakcija varira od pacijenta do pacijenta. Lekovi sa malom terapijskom širinom (fenitoin) i oni koji zahtevaju pažljivu kontrolu doziranja (antikoagulantni, antihipertenzivi, antidiabetici) često podležu interakcijama.

Pacijenti na povećanom riziku od interakcija lekova su stari i pacijenti sa smanjenom funkcijom bubrega i jetre.

Preporuke za pravilno sprovodenje farmakoterapije kod starih [7, 8].

1. Prvi korak je uzimanje kompletner istorije uzimanja lekova, uključujući biljne preparate i lekove koje pacijent sam kupuje (npr. dodaci ishrani, vitamini i sl.).
2. Izbeći primenu lekova čiji sa minimalnim ili beznačajnim terapijskim efektom.
3. Obratiti pažnju na troškove i cenu terapije.
4. "Start low, go slow, but get there!".
5. Pojednostaviti terapijski režim.
6. Usmeno obajsniti i napisati jasna uputstva o režimu primene lekova, pacijentu ili pružaocu nege.
7. Pri svakoj viziti ili pacijentovom dolasku u ordinaciju napraviti reevaluaciju terapije koju pacijent prima. Kod pacijenta na kućnom lečenju, prekontrolisti terapiju koja je spremljena u kutiji sa lekovima!
8. Prekinuti upotrebu lekova sa nedovoljnim terapijskim korisnim efektom ili ukoliko se ispolje neželjena dejstva leka.
9. Nalaže se neophodan oprez uvek pri primeni novih lekova.
10. Analizirati odnoshnost korisnog efekta i rizika od neželjenih dejstava i interakcija kod svakog pacijenta kojem je ordinirano sedam i više različitih lekova.

ZAKLJUČAK

Uobičajeno je shvatanje da se pod racionalnom terapijom podrazumeva primena pravog leka u pravo vreme u pravoj dozi. Racionalnim se može smatrati samo izbor leka za koji je sigurno dokazano da ima terapijsko delovanje i da je štetan samo u onoj meri u kojoj neće pogoršati postojeću bolest. Ukoliko takvog leka nema, onda je bolje i ne propisivati lek. Pri propisivanju lekova starijim osobama treba poštovati principe racionalne terapije da se pravi lek primeni na način, u dozi i trajanju, koji odgovaraju individualnim potrebama bolesnika. Neophodna pažnja o primjenjenoj farmakoterapiji kod svakog pacijenta individualno, kao i praćenje korišćenja lekova u populaciji starih je jedan od vidova nastojanja da se racionalizuje potrošnja lekova i poboljša kvalitet farmakoterapije.

LITERATURA

1. British National Formulary. 52 ed. London: Britsh Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2006. Available from: <http://www.bnfc.org/bnf/current/4100i85.htm>
2. Laurence DR, Benett PN, Bronjn MJ. Clinical pharmacology. eight edition. Churchill Livingstone, Singapore, 1997.
3. The Merck Manual of Geriatrics. second edition.ed. Abrams NJB, Beers MH, Berkonj R. Merck Research Laboratories, USA, 2002.
4. Drugs for the Elderly. WHO Europe, WHO Regional Publications, European Series No 71. Second edition.
5. Vojvodić N, Bojović D, Jovanović L. Neke osobnosti zdravstvenog stanja, korišćenja zdravstvene zaštite i upotrebe lekova u populaciji starih u: Specifičnosti primene lekova u starijoj životnoj dobi. Farmakoterapijska sekcija. Sprint, Beograd, 1994.
6. Drug Prescribin for Elderly Called in Calamitous State. Dostupno na:
<http://www.medpagetoday.com/State RequiredCME/Ggeriatrics/tb/6153>
7. Bree JC. Drugs and the Elderly: Practical Considerations. UCSF Division of Geriatrics Care Lecture Series May 2001.
8. Michele MB. The Elderly and Drugs - Problem Overview and Program Strategy. Public Health Report. 1977, 92(1): 42-48. Dostupno na:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/article/fcgi?artid=14319359>

PREVENCIJA DEKUBITALNIH RANA

*Marina Pešić-Prokić, Radica Pešić-Beštić**

Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu Beograd

*Klinički centar Srbije, Institut za KVB

Dekubitalne rane predstavljaju značajan zdravstveni problem savremenog društva. Cena lečenja dekubita postaje značajna stavka u zdravstvenim troškovima, podsećajući nas da što je društvo razvijenije, problem je sve stariji i sve više košta. Zato se sve veći broj naučnih istraživanja počeo baviti unapređenjem prevencije dekubitalnih rana.

U zapadnim zemljama se za lečenje dekubita izdvaja se godišnje više biliona dolara. U SAD kod hospitalizovanih bolesnika incidencija dekubita varira od 2%-40%, kod starih osoba sa frakturama (66%), u jedinicama intenzivne nege je 41%, a kod osoba na kućnom lečenju je 12,9-23% (1). Teško je porebiti publikovane incidence i prevalence u različitim zemljama jer često variraju kriterijumi. Najčešće se sreće incidencija oko 4% kad su uključeni svi hospitalizovani bolesnici određenog perioda.

DEFINICIJA DEKUBITALNIH RANA

Dekubitalne rane predstavljaju lokalizovano ishemično oštećenje kože, potkožnog tkiva i mišića koje nastaje bilo kao rezultat intenzivnog pritiska u kraćem vremenskom intervalu, bilo usled dugotrajnog pritiska slabijeg intenziteta (1).

Naziv potiče od latinske reči **decumbere** što znači „ležeći položaj“ i ukazuje na specifični položaj tela koja predisponira nastanak ovih promena. Adekvatniji izraz bi bio „oštećenje usled pritiska“ tj. **pressure sores**, budući da se promene mogu javiti na bilo kom delu tela.

PREVENCIJA DEKUBITALNIH RANA

Dekubitalne rane je još uvek lakše prevenirati nego lečiti. Kada se već razviju dekubiti, lečenje je dugotrajno i mukotrplno, zahteva puno materijalnih sredstava i intenzivno angažovanje timova lekara, medicinske sestre koja radi negu, porodice i samog pacijenta (2). S druge strane, ne može se reći ni da je prevencija dekubita lak i nekomplikovan proces.

Vrlo važna stvar u prevenciji dekubita je da se na vreme identifikuju pacijenti sa rizikom od nastanka dekubita.

PREPORUKE KADA RADITI PROCENU RIZIKA OD DEKUBITA

- procenu rizika (po Nortonovoj ili Bradenovoj skali) uraditi kod svakog hospitalizovanog (primljenog) pacijenta koji ima otežano kretanje (3,4)

- procenjenog pacijenta svrstati u kategoriju rizika: /PACIJENTI BEZ RIZIKA, PACIJENTI POD RIZIKOM OD POJAVE DEKUBITA, PACIJENTI SA VISOKIM RIZIKOM/

- procena se radi po prijemu u zdravstvenu ustanovu, posle svake značajne promjene stanja pacijenta, kao i u pravilnim vremenskim intervalima kod dugo hospitalno lečenih pacijenata

Radi predviđanja rizika za pojavu dekubita se koriste Nortonova i Bradenova skala.

NORTONOVA SKALA

Na ovaj način pacijent se procenjuje kroz 5 kategorija koje se boduju od 1-4 i napravi se ukupni scor. Ako je ukupni zbir poena 14 i manje od 14 pacijent je pod rizikom za razvoj dekubita.

BRADENOVA SKALA

Pacijent se procenjuje kroz 6 kategorija. Ako je ukupni zbir manji od 12 visok je rizik za razvoj dekubita, ako je zbir od 12-14 rizik je umeren, a pri skoru 15-16 rizik je mali.

Procenjuju se sledeće **kategorije**:

I Senzorna percepcija-sposobnost svesnog odgovora

1. kompletno ograničena (ne odgovara na bol)
2. veoma ograničena (odgovara smanjeno na bolni stimulans)
3. umereno ograničena (odgovara ali ne uvek na verbalne komande, senzorni deficit nekog ekstremiteta)
4. bez ograničenja (odgovara na verbalne komande, bez senzornog deficit-a)

II Vlaženje delova kože

1. stalno prisutno vlaženje (inkontinencija...)
2. često ali ne stalno prisutno vlaženje
3. povremeno vlaženje delova kože
4. retko vlaženje (dovoljna promena čaršafa u rutinskim intervalima)

III Aktivnost

1. vezan za krevet
2. ne može da nosi svoju težinu, mora da ima tuđu pomoć ili kolica
3. povremeno hoda na malom rastojanju sa ili bez tude pomoći
4. hoda sam van sobe bar 2x dnevno i u sobi na 2h

IV Mobilnost

1. potpuno nepokretan (ne pravi ni mali pokret bez tuđe pomoći)
2. veoma ograničeno pokretan (može male ali ne i veće pokrete bez pomoći)
3. delimično ograničen (pravi male i česte pokrete nezavisno od tuđe pomoći)
4. bez ograničenja (pravi velike i česte pokrete tela bez tuđe pomoći)

V Nutricija

1. veoma slab unos hrane (pojede 1/3 obroka, malo tečnosti ili ništa per oss)
2. verovatno neadekvatan (pojede ½ obroka ili prima hranu preko tubusa i i.v.)
3. adekvatan unos hrane (pojede sva 4 obroka dnevno)
4. odličan unos hrane (uzima više od 4 obroka dnevno i ne odbija dodatnu ishranu)

VI Trljanje i klizanje

1. prisutan problem (često klizi u postelji i stolici, zahteva tuđu pomoć pri pomeranju)
2. potencijalni problem (uglavnom dobra pozicija ali povremeno sklizne u krevetu)
3. nema problema (dobra pozicija u stolici i krevetu, ima snage za pokrete)

Pored Nortonove i Bradenove postoje i druge skale za procenu rizika od dekubita, kao što je Waterlow Pressure Sore Risk (PSR)(5). Bez obzira za koju se skalu institucija odluči, potrebno ju je primenjivati kod svih pacijenata na početku hospitalizacije/prijema kao i nakon većih intervencija, da bi se što ranije prišlo primeni preventivnih mera kod bolesnika sa visokim rizikom za nastanak dekubita.

PLAN PREVENCIJE DEKUBITALNIH RANA

Sledeći korak je, da se nakon utvrđivanja da je pacijent pod rizikom od nastanka dekubita, napravi plan prevencije (3,6), koji podrazumeva sledeće postupke:

- 1. redovno menjanje pozicije tela**
- 2. održavanje dobre rehidratacije pacijenta, nutricije i higijene i insistiranje na merama rehabilitacije**
- 3. identifikovanje faktora rizika**

1. Preporučuje se **zavodenje rasporeda promene položaja tela radi smanjenja pritiska na izloženim prominencijama kostiju**. Pozicija tela u ležećem položaju mora se menjati na svaka 2 sata., a ako postoji visok rizik od razvoja dekubita, onda i na svaki sat. Uzglavlje ne sme biti više od 30°. Sedenje pacijenta u stolici ograničiti na najviše 1 sat. Preporučuju se jastuci za sedenje od zgusnute pene ili silikonskog gela. **Odabrati odgovarajuću površinu kreveta**-elastičnu, prekrivenu zategnutim čaršafom. Preporučuje se upotreba **pomagala**: jastuk i/ili dušek od pene sa vazduhom, gelom ili vodom (antidekubitalni jastuci, dušeci..). Korigovati inkontinenciju (pelene, kateteri).

2. Kožu treba pregledati najmanje jednom dnevno. Održavati kožu čistom i suvom, prati toplom vodom i blagim sapunom, posušiti, a zatim lagano naneti sloj hidratantne kreme ili ulja. Lečiti infekciju (7).

U mere prevencije spada dobra **rehidracija bolesnika** i proteinska **ishrana** sa dovoljno kalorija. Neophodno je pratiti **nutritivni status** pacijenta bar 2 puta mesečno (antropometrijske mere i laboratorijski nalazi). Ako su albumini ispod

3,5g/dl, ili je telesna težina opala za više od 15%, treba dati parenteralnu ishranu. Ukupni kalorijski unos mora biti najmanje 30-35 cal/kg/dnevno a proteinski unos 1,25-1,5g/kg/dnevno. Ovim bolesnicima treba obezbediti vitamin C 120mg/dnevno i Zn u dozi 12-15mg/dnevno, jer poboljšavaju regeneraciju kože. Ako oralna ishrana nije dovoljna treba uključiti nazogastričnu sondu, gastro stomu ili totalnu parenteralnu ishranu.

Pouzdanost i opravdanost praćenja nutricionog statusa je testirana putem mini nutricione procene (MNA) i nešto novije metode, tzv. nutriciona forma u starih (NUFFE-Nutritional Form for the Elderly). U sklopu MNA praćene su antropometrijske mere tipa obima nadlaktice i obima listova i body mass index. Studija Soderhamn i sar.(8) je pokazala da je NUFFE procena jednostavno sredstvo kojim se može proceniti prisustvo stvarne i potencijalne pothranjenost.

Sve se više u svetu ukazuje na uključivanje što ranije **rehabilitacionog programa**, što će pomoći pacijentu da mu se vrati pokretljivost i ubrza oporavak. Treba naučiti pacijenta da sam menja položaj tela i pravi male ali česte promene, jer time pomaže redistribuciju telesne težine i krvotoka. Pacijent treba da na 8 sati radi vežbe u postelji i time poboljšava cirkulaciju, očuva mišićnu masu i mobilnost zglobova. Preporučuje se što ranija rehabilitacija, pasivna i aktivna uz pomoć fizioterapeuta.

3. Identifikacija prisutnih faktora rizika i njihova delimična ili potpuna eliminacija, takođe ima značajnu ulogu u prevenciji dekubitalnih rana.

Etiološki razlikujemo **spoljašnje i unutrašnje faktore rizika** kao i **bolesti i stanja** koja mogu da doprinesu razvoju dekubita.

I Spoljašnji faktori rizika:

- 1. pritisak**
- 2. frikcija (trenje)**
- 3. trljanje**
- 4. maceracija (kvašenje)**

Pritisak je primarni faktor. Kad pacijent leži ili mlitavo sedi površina kreveta ili stolice vrši intenzivni pritisak na prominencijama kostiju. Normalni kapilarni pritisak na krajevima arteriola je oko 32 mmHg. Kada je tkivo jako komprimovano pritisak se povećava, a snabdevanje krvlju i limfna drenaža se redukuju(2). Prolongirani pritisak dovodi do intersticijalnog edema, deponovanja fibrina, pojave mikrovaskularnih tromboza i dermalne nekroze.

Frikcija se dešava pri trenju kože o drugu površinu dovodeći do gubitka epiderma, kao kad pacijent klizi u krevetu bez zategnutih čaršafa.

Trljanje je kada se dve kožne površine taru jedna o drugu krećući se u suprotnim pravcima.

Maceracija se dešava usled prekomerne vlažnosti tkiva što smanjuje njihovu otpornost (kod prekomernog znojenja, urinarne ili fekalne inkontinencije).

II Unutrašnji faktori rizika za razvoj dekubita

- 1. imobilizacija**
- 2. inaktivnost**

- 3. inkontinencija (urinae et alvi)**
- 4. slabija uhranjenost ili pothranjenost**
- 5. smanjen nivo svesti**
- 6. primena kortikosteroida**
- 7. pušenje**

III Bolesti i stanja koja pomažu razvoj dekubita uz prisustvo nekog od faktora rizika su: anemija, infekcija, CVI, prelomi, maligniteti, kaheksija, edemi, demencija, alkoholizam, diabetes mellitus, periferna vaskularna insuficijencija...

Bitno je istaći da se dekubitalne rane mogu javiti na svim mestima gde postoji izloženost faktorima rizika ali najčešće lokalizacije dekubitalnih promena su: sakrum i ishijadični predeo, veliki trohanteri, medialni i lateralni kondili, maleolusi, pete. Nešto ređe dekubiti se javljaju na mestima kao što su: laktovi, lopatice, kičmeni pršlenovi, rebra, ušne školjke, potiljak...

LEČENJE DEKUBITALNIH RANA

Istraživanja ukazuju na to da redovna primena skale za procenu rizika od pojave dekubita u rutinskim intervalima doprinosi njihovoј prevenciji, i upola smanjuje njihovu incidencu (4). Međutim, ako je i pored primene preventivnih mera, kod pacijenata pod rizikom od nastanka dekubita, došlo do pojave dekubitalnih rana, neophodno je te dekubite adekvatno i dovoljno dugo lečiti.

Neadekvatno lečenje dekubitalnih rana može dovesti do razvoja značajnih **komplikacija** kao što su: celulitis, osteomijelitis, piartroza i sepsa.

Terapija dekubitalnih rana obuhvata:

- 1. prekid daljeg pritiska**
- 2. nega rane**
- 3. odgovarajuća ishrana (sa dovoljno proteina, minerala, vitamina)**

Prvi korak ka izlečenju je **prekid ili smanjenje daljeg pritiska na ranu**. Ako je do stvaranja dekubita došlo treba uraditi **osnovne laboratorijske analize, kulturu brisa rane i antibiogram** (ako ima znakova infekcije). Najčešće su infekcije gram-negativnim mikroorganizmima (Pseudomonas aerugirosa, Proteus mirabilis, Escherichia coli), gram-pozitivnim kokama (Staphylococcus aureus) ili anaerobnim mikroorganizmima. Graničan je broj bakterija od 100000. Lokalno dati antibiotici rešavaju površne infekcije; čim se pojavi granulaciono tkivo treba prestati sa njima.

Terapijski pristup zavisi od stadijuma dekubita:

I STADIJUM

Oprati mesto vodom i blagim sapunom, isprati, posušiti i pokriti ranu film ili hidrokoloidnim zavojem.

II STADIJUM

Rana se očisti fiziološkim rastvorom, pokrije film, hidrokoloidnim ili hidrogel zavojem, ili gazom natopljenom fiziološkim rastvorom. Sivi zavoji nisu

preporučljivi. Providni ili hidrokolojdni zavoji mogu da stoje do 5 dana, ako se koristi gaza natopljena fiziološkim rastvorom, menja se dva puta dnevno.

III STADIJUM

Da bi došlo do zarastanja rane, mora da se oslobodi infekcije i nekrotičnog tkiva. Uraditi mehanički, hemijski ili hirurški debridman, a infekcija se koriguje antibiotikom. Kod **mehaničkog debridmana** se koristi ispiranje fiziološkim rastvorom ili blagih rastvori antiseptičnih sredstava (0,1% povidon jodid ili 0,5% natrijum hipohlorit).

Hemijski ili enzimski debridmen se koristi kod površnih rana, neefikasan je kod suve nekroze. To su proteolitički i fibrinolitički enzimi–kolagenaze, dezoksi-ribonukleaze, fibrinolizin kojim se razgrađuje devitalizovano tkivo (kao TRAVASE, ELASE pulvis...). Najbolje je da se koriste kao dodatna metoda uz mehanički ili hirurški debridman. **Hirurški debridman** podrazumeva uklanjanje nekrotičkih masa hirurškim putem. On je neophodan za lečenje dekubita III i IV stadijuma.

IV STADIJUM

Tretman je kao u stadijumu III. Sav eksudat i nekrotično tkivo se uklone. **Hirurški debridman** ide do u zdravo tkivo, a kod nekih dekubita se radi i prekrivanje miokutanim autotransplantantima. Kod opsežnih dekubita, udruženih sa vaskularnom insuficijencijom, mora se raditi i amputacija dela ekstremiteta (7).

VRSTE ZAVOJA ZA LEČENJE DEKUBITALNIH RANA

- 1. Jedan od najstarijih jestе WDD - wet to dry dressing, tj. klasični tretman.**
Bazira se na primeni sterilne pamučne gaze koja se vlaži fiziološkim rastvorom i stavlja na očišćenu ranu. Menja se na 8 sati, suv sterilni zavoj se stavlja preko vlažnog. Pogodan je za lečenje dekubita III i IV stadijuma.
- 2. Likvidna, tečna barijera** se upotrebljava u vidu spreja. Nanosi se na dobro očišćenu i posušenu kožu, sačeka se oko 1 minut da se osuši.
- 3. Hidrokolojdni zavoji** su neprovidni i za vazduh nepropusni tip okluzivnog zavoja. Najpogodniji su za primenu kod plićih rana, može da stoji do 7 dana. Vrste: DUODERM, RESTORE, COMFEEL ULCER CARE DRESSING.
- 4. Apsorbtivni zavoji** se sastoje od hidrofilnih kuglica ili komadića koji apsorbuju prekomernu eksudaciju iz rane i nekrotične mase. Najčešće se moraju menjati 1-2 puta dnevno. Vrste: DEBRISAN, HYDRA GRAN...
- 5. Film zavoji** su poliuretanski zavoji, propustljivi za vazduh, ali ne i za tečnost. Vrste: OPSITE-flasteri predstavljaju providnu poliuretansku membranu koja propušta gasove i vodenu paru, dozvoljavajući koži da diše, a ne propušta vodu i bakterije.
- 6. Hidrogelovi** su polimeri koji apsorbuju eksudat iz rane stvarajući želatinoznu supstancu. Polupropustljivi su i ne adherirajući za ranu, obezbeđuju vlažnu sredinu potrebnu za zarastanje rana. Stoji do 3 dana. Vrste: VIGILON, GEL-SYTE.
- 7. Kalcijum-aginat zavoji** su napravljeni od prirodnog polisaharida iz morske trave koji pri kontaktu sa eksudatom stvori meki gel, propustljiv za vazduh. Zavoj se menja 1-2 puta dnevno. Vrste: SORBSAN, KALTOSTAT.

NOVE MOGUĆNOSTI U LEČENJU DEKUBITA

1. Tretman laserom (LILT-Low Intensity Laser Therapy): Svetlosna energija iz lasera se apsorbuje u citohromima u mitohondrijama ćelija i ćelijskoj membrani i stvara se slobodan kiseonik. Razvija se protonski gradijent duž ćelijske i mitohondrijske membrane, promena u permeabilnosti membrana za različite jone, porast ćelijskog ATP-a, produkcija DNK, porast endotelijalne i fiboblastne proliferacije, stimulacija mast-ćelija, itd. Pogodan je za lečenje dekubita, inficiranih i postoperativnih rana, kao i iščašenja, bolova u vratu i leđima.

2. Upotreba elektriciteta za stimulaciju zaceljivanja rana je davno poznata. Wood Evans je izneo svoja iskustva u lečenju dekubita II i III stadijuma primenom 3 puta nedeljno pulsne struje slabog intenziteta.

3. Elektromagnetna terapija gde elektrode izazivaju elektromagnetno polje duž rane može poboljšati ozdravljenje ulcera, ali to mišljenje ne zastupaju svi autori. Prema radovima Olyae Manesh i sar. (9) nije bilo statistički značajnih razlika u zaceljavanju rana II i III stadijuma između standardne terapije i kombinovane standardne i elektromagnetne terapije, ali se predlaže dalje ispitivanje.

4. Faktori rasta predstavljaju nove mogućnosti u lečenju dekubita. Prvu randomiziranu studiju su sprovedli Robson i sar.(10) koji su ispitivali fibroblastni faktor rasta (bFGF). Biopsijom je utvrđen porast broja fibroblasta, što ukazuje na histološku osnovu efikasnosti ovog načina lečenja dekubita. Jedan od registrovanih preparata za lečenje je PROCUREN solutio. Velika pažnja se poklanja mogućnosti korišćenja GM-CFS faktora za stimulisanje ozdravljanja hroničnih rana. L. Fratino i sar.(11) su uradili pilot studiju sa aplikacijom Mielogena, tj. granulocitno monocitnog stimulišućeg faktora (GM-CSF) kod lečenja hroničnih dekubitalnih i venskih ulcera. Kod 55% osoba je došlo do kompletног ozdravljenja rane, kod 22% do parcijalnog odgovora kao reepitelizacija više od 50% površine rane.

5. HydroCision's Ulcer Jet TM system je naprava koja se u svetu koristi za debridman hroničnih rana. Njime se omogućava mnogo agresivnije čišćenje rane, manji gubitak krvi i manje je bolno za pacijenta. Mlaz tečnosti pod ultra visokim pritiskom ima sposobnost da simultano i sa visokom preciznošću seče tkivo i čisti ranu ostavljajući glatku površinu.

ZAKLJUČAK

Dekubitalne rane predstavljaju značajan zdravstveni i ekonomski problem široke populacije. Obzirom na velike ekonomске izdatke potrebne za proces lečenja dekubitalnih trana, treba se više oslanjati na prevenciju dekubita, naročito kod visokorizičnih pacijenata. Potrebno je da se uvođenjem Nortonove ili Bradenove skale proceni rizik od dekubita kod svakog pacijenta, i da se na osnovu toga donese odluka o uvođenju mera prevencije.

Treba podsticati i aktivno učešće bolesnika i njegove porodice u proces prevencije dekubita, naučiti ih da prepoznaju znakove pogoršanja, da rade na eliminaciji faktora rizika, da adekvatno alarmiraju ako se javi neki znak infekcije i sl.

Važno je uspostaviti ravnotežu između uloge institucija i porodice u prevenciji i lečenju dekubita. Neophodan je multidisciplinarni pristup problemu primarne i sekundarne prevencije. Samo na taj način, uz zajednički napor pojedinaca i institucije, možemo da prevaziđemo problem prevencije /i lečenja/ dekubitalnih rana.

LITERATURA:

1. Pressure sores. In: M. H. Beers, R. Beerkow (eds) The Merck Manual of Geriatrics, 3rd ed. Merck and Co, Inc. NJ, USA 2000:1261-76.
2. M. Rydberg, D.W. Jahnigen: Pressure Ulcers. In: D. Jahnigen, R. Schrier (eds), Geriatric medicine, 2nd ed. Blackwell Science, Inc. USA. 1996:345-52.
3. Alan Pearson et all: Pressure sores-part 1: Prevention of pressure related damage. Best Practice, 1997, 1(1): 1329-1874.
4. Lyder C.What are measurements of quality of pressure ulcer care prevention Risk scales.National pressure ulcer advisory panel sixth national consensus conference.The pressure ulcer challenge:Balancing cost-benefit quality. Orlando, FL, 1999.
5. Leblebic Berrin et all: Clinical and Epidemiologic Evaluation of Pressure Ulcers in Patients at a University Hospital in Turkey. Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing. 2007, 34(4):407-411.
6. Madhuri Reddy et all: Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. JAMA. 2006;296:974-984.
7. Widby T: Caring about wound care. Geriatrics 2001, 56 (10):33-8, 41.
8. Soderhamn U, Soderhamn O: Reliability and validity of the nutritional form for the elderly (NUFFE). J Adv Nurs 2002, 37 (1):28-34.
9. Olyaee Manesh A et all: Eletromagnetic therapy for treating pressure ulcers. Cochrane Database of Sistemic Reviews 2006, Issue3,2930 (abs.).
10. RS Rees, MC Robson et all: Bepacplemin gel in the treatment of premaure ulcers, a phase II randomized, double-blind, placebo-controlled study. Wound Repair Regen 1999, 7(3):141-47.
11. L.Fratino et all: Treatment of decubital ulcersand of venous ulcer with intralesion mielogen in elderly patients with or without cancer. Aviano, De Gironcoli Hospital Conegliano, Italy 2000

DOSTOJANSTVO OSTARELOG BOLESNIKA U KUĆI

Dobrila Bojović

Gradski zavod za gerontologiju, Beograd

Sve veći broj starih osoba nužno nameće potrebu društvu i zdravstvenim sistemima da se stalno iznalaze što bolji načini njihovog zbrinjavanja.

Briga o umirućim starima podrazumeva postojanje odgovarajućeg dostojanstva i adekvatnog komfora, a počiva na stručnosti, odgovornosti, strpljenju i humanosti. Umiranje u kući se uveliko ističe u težnji za odgovarajućom sofisticiranom negom i lečenjem i u nadi da se redukuju troškovi lečenja.

Iskustva iz programa palijativne nege trebalo bi da postanu stimulus za povećanje interesovanja i obezbeđenje sredstava za dobro palijativno zbrinjavanje, ne samo u kući nego i na svim mestima gde ljudi umiru, ne samo od kancera, nego i za sve uzroke smrti.

- stari
- dostojanstvo
- palijativna nega

Sa razvojem medicinskih znanja i napretkom tehnologije, terminalna faza života sve se više odlaže i produžava; ljudi umiru sve stariji i kako to podaci o mortalitetu govore, češće od hroničnih nego od akutnih bolesti.

Prilagođavajući se ovakvim kretanjima sistemi zdravstvene zaštite postali su više osetljivi, sofisticiraniji, intenzivniji i više upućeni na tehnička dostignuća. Prirodna tendencija je otuda, da se primenom savremene tehnologije i naučnih saznanja u završnim fazama života, život što više produži. Nažalost, ovakvi napori često su jalovi, za pacijenta bolni i skupi.

Kao reakcija na ovaj trend baziran na tehnologiji, pre oko pola veka, pojавio se pojam i uobliočio servisni sistem pod nazivom „hospisi“ po svom začetniku Dame Cicely Sanders koja se posvetila palijaciji (otklanjanju bola i simptoma) uz socijalnu i spiritualnu podršku, a posebno dostojanstvo za umirućeg i njegovu porodicu. Hospis je prema tome vid zbrinjavanja koga karakteriše „low tech – high touch“ niska tehnologija – visoka bliskost i predstavlja alternativu agresivnom tehnološkom imperativu u razvijenim zdravstvenim sistemima.

Sama reč hospis (lat.gost) mnoge odbija, a drugi nazivi za ove programe su „palijativna ili terminalna nega“. Najviše prihvaćen je naziv palijativna nega koji se najčešće spominje u udžbenicima i postdiplomskim kursevima.

Po definiciji WHO palijativno lečenje predstavlja sveobuhvatnu aktivnu negu pacijenata čija bolest ne odgovara na kurabilan tretman. Kontrola bola i

drugih simptoma uz psihološku, socijalnu i spiritualnu podršku čini okosnicu ovog pristupa. Cilj palijativne nege je postizanje najboljeg mogućeg kvaliteta života za bolesnike i njihove porodice.

Palijativna nega:

- afirmiše život i prihvata smrt kao normalan proces
- ne ubrzava i ne potpomaže smrt
- obezbeđuje uklanjanje bola i drugih mučnih simptoma
- obuhvata psihološke i duhovne aspekte
- iznalazi sisteme podrške kako bi se pomoglo pacijentima da žive što je moguće aktivnije sve do smrti
- nudi podršku i pomoći porodici u periodu žalosti posle smrti.

ULOGA I DOPRINOS PORODICE

U završnim fazama života bolesnici se sem na zvanične institucije, uglavnom oslanjaju na intenzivno angažovanje članova porodice. Sam gubitak mlađih osoba prihvata se, uopšteno, sa više bola i pobuduje saosećanje javnosti; postoji više članova porodice i prijatelja koji su spremni da pomognu. U kontrastu, smrt vrlo stare osobe lakše se prihvata od strane porodice, mnogi stari i nemoćni bolesnici je i sami „priželjkuju“; postoji malo živih prijatelja, osećaj odgovornosti i ožalošćenosti je manji, a porodica vrlo često očekuje da brigu o starima preuzmu institucije.

Smrt od kancera je, uobičajeno, izvesna i očekuje se. Okolina obolelog je motivisana da učini sve da smanji patnju, angažujući sredstva i vreme da bi se obezbedila nega. Deca, prijatelji, rođaci često žive daleko i nose se vlastitim obavezama i odgovornostima. Međutim, blizina smrti i saznanje da to neće trajati dugo, bude tragične emocije i oni prihvataju i nose glavni teret nege.

U slučaju kada su ove porodične strukture nestabilne, kada srodnici žive daleko, ili im nedostaje iskustvo iz sličnih situacija (mlađa osoba koja nikad nije videla umrlog ili starija osoba – ostareli supružnik koji nikad nije zvao medicinsku pomoći telefonom), članovi palijativnog tima moraju da steknu poverenje bolesnika i da budu spremni da substituišu člana porodice.

SMRT I STARCI

Kada se govori o dostojanstvenom umiranju („komforna, lepa smrt“) misli se na smrt u sopstvenom krevetu, u svome domu i okruženju porodice, što je sve ređi slučaj ukoliko je osoba starija. Stare osobe često žive same, ponekad van vlastitog doma, prinuđene da se presele kod dece i rođaka koji preuzimaju negu obolelog ili su smešteni po odeljenjima u okviru domova za stare.

Sem starosti, i neki drugi faktori određuju gde će smrt zateći staru osobu.

Dostupnost bolničkih postelja. Bolnice se sve više prihvataju kao mesta za lečenje, pre svega, a ne za negu. Uz to štedljivi zdravstveni fondovi limitiraju

prijem pacijenata koji umiru. Domovi za stare, takođe, teško da mogu da zadovolje potrebe ovih bolesnika i njihovih porodica. U ovakvoj situaciji, nega u kući sve više dobija na važnosti.

Pol. Muškarci, koji prema demografskim pokazateljima žive kraće od žena, imaju veće šanse da umru kod kuće jer imaju supružnika koji preuzima negu, dok su žene češće primorane da prihvate institucionalnu negu.

Uzrok smrti. Napravna smrt najčešće nastupa u kući, akutna bolest sa fatalnim ishodom implicira prijem u bolnicu, dok kancer, sa svojom, obično lošom, prognozom, usmeren je na program hospisa, odnosno palijativnog zbrinjavanja. Pridružena stanja kao što je funkcionalna zavisnost udružena sa šlogom ili demencijom, takođe zahtevaju dugotrajnu negu.

Socioekonomski status. Imućnije porodice mogu da obezbede dodatna pomagala i aparate koji olakšavaju sprovođenje nege u kući.

UMIRANJE I PALIJATIVNA NEGA STARIH

Palijativno zbrinjavanje starih razlikuje se od nege za mlađe osobe po nekim specifičnostima:

1. Podrška porodice/okoline u mnogim slučajevima izostaje. Stare osobe često žive same, bez supružnika i prijatelja, a deca su daleko i imaju vlastite obaveze. Lokalni, nacionalni i kulturno-sociološki faktori odražavaju se na stavove društva prema starima.
2. Strah od „stavljanja u dom“ postoji kod svih, a posebno kod starih i proizilazi iz stavova prema ovim institucijama, koji su, na žalost, često opravdani. Stepen u kome ovi objekti raspolažu medicinskom stručnom negom, znanjem, osobljem, opremljenosti vrlo varira.
3. Simptomatologija je raznovrsna. Opšte je prihvaćeno da je umiranje starih bezbolan proces za stare, dok, zapravo stopa prevalencije bola raste sa godinama. Pojedini simptomi su češći kod starih: konfuzija, inkontinencija, teškote sa vidom i sluhom, vrtoglavica i uporni kašalj.
4. Sposobnost za samostalno funkcionisanje u kući je inače redukovana kod starih, a terminalna bolest još više pogoršava funkcionalnu zavisnost.
5. Smrt se u starosti prihvata, ponekad i priželjuje. Prema statistici, stopa samoubistava među osobama starijim od 65 godina dvostruko je veća od prosečne stope za odrasle. Strah od smrti manji je od straha da se „ne bude na teretu drugima“.
6. Brojni simptomi koji dugo traju, zahtevi pacijenata i okoline, utvrđivanje prioriteta među tako velikim potrebama, zahtevaju stručnost, odgovornost i strpljenje, pa se mnogi zdravstveni radnici osećaju pod pritiskom u svom radu.
7. Patologija, a samim tim i simptomi su multipli. Zbrinjavanje obolelih od malignih ili drugih bolesti sa fatalnom prognozom kao i tretman neposrednih

- simptoma, dodatno su komplikovani već postojećim oboljenjem; dijabetesom, artritisom, emfizemom, osteoporozom ili vaskularnom bolešću.
8. Mnogi lekovi koje je osoba uzimala (npr. diuretici, sedativi) mogu se obustaviti u ovoj fazi života.
 9. Demencija onemogućava komunikaciju, što otežava da se procene želje bolesnika ili da se obezbedi spiritualna i emocionalna podrška koje su okosnica dobre palijativne nege. Postojeće kognitivno oštećenje umnogome se odražava na etičke stavove u ovoj oblasti. Dementni bolesnici manje privlače pažnju osoba koje ih neguju.
 10. Za osobe koje neguju, kontakt sa rođinom je poseban izazov.

KONTROLA SIMPTOMA

U završnim fazama života mogu da se javi bilo koji simptomi koji se, inače, mogu prepoznati u kliničkoj praksi. Cartwright i Seale ustanovili su da u ovoj fazi postoji velika sličnost simptoma bez obzira da li se radi o neizlečivoj bolesti ili progresivnom stanju. Među 639 osoba starijih od 75 godina, incidenca bola kod bolesnika sa kancerom bilo je 75% u poređenju sa 68% kod obolelih od drugih bolesti. Intenzitet bola kod pacijenata sa kancerom bio je značajno veći, ali je trajanje bola kod pacijenata sa nekancerskim oboljenjima bilo duže. Mučnina, povraćanje, anoreksija i konstipacija bili su značajno više zastupljeni među kancerskim bolesnicima. U studiji sa 1000 pacijenata, sa različitim tipovima kancera, najčešći simptomi bili su: bol, slabost, anoreksija i gubitak težine, kserostomija, konstipacija i dispnea.

U svakodnevnom radu sa starima često se sreću: uznemirenost, konfuzija, inkontinencija, dekubitusi, različite psihološke reakcije poput straha od smrti ili ljutnje.

U pristupu kontroli simptoma, kao i bilo kom medicinskom problemu, potrebna je pažljiva anamneza, savestan pregled, sprovođenje odgovarajućih pretraga i analize (pri čemu treba izbegavati sve nepotrebno) i postavljanje dijagnoze potogene simptoma.

Odgovarajući tretman simptoma trebalo bi da bude podstaknut ne samo dobijenim informacijama, već i željama samog pacijenta pri čemu se ne sme isključiti porodica.

Kontrola simptoma se, generalno, postiže lekovima, a prosečan broj lekova je oko 6 na dan. Tretman simptoma kod bolesnika sa već postojećim oboljenjima neizbežno vodi ka polifarmaciji. Otuda, uvek i iznova treba revidirati terapijske liste i biti posebno obazriv u pogledu potencijalnih interakcija lekova.

ISKUSTVA GRADSKOG ZAVODA ZA GERONTOLOGIJU

U 2006. godini od ukupno 2138 bolesnika koji su zbrinjavani u Zavodu, umrlo je 359 ili 16,8%. Vodeći uzroci mortaliteta bili su kardiovaskularna (60,2%), maligna (19,8%), i cerebrovaskularna oboljenja. Najveći broj bolesnika (79,7%) umire u toku prva tri meseca od prijema na kućno lečenje, što pokazuje visoku

zastupljenost obolelih u terminalnoj fazi bolesti sa različitim simptomima koji komplikuju teško stanje.

Posebnom retrospektivnom analizom u slučajno izabranom uzorku, najzastupljeniji simptomi bili su: bol (52,1%), dispnea (24,7%), anoreksija i gubitak težine (38,4%), nauzeja i povraćanje (23,3%), opstipacija (21,9%), dekubitis (27,4%), inkontinencija urinarna/fekalna (69,9%) i konfuzija (30,1%).

ZAKLJUČAK

Palijativna nega uključuje aktivan, analitički pristup staroj osobi. Može da otpočne već u vreme postavljanja dijagnoze inkurabilnog stanja i ne bi trebalo da bude ograničena samo na terminalnu fazu života. Ona podrazumeva otklanjanje svih tegoba koje se mogu otkloniti i palijaciju irreverzibilnih tegoba. Iako se principi palijacije primarno odnose na obolele od kancera, trebalo bi ih primenjivati i na nemaligna stanja.

LITERATURA:

1. Harvard Medical School Health Publications Group. Dying with dignity. Harvard Health Lett (Special suppl) 1993;
2. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical report series 804. Geneva, WHO, 1990.
3. Cartwright A. Dying when you're old. Age Ageing 1993.
4. Cartwright A, Seale: The Year Before Death. Aldershot, Ashgate Publishing, 1994: 113-116
5. Kane R, Klein S, Bernstein I, et al. Hospice role in alleviating the emotional stress of terminal patients and their families. Med. Care 1985; 23:189-197.
6. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, ed. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford Medical, 1993.
7. Rhymes J. Clinical menagment of terminally ill. Geriatrics 1991.
8. Eve A, Higginson IJ: Minimum dataset activity for hospice and hospital palliative care services in the UK 1997/98.

SADRŽAJ

PREDRASUDE PREMA STARENJU Z. Djordjević, P. Erceg, N. Despotović, D.P. Milosević, M. Davidović	1
ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE POTREBA STARIH Goran Ševo	6
STARA OSOBA IZMEĐU VANINSTITUCIONALNOG ZBRINJAVANJA, BOLNIČKOG LEČENJA I DUGOTRAJNE NEGE Sofija Božinović	15
MODEL ZBRINJAVANJA STARIH U KUĆNIM USLOVIMA Ljiljana Žikić	20
OSNOVNA ZNANJA O HOMEOPATIJI Miloš Popović	24
HOLISTIČKI PRISTUP I HOMEOPATIJA KOD STARIH Milan S. Crnobarić	34
FAKTORI RIZIKA I PREVENCIJA PADOVA KOD STARIH Snežana Mojović	38
KONFUZNA STANJA U STARIH Aleksandra Miličević Kalašić	46
URINARNA INKONTINENCIJA Pavle Milanović	52
HRONIČNI BOL KOD STARIH Lepa B. Jovanović	62
TERAPIJA HRONIČNOG BOLA KOD GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA Bojana Potić, Predrag Erceg, Despotović Nebojša, Dragoslav Milošević, Mladen Davidović	69
TERAPIJA SRČANE INSUFICIJENCIJE KOD STARIH Milena Bojić, Sofija Božinović, Svetlana Jelić	77

STATINI U TERAPIJI LIPIDSKIH POREMEĆAJA OSOBA STARIH 65 I VIŠE GODINA - MEDICINA ZASNOVANA NA DOKAZIMA Olga Vasović	80
HRONIČNA OPSTRUKCIJSKA BOLEST PLUĆA (HOBP) MOGUĆNOSTI ZBRINJAVANJA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Vidimka Tošić	86
DEGENERATIVNA OBOLJENJA PERIFERNIH ZGLOBOVA U STARIH Zvezdana Pašić	95
RANO OTKRIVANJE PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA Aleksandra Miličević Kalašić	103
ANOREKSIJA STARENJA - FAKTOR RIZIKA PROTEINSKE MALNUTRICIJE OSOBA TREĆEG ŽIVOTNOG DOBA Dragoslav P. Milošević, Nebojša Despotović, Mladen Davidović, Predrag Erceg, Sanja Zdravković	108
OSNOVNI PRINCIPI I SPECIFIČNOSTI FARMAKOTERAPIJE STARIH Lepa B. Jovanović	115
PREVENCIJA DEKUBITALNIH RANA Marina Pešić-Prokić, Radica Pešić-Beštić	122
DOSTOJANSTVO OSTARELOG BOLESNIKA U KUĆI Dobrila Bojović	130