УПАТСТВА ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ГЕРИЈАТРИЈА

СОДРЖИНА - ЛИНКОВИ

АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ 3
ПРОЦЕНА НА ФИЗИЧКАТА И НА МЕНТАЛНАТА ФУНКЦИЈА 6
ПРОЦЕНА НА ПОТРЕБАТА ЗА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА 10
БЕНИГНА ХИПЕРПЛАЗИЈА НА ПРОСТАТА 14
ДНЕВНА БОЛНИЧКА ГРИЖА НА ПОСТАРИ 19
ДЕЛИРИУМ КАЈ ПОСТАРИ 22
НАЛУДНИЧАВИ СИМПТОМИ КАЈ ПОСТАРИТЕ 26
ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРА ВОЗРАСТ 31
ПАДОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ 34
КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ НА ПОСТАРИТЕ 39
ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО ПОСТАРА ВОЗРАСТ 41
ИНФЕКЦИИ ВО ПОСТАРА ВОЗРАСТ 45
НУТРИТИВНИ БОЛЕСТИ КАЈ ПОСТАРИТЕ 47
ОРГАНИЗАЦИЈА НА ГРИЖАТА ЗА ПОСТАРИТЕ - НЕПОСРЕДНИ УСЛУГИ 50
ПРЕВЕНЦИЈА И ТРЕТМАН НА ДЕКУБИТУСИ 55
ОТСТРАНУВАЊЕ НА ОПСТИПАЦИЈА - ИНСТРУКЦИИ ЗА ПАЦИЕНТОТ 58
ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ 61
ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА 65
ФАРМАКОЛОШКО ЛЕКУВАЊЕ НА БОЛКА ОД РАК 67
ОЛЕСНУВАЊЕ НА БОЛКАТА 73
КАНЦЕРИ НА УРИНАРЕН СИСТЕМ И ТЕСТИСИ 74
МОЗОЧНИ ТУМОРИ 78
ПАЛИЈАТИВЕН ТРЕТМАН НА КАНЦЕР 83
ПАЛИЈАТИВЕН ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТИ СО БЕЛОДРОБЕН РАК 93
РАЗЛИЧНИ МОДЕЛИ НА ПАЛИЈАТИВНА НЕГА НА ТЕРМИНАЛНИ ПАЦИЕНТИ 95
ВЛИЈАНИЕТО НА СТАТУСОТ НА ТЕЧНОСТИТЕ И
ТЕРАПИЈАТА СО ТЕЧНОСТИ ВРЗ ТЕРМИНАЛНИТЕ БОЛНИ 96
АКУТНА ЛЕУКЕМИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ 97

АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ

- **Симптоми**
- **Дијагноза**
- **Прогресија на Алцхајмерова болест**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

СИМПТОМИ

- Обично почнува со нарушувања во меморијата, учењето нови вештини е нарушено.
- Симптомите обично бавно прогресираат, иако се можни настапи на периоди на побавно и побрзо нарушување.
- Времетраењето на болеста од појавата на првите симптоми до смртта е околу 12 години (се движи меѓу 2-20 години).

ДИЈАГНОЗА

- Физикалните наоди во почетокот се нормални. Подоцна, тонусот на екстремитетите се зголемува, пациентот оди со запирање, одот е со влечење на нозете, а пациентот губи телесна тежина.
- Лабораториските вредности се нормални.
- Компјутеризираната томографија и магнетната резонанца на главата во раните стадиуми можат да бидат уредни, подоцна наодот на компјутеризираната томографија покажува неспецифична атрофија. Магнетната резонанца може да покаже поизразена атрофија во кортексот и во хипокампусот отколку во другите делови.
- ЕЕГ е нормално или забавено.
- Клиничката дијагноза е точна во околу 90 % од случаите. Сè уште не е откриен специфичен лабораториски маркер.
- Во фамилијарни случаи, може да се изведе ApoE-типизација и генетичка анализа (гени PS1 и PS2).

ПРОГРЕСИЈА НА АЛЦХАЈМЕРОВАТА БОЛЕСТ

Блага форма

- Нарушување на меморијата (нарушена способност за учење нови информации или за сеќавање на претходно научени информации).
- Перцепцијата на околината станува тешка и пациентот лесно се губи, особено во непозната околина.
- Загубено е чувството за време.
- Наоѓањето зборови станува тешко.
- Разбирањето комплицирани и апстрактни идеи станува тешко.
- Пациентот е неактивен и повлечен.
- Понекогаш пациентот е депресивен, параноиден или агресивен.
- Комплицираните домашни работи претставуваат проблем (на пример, готвењето).

Умерена форма

- Ориентацијата е загубена.
- Пациентот се губи дури и во позната околина.
- Визуелни халуцинации, кои се почести во деменција со Lewy-еви телца.
- Пациентот губи телесна тежина.
- Постојат тешкотии во секојдневните активности (на пример, облекувањето).

Тешка форма

- Способноста за говор и разбирање на говорот е загубена.
- Екстремитетите се вкочанувааат и способноста за одење е загубена.
- Се јавува инконтиненција.
- Можат да се јават епилептични напади.
- Способноста за секојдневни активности се губи (облекување, капење, тоалета, хранење).

Терапија

- Превентивна или куративна терапија не постои.
- Donepezil (**ннд[1]-А**), rivastigmine (**ннд-А**) и galantamine (**ннд-А**) имаат одредена корист при благи или умерени случаи на Алцхајмеровата болест за подобрување на функционирањето или за когнитивните или симптомите на нарушеното однесување.
- Memantine е корисен при умерена и тешка форма на Алцхајмерова болест (**ннд-В**).
- Комбинацијата на memantine со donepezil е корисна и безбедна.
- Целта на терапијата е да се зачува функционалниот капацитет и да се одложи потребата за болничка терапија.
- Депресијата се третира со пароксетин или циталопрам 5-10 (до 20) mg, еднаш на ден. Антидепресивите можат понекогаш да ја подобрат состојбата, но несаканите ефекти треба да се избегнат. Во студии било потврдено дека рисперидон во дози 0.25-0.5 mg x 2 има докажано корисно дејство во терапијата на нарушеното однесување.
- Функционалниот капацитет кај пациентите со Алцхајмерова болест може честопати да биде подобрен за извесно време со околината која дава доволно количество стимулуси. Есенцијален дел од терапијата е супортивната грижа на оние што се одговорни за пациентот.
- Хормоналната (**ннд-В**) или антиинфламаторната терапија (**ннд-С**) изгледа не се ефикасни во одржувањето на когнитивната функција кај пациентите со Алцхајмерова болест.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Бихевиоралните стратегии можат да бидат од корист кај пациентите со Алцхајмерова болест (**ннд[1]-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Birks JS, Meizer D. Donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CDOOI 190. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.

2. Olin J, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001747. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
3. Forbes DA. Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview. Canadian Journal of Nursing Research 1998;30:67-86
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-985586. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
5. Birks J, Flicker L. Selegiline for Alzheimer's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000442. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
6. Coelho Filho JR, Birks J. Physostigmine for Alzheimerts disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001499. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
7. Laake K, Oeksengaard AR.. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CDOO3 153. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
8. Tabet N, Feldman H. Indomethacin for the treatment of Alzheimer's disease patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003673. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
9. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano I, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. 3 Clin Psychiatry 1999;60(2):107-15
10. Doody RS. Current treatments for Alzheimer's disease: cholinesterase inhibitors. J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 9:11-7
11. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, et al; Memantine Study Group. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. JAMA 2004 Jan 21;291(3):317-24
12. Raimo Sulkava, Article ID : ebm00756 (036024), 2005 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. **EBM Guidelines, 15.10.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до октомври 2008 година**

ПРОЦЕНА НА ФИЗИЧКАТА И НА МЕНТАЛНАТА ФУНКЦИЈА

- **Функционални способности**
- **Тест за деменција**
- **Скрининг за депресија**
- **Референци**

ФУНКЦИОНАЛНИ СПОСОБНОСТИ

- За процена на физичката и на менталната функција кај возрасните се применуваат повеќе различни тестови. Нема меѓународен консензус за тоа кои тестови се најпогодни за процени кај возрасните пациенти.
- Скалите можат да се употребуваат за:
  1. процена на потребите за институционална грижа;
  2. скрининг на функционалната неспособност и болести;
  3. поставување прашање за рехабилитација и управување и следење на нивните ефекти;
  4. лонгитудинални иследувања на физикалното функционирање кај возрасните пациенти во услови на долготрајна грижа и споредба на различни центри за грижа;
  5. епидемиолошки истражувања.

Различни скали одговараат на овие различни функции.

- Наведени се четири скали во нарединот текст. Прв е Barthel-индексот, кој широко се применува кај стари пациенти кои живеат сами.
- Оваа скала може лесно и брзо да се примени и добро е валидирана. Таа е сигурна и многу сензитивна на промени во физичкото функционирање.
- Може да се примени кај стари пациенти кои се на домашна нега и чија потреба за институционална грижа треба да се процени, како и кај стари луѓе што се на рехабилитација. Оваа скала е препорачана од скандинавските професори по геријатрија.
- Katz ADL-индекс широко се применува во институционални услови и не е многу чувствителен при процена на функционалните нарушувања кај возрасни пациенти кои живеат дома.
- Тестови за мерење на IADL функционирањето (инструментални активности на дневно живеење) ја надополнуваат сликата на функционалното нарушување на постари пациенти кои живеат дома.
- Тестови на Lawton и Brody, IADL-тестовите.

Табела 1. Barthel-индекс за мерење на физичките функционални способности.

1.Хранење	Неможност за самостојно хранење	0
	Има потреба од помош при сечење, мачкање путер итн. или има потреба од модифицирана диета	5
	Самостојно хранење	10
2.Трансфер од кревет до количка и назад	Неможно, нема рамнотежа за седење	0
	Потребна е поголема помош (еден или двајца, физичка помош), можност за седење	5
	Потребна е помала помош (вербална или физичка)	10
	Независен	15
3.Надворешен изглед	Има потреба од помош	0
	Самостојно (лице/коса/заби/бричење)	5
4.Користење тоалет	Зависно	0
	Има потреба од помош, но некои работи сам ги врши	5
	Независно (сам седнува, станува, се облекува, се брише)	10
5. Капење	Зависно	0
	Самостојно (или со туш)	5
6.Ниво на подвижност	Неподвижен или се движи < 50 m	0
	Самостојно со количка, вклучувајќи агли, >50 m	5
	Се движи со помош на еден човек (вербална или физичка) > 50 m	10
	Се движи самостојно 50 m, може да користи каква било помош, на пример: стап)	15
7.Качување-симнување по скали	Не може да оди нагоре/надолу по скали	0
	Има потреба од помош (вербална, физичка или помагало за носење)	5
	Самостојно	10
8.Облекување и соблекување	Зависно	0
	Има потреба од помош, но половина сам се облекува	5
	Самостојно (вклучувајќи копчиња, патенти, врвки итн.)	10
9.Црева	Инконтиненција (или со потреба за клизма)	0
	Повремени инциденти	5
	Континентен	10
10.Мочен меур	Инконтинентен, или со катетар и несамостоен	0
	Повремени инциденти	5
	Континентен	10
Max 100 поени		

Katz-ов ADL индекс за процена на дневните активности

Пациентите се поделени според функционалните способности на самостојни (независни) на левата страна и несамостојни (зависни) на десната, маркирано со зацрнување (болдиран текст), што се користи за класификација на пациентите во различни класи по Katz.

- Самостојни во сите шест функции.
- Самостојни во сите, освен во една од овие функции.

- Самостојни во сите, освен во капење и една дополнителна функција.
- Самостојни во сите, освен во капење, облекување, тоалет и една дополнителна функција.
- Самостојни во сите, освен во капење, облекување, тоалет, движење и една дополнителна функција.
- Несамостојни во сите шест функции.
- Други - ако пациентот не може да биде класифициран со користење на горните класи.

Табела 2. Katz-ов ADL индекс за процена на дневните активности

Бањање	Не добива помош (влегува и излегува сам, ако бањата е вообичаен начин на бањање)	Добива помош само за бањање на еден дел од телото (на пример: грб, нозе)	Добива помош при бањање на повеќе од еден дел на телото (или воопшто не се бања)
Облекување	Ја зема облеката и целосно се облекува без помош	Ја зема облеката и целосно се облекува без помош, освен помоштта за врзување врвки	Добива помош за земање на облеката или облекување или седи делумно или целосно необлечен
Тоалет	Оди во тоалет, се чисти и се облекува без помош (може да користи помагала)	Потребна му е помош кога оди во тоалет, за хигиена по тоалет и за облекување	Не оди во тоалет за вршење нужда
Движење	Седнува и станува од стол и оди во и од кревет без помош (користејќи предмет за помош како стапче или друго помагало)	Седнува и станува од стол и оди во и од кревет со помош	Не станува од кревет
Континенција	Го контролира уринирањето и дефекацијата самостојно	Има повремени инциденти	Помош во задршка на уринатa и дефекацијата, се користи катетар или е инконтинентен
Хранење	Се храни самостојно без помош	Се храни самостојно, освен при сечење месо, мачкање путер на леб	Помош при хранење или се храни делумно или комплетно преку сонда или интравенски внесува течности

Табела 3. IADL скала (Instrumental Activity of daily living)

1. Способност да користи телефон	1-Се служи со телефон со сопствена иницијатива, ги гледа и врти броевите итн. 1-Врти неколку добро познати броеви 1-Одговара на телефон, но не го користи за да повикува од него 0-Воопшто не се служи со телефон
2. Пазарење	1–Самостојно се грижи за пазарењето 0–Купува независно само мало количество 0–Има потреба од придружба за какво било пазарење 0–Целосно неспособен да пазари
3. Приготвување храна	1-Планира, приготвува, сервира оброци независно 0-Приготвува оброци ако му се доставаат потребните продукти 0- Ги загрева и сервира приготвените оброци или приготвува оброци, но не одржува адекватна исхрана 0–Има потреба да му се приготват и сервираат оброците
4. Домаќинство	1–Ја одржува сам куќата или со одредена помош (тешки работи) 1–Изведува лесни домашни задачи, како миење садови и местење кревет 1–Извршува дневни задачи, но не може да одржи прифатливо ниво на чистота 1–Има потреба од помош за одржување на домот 0–Не учествува во никакви задачи за одржување на домот
5. Перење алишта	1–Сам ги пере алиштата 1–Пере мали парчиња (чорапи) 0–Целото перење мора да го изврши друг
6. Начин на транспорт	1–Самостојно патува со јавен превоз или вози автомобил 1–Сам си повикува такси, но не користи јавен транспорт 1–Патува со јавен транспорт со помош или во придружба 0–Се користи со такси или возило со придружба 0–Не патува воопшто
7. Одговорност во земањето лекови	1–Одговорен е за земање лекови во точни дози и време 0–Одговорен е ако лекот му е претходно подготвен во поделени дози 0–Не е способен да земе сопствен лек
8. Способност да води финансии	1–Самостојно ги води финансиите (буџет, чекови, плаќа кирија и сметки, оди во банка), собира и чува потврди за приход 1–Самостоен во дневните купувања, но има потреба од помош за во банка и поголеми трошоци итн. 0–Не е способен да води финансии

1. **EBM Guidelines, 5.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2008 години**

ПРОЦЕНА НА ПОТРЕБАТА ЗА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА

- **Основни правила**
- **Група за процена**
- **Процена на пациентот**
- **Пролонгирање на домашна нега**
- **Избор на место за нега**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Стара личност не треба да се носи во центри за институционална нега без внимателна медицинска и психосоцијална процена, земање предвид на можните ефекти од рехабилитацијата и грижата, можноста за враќање во амбулантна нега треба да биде евалуирана дури и по прием во институционалната нега.
- Одредувањето психолошки и функционални способности со користење на сет-тестови секогаш е дел од проценатa. Здравствената состојба на пациентот и условите за живот се важни фактори. Се земаат предвид и можностите што ги нуди примарната грижа, мислењето на пациентот и негувателите.
- Соработката на различни работни групи во социјалната грижа за здравјето е потребна во проценатa.

ГРУПА ЗА ПРОЦЕНА

Процена на потребата за институционална грижа во заедницата треба да се изведе од централизирана група (во поголемите заедници - неколку групи) кои се специјализирани за активноста (**ннд-А**). Составот на групата може да варира. Следните здравствени работници може да припаѓаат на групата:

- геријатри или лекари одговорни за долготрајна грижа;
- медицинска сестра во домашна посета или сестра која го познава пациентот;
- социјален работник;
- психолог;
- психотерапевт;
- медицина на трудот.

Често се потребни специјалистички консултации, како на пример: невролог, ортопед, психијатар, физијатар, офталмолог и други специјалисти.

ПРОЦЕНА НА ПАЦИЕНТОТ

Мора да се дефинираат психолошките и функционалните способности за да се одреди вистинскиот тип на нега. Здравствената состојба и условите за живеење се, исто така, важни фактори.

Функционална процена

Можат да се користат разни скали и индикатори кога се дефинира функционалната неспособност на возрасна личност. Широко се користи Katz's ADL индексот. Тој е прилично нечувствителен за процена на функционалните нарушувања на пациенти во неинституционална грижа.
Треба да се додаде на тоа и IADL (Instrumental Activities of Daily Living) процена.Таа проценува како возрасно лице се снаоѓа со пазарење, готвење, користење телефон, чистење на куќата, финансии, грижа за лекови.

Когнитивни нарушувања и психијатриски симптоми

- Когнитивна функција.
  - Когнитивната функција може да биде проценета со Folsteins Mini-Mental испитување. Некои експерти го препорачуваат американскиот тест развиен од CERAD за процена на нарушувањето на меморијата и раната деменција преку повеќе задачи. Пред да се испрати возрасно лице во центарот за институционална грижа треба точно да биде дијагностицирана деменцијата, нејзината можна терапија и да се утврди дека е соодветна.
- Депресија
  - Во дијагнозата на депресијата се користи клиничката слика и DSM-III критериумите. GDS (geriatric depression scale) широко се користи во скринингот за депресијата.
  - Многу други скали исто одговараат за процена на функционалните и на психолошките нарушувања кај стари лица, но мора темелно да се познаваат избраните скали.

Здравствена состојба

Ефектот на болеста на функционалните способности на старите лица и последовната потреба за грижа треба да се процени по утврдување на здравствената состојба. Кога се одбира местото за згрижување треба да се земе предвид следното:
- Стабилноста на состојбата
  - Примери за лоша стабилност на состојбата се бихевиорални нарушувања кај дементно лице, лоша контрола на дијабетес, тешка срцева слабост или ХОББ.
- Долготрајна прогноза на болеста
  - Пред да се организира долготрајна грижа во институцијата треба да се земат предвид ефектите на болеста на функционалниот капацитет. Примерите за состојбите што бараат однапред планирање се: влошување на деменцијата или Паркинсоновата болест и прогресија на малигни заболувања.
  - Прогнозата треба да влијае на изборот на местото за згрижување.
- Потреба за терапија
  - Треба да се земе предвид потребата за специјални терапевтски процедури како, на пример, интензивна инсулинска терапија, стома, декубитални рани на нозете, потреба за сукција, терапија на болка, терминална грижа.
  - Треба да се земе предвид потребата за помош како, на пример, апарат за кислород, количка или лифт.
- Безбедносни ризици
  - Дали старото лице бега од одделот, користи алкохол или наркотици, дали пуши?

Социјална состојба

Многу социјални фактори ја одредуваат ургентноста за наоѓање место за грижа.

- Значајни се условите за живот на пациентот.
- Апартманот со добра инфраструктура и лифт овозможува подолго живеење дома отколку живеалиште без водоснабдување и централно греење.
- Финансиската состојба не треба да биде единствената причина што превенира живеење дома.
- Значајна улога за поттикнување за живеење дома има социјалната мрежа. Живеење без блиски роднини или пријатели е причина лицето порано да се пресели во дом за институционална грижа. Од друга страна, проблематичните лица (агресивни, алкохоличари) кои го опкружуваат лицето придонесуваат за порано да се пресели во дом за институционална грижа.
- Важно е да се послуша мислењето на пациентот и негувателот и да се процени нивната способност да се снајдат во ситуацијата. Постојат различни типови живеалишта што влијаат на изборот за селекција на местото за грижа.

ПРОЛОНГИРАЊЕ НА ДОМАШНАТА ГРИЖА

- Во сите фази на процена треба да се евалуира можноста за продолжување на дома-базираната грижа. Најдобра слика за условите во кои живее лицето е посета на докторот на домот.
- Дали можат домашите уреди или реновирање на живеалиштето му помогнат на лицето да живее подолго дома?
- Дали може одложувањето на негата да го намали стресот на негувателот?
- Дали може постарото лице подобро да се снаоѓа дома ако се интензивира домашната грижа и помош? Индивидуално дизајнираната домашна нега може да го продолжи живеењето дома.

Целно изградени апартмани за постари лица

Живеење во ваков тип сместување е слично со живеењето дома, при што основните сервиси се во близина. Во некои згради на располагање е 24- часовна помош.

Грижа во резиденцијални објекти

Во некои резиденцијални објекти се вклучени одредени услуги, а во други жителите си ги купуваат услугите.

Сместувалиште за нега

Даваат храна и сместување кои помагаат во секојдневниот живот. Може да се даваат и лекови.
Во некои од овие сместувалишта има и посебни оддели за дементни лица.

Болници и болнички базирана долготрајна грижа

За соматски болни и тешко дементни. Можностите за рехабилитација се често подобри отколку во гореспомнатите институции.

Болница-дома

- Се дефинира како сервис кој овозможува ефикасна грижа од страна на здравс-

твени работници дома кај пациентот во услови кога на пациентот му е потребна хоспитализација. Ваква терапија секогаш е предвидена да трае само ограничен период.
- Нема доказ дека развојот на овој тип услуга е поевтин отколку болничката грижа. Во редуцирањето на состојбата со недостаток од болнички кревети се користат шеми за рано отпуштање на пациентите кои закрепнуваат од хируршки зафати или болести, доколку тоа е одобрено од персоналот.

ИЗБОР НА МЕСТОТО ЗА ГРИЖА

- Според физичкото функционирање, степенот на деменција, здравствената состојба, социјалната состојба се одлучува помеѓу институционална и домашна нега. Одлуката ја прават лица со познавање на геријатријата и геронтологијата.
- Лицата што одлучуваат треба да бидат запознати со квалитетот на сервисите за грижа за постари и треба да имаат асистент за евалуирање на овие услуги. Цел е да се направи индивидуална одлука со точно време. Соработка со пациентот и со неговите најблиски е важна.
- Во најголем број случаи деменцијата доведува до институционална нега.
- И покрај тоа домашната нега може да се продолжи со помош на помошни активности и со предвидување на развојот на состојбата. Институционалната грижа воведена премногу рано е штетна за возрасната особа.
- Рана деменција изискува минорна помош за фамилијата. Важно е да се дадат информации за состојбата на пациентот на семејството.
- При умерено-тешка деменција честопати пациентот се снаоѓа дома, понекогаш дури и кога живее сам.
- Регуларниот дневен ритам е битен и тој може да биде потпомогнат од дневните болници или активностите за дневна грижа.
- Тешко дементна особа има потреба од институционална грижа. Домашната нега е понекогаш успешна со помош на фамилијата. Во такви услови на членовите на фамилијата треба да им се даде достаточна подршка.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Нема доволно докази да се процени користа, штетите и трошоците на институционалната или домашната грижа за кај функционално зависни стари луѓе (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Stuck A E, Siu A L, Wieland G D, Adams 3, Rubenstein L Z. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342:1032-6
2. Shepperd S, Iliffe S. Hospital-at-home versus in-patient hospital care. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000356. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
3. Mottram P, Pitkala K, Lees C. Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003542. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
4. Annamaija Sutela Article ID: ebm00477 (022.031) 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.12.2001, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни декември 2006 година**

БЕНИГНА ХИПЕРПЛАЗИЈА НА ПРОСТАТА

- **Цели**
- **Симптоми**
- **Примарни испитувања**
- **Индикации за специјалистичка консултација**
- **Конзервативна терапија**
- **Хируршка и друга инвазивна терапија**
- **Катетар**
- **Терапија по ТУРП**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Дијагнозата на бенигна хиперплазија на простата се базира на симптоми и базични иследувања. Други причини за нарушување во мокрењето (особено рак на простата) се исклучени.
- Се спознаваат состојби за кои е потребна хируршка терапија.
- Само следење или медикаментозна терапија се добра опција кај пациенти со релативно благи симптоми и без компликации на уринарниот систем.

СИМПТОМИ

- Симптоми поврзани со задржување на урината :
  - невообичаена зачестеност на мокрење;
  - ноктурија;
  - нагон за уринирање;
  - ургентна инконтиненција.
- Симптоми поврзани со празнење на урината :
  - тешкотии во иницирање на мокрење;
  - слаб млаз на урина;
  - напнување во текот на мокрењето;
  - дисконтинуиран млаз;
  - чуство на нецелосно празнење на мочниот меур;
- уринарна ретенција.

ПРИМАРНИ ИСПИТУВАЊА

- Прашалник за симптомите:
  - Често употребуван прашалник е IPSS
  - Прашалникот е корисен во проценатa на тежината на симптомите кога одлуките се донесуваат меѓу следење, медикаментозна терапија и хируршки зафат.
    - запишување на детали поврзани со празнењето;
    - ректално туше;
    - уриноанализа;
    - серумски креатинин;
    - серумски простатичен специфичен антиген;
    - волуменот на резидуална урина се одредува со ултразвук (или ако не е достапен, со катетаризација). Ултрасонографијата е корисна во проценатa на големината на простатата (пресметана со истата равенка како и за волуменот на резидуалната урина 1), форма и евентуално хидронефроза;
    - диференцијална дијагноза (види табела 1).

Табела 1. Диференцијална дијагноза на бенигна хиперплазија на простата.

Состојба на болеста	**Историја или наоди**
Карцином на простатата	Наоди при ректално туше, зголемени вредности на серумски простатичен специфичен антиген
Карцином на мочниот меур	Хематурија, абнормален цитолошки наод
Калкули во мочен меур	Хематурија,ултрасонографски наоди
Стриктура на уретрата	Специфична крива на проток
Стриктура на вратот на мочниот меур	Претходна инвазивна терапија
Дисинергија на вратот на мочниот меур	Мала простата, симптоми неповрзани со мокрење
Простатитис	Чувствителна простата
Хиперактивен мочен меур	Ургентност при мокрење и ургентна инконтиненција

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

Индикации за дијагностички иследувања од уролог

- пациентот е помлад од 50 години;
- наодот при ректално туше е суспектен (нодули);
- вредностите на серумски простатичен специфичен антиген се над 10 μg/l (над 3 μg/l кај пациенти под 65 години).

Ако вредностите на вкупниот серумски простатичен специфичен антиген се меѓу 3-10 μg/l, се препорачува мерење на односот на слободниот и тоталниот простатичен специфичен антиген. Ако вредноста е под 0.15, веројатноста за карцином на простатата е зголемена и треба да се консултира уролог.

- наодот при ректално туше пред определување на простатичен специфичен антиген не влијае врз резултатот;
- брз развој на симптомите;
- хематурија (цистоскопија);
- дијабетичар кој може да има неуропатија;

- историја на хируршки зафат на карлицата или ирадијација;
- невролошка болест или повреда што влијае на функцијата на мочниот меур;
- медикаментозна терапија што влијае на функцијата на мочниот меур;
- болка во долните партии на стомакот како главен симптом;
- дискрепанца меѓу симптомите и наодите;
- наодите добиени од уролог најчесто вклучуваат:
- мерење на уринарниот проток;
- трансректална ултрасонографија;

Ако е потребно, треба да се направи:

- цистометрија и испитување на протокот на урина и притисокот examination (се препорачува пред одлука за хируршки зафат максималниот проток да е > 10 ml/s и доколку постои дискрепанца меѓу симптомите и наодите или ако пациентот имал хируршки зафат на долниот уринарен систем);
- уретроцистографија;
- уретрографија;
- простатична биопсија;
- цистоскопија.

Хируршката терапија е индицирана во следните случаи:

- уринарна ретенција, инконтиненција со задршка или повеќе од 300 ml резидуална урина;
- тешки симптоми;
- тежок степен на стеснување докажано со мерење на брзината на
- протокот;
- дилатација во горниот уринарен систем;
- нарушување на реналната функција;
- рекурентна макроскопска хематурија;
- инфекции на уринарниот систем
- калкули во мочниот меур;
- тешки или умерени симптоми кај пациентот кој сака рапидно подобрување или ако не се добиени задоволителни резултати со друга терапија.

КОНЗЕРВАТИВНА ТЕРАПИЈА

Проследување

- Бидејќи симптомите на ВРН силно варираат и текот на болеста не може целосно да се предвиди, мерката кај пациентите со благи симптоми е следењето. При умерени симптоми, проследувањето може да биде иницијална терапија ако симптомите не влијаат на квалитетот на животот и не се развиле компликации.
- Проследувањето вклучува објаснување на пациентот на природата на болеста и изведување основни иследувања годишно или кога ќе се променат симптомите. Опортунистичкото следење во примарната здравствена заштита е еден од скрининг-методите.

Медикаментозна терапија

- И покрај тоа што ефикасноста на медикаментозната терапија не е толку добра како таа на хируршките зафати, честопати е доволна за намалување или подобрување на симптомите.
- Кога се одлучува за терапијата, треба да се евалуира односот трошоци-ефикасност, односно кога инвазивната терапија која дава комплетно излекување помалку ќе чини и ќе биде попогодна за пациентот отколку долгогодишна медикаментозната терапија (на пример: за да се избегне една инвазивна терапија, 20 мажи треба да бидат третирани со финастерид четири години). Трансуретралната ресекција е поевтина од медикаментозната терапија.
- Пациентите кои се на медикаментозна терапија треба редовно да се следат на 6-12 месечни интервали за да се детектираат компликациите кои резултираат од уретралната опструкција.
- Големината на простатата и тоталниот серумски простатичен специфичен антиген ја одредуваат селекцијата на терапијата (**ннд-С**). Ако простатата не е изразено зголемена на палпација или ултрасонографија (< 40 грама) и простатичниот специфичен антиген е < 1.5 μg/l, прв избор во терапијата е алфа блокатор (tamsulozin или alfuzosin). Ако простатата е изразено зголемена или простатичниот специфичен антиген е > 1.5 μg/l, може да се примени или 5-alfa-редуктаза инхибитор (finasteride, dutasteride) (**ннд-А**) или alfa-1 блокатор.
- Комбинација на 5-alfa-редуктаза инхибитор и alfa-1 блокатор, ги намалува симптомите поефикасно отколку кој било друг лек сам (**ннд-В**)

Алфа-блокатори

- Tamsulozin, alfuzosin, doxazosin, terazosin и prazosin.
- Алфа-1 блокаторите ги намалуваат симптомите, го зголемуваат максималниот уринарен проток и значително го намалуваат волуменот на резидуална урина отколку плацебо.
- Ефектот на алфа-блокаторите брзо се манифестира и е докажано дека трае неколку години.
- Пациентите треба почетно да се следат на интервали од 1-3 месеци.
- Несаканите ефекти опфаќаат зашеметеност, постурална хипотензија и ретроградна ејакулација. Со селективните лекови како што се тамсулозин и алфузосин, ризикот од хипотензија е помал.

Инхибитори на 5-алфа редуктаза

- Дозата на finasteride е 5 mg, еднаш на ден, а на dutasteride 0.5 mg еднаш на ден.
- Симптомите се намалуваат, уринарниот проток се зголемува, а опструкцијата се намалува (**ннд-А**).
- Ефектот е најголем кај пациентите со големи простати (**ннд-С**).
- Ефектот бавно почнува, понекогаш и по 6 месеци од почетокот на терапијата. Ако нема ефект за 6 месеци, треба повторно да се разгледа можноста за хируршки зафат.
- Лекот ја намалува големината на простатата, но таа се враќа во првобитната големина неколку месеци по прекинот на терапијата.
- Како несакан ефект може да се јави импотенција.

ХИРУРШКИ И ДРУГИ ИНВАЗИВНИ ТЕРАПИИ

- Трансуретрална ресекција на простатата (ТУРП)

Единствена терапија за комплицирана хиперплазија на простатата и најдобро документирана терапија за некомплицирана болест.
Многу ретко резултира со еректилна дисфункција (во најголем број случаи веќе пред операција) , речиси секогаш со ретроградна ејакулација.

- Трансуретрална инцизија на простатата(ТУИП)

Одговара кај пациенти со простата < 30 ml и без проминентен среден лобус.

- Отворена простатектомија

Ретко се применува денес (простата > 100 ml).

- Термотерапија (микробранова терапија)

Ги подобрува иритативните симптоми.
Резултати за долготрајни ефекти нема.

- Стент или спирала

Може да се примени во селектирани случаи кај пациенти со лоша општа состојба.

КАТЕТАР

- Перкутана цистостома е индицирана кај пациенти со уринарна ретенција кои чекаат за операција.
- Во одредени случаи може да се примени повторна катетаризација (се преферира од самиот пациент).
- Може да се примени силиконски катетар со балон исполнет со 5% хипертоничен раствор на NaCl или глицерол, но се преферира перкутана цистостома.

ТЕРАПИЈА ПО ТУРП

- Рутински треба да се земе уринарна бактериска култура 4-6 недели по операцијата за да се детектира бактериурија и секогаш доколку постои сомнение за инфекција на уринарниот систем (пиурија и хематурија можат да настанат во текот на три месеци по операцијата).
- Ако се утврди бактериски раст, индицирани се антибиотици.
- Стрес инконтиненцијата може да се подобри во текот на една година. Може да помогнат вежби на карличните мускули.
- Антимускаринski лекови (оксибутинин, толтеродин, троспиум хлорид) можат да се применат во терапијата на ургентна инконтиненција и ноктурија.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Pygeum africanum може да има ефикасност во терапијата на бенигна простатична хиперплазија (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Walsh PC. Treatment of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med 1996;335:586-587
2. Lepor H, Williford WO, Barry MJ ym. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med 1996;335:533-539
3. Boyle P, Gould AL, Roelirborn CG. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: meta-analysis of randomised trials. Urology

1996;48:398-405
4. Wilde MI, Goa KL. Finasteride: an udpate of its use in the management of symptomatic benign prostatic hyperplasia. Drugs 1 999;57 :557-581
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness QJmversity of York), Database no.: DARE-990978. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~mversity of York), Database no.: DARE-961572. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
7. Larizgoitia I, Pons JM. A systematic review of the clinical efficacy and effectiveness of the holmium:YAG laser in urology. BJU International 1 999;84: 1-9
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~mversity of York), Database no.: DARE-994093. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
9. Wilt T, Ishani A, Mac Donald R, Rutks I, Stark 0. Pygeum africanum for benign prostatic hyperplasia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CDOO 1044. In: The Coclirane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
10. Teuvo Tammela, Article ID: ebm00246 (011.012), 2005 Duodecim Medical Publications, Ltd.

1. **EBM Guidelines, 24.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2008 година**

ДНЕВНА БОЛНИЧКА ГРИЖА НА ПОСТАРИ

- **Цел на грижата**
- **Подготовки**
- **Различни типови дневни болници**
- **Ефикасност на грижата**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛ НА ГРИЖАТА

- рехабилитација и одржување на функционирањето;,
- да се дијагностицираат и лекуваат болестите;
- да се намали оптовареноста на негувателите;
- да се изведат различни процедури, да се започне со администрација на нов лек, да се едуцира пациентот;
- да се даде социјална и психолошка грижа за пациентот. Да се обезбедат рекреациски и други активности доколку во општината нема дневен центар;
- однапред треба да се одреди видот на грижата и времетраењето за секој пациент. Дополнително треба да се евалуираат ефектите од тоа;
- дневната болничка грижа претставува трошок како и болничката грижа.

ПОДГОТОВКИ

Старо лице се транспортира во дневна болница 1-5 пати во неделата. Должината на периодот на грижа се одредува на почетокот.

Услугите можат да вклучат:

- транспорт;
- оброци;
- можност за одмор;
- медицински преглед, лабораториски тестови и радиографија, процедури и терапии;
- нега од медицинска сестра;
- физиотерапија, работна терапија, говорна терапија;
- здравствена едукација;
- рекреациска терапија, групни активности;
- капење и перење облека;
- педикир, фризерски услуги;
- процена на ефикасноста и подносливоста на лековите, воведување нов лек;
- процена на потребата за институционална грижа.

РАЗЛИЧНИ ТИПОВИ ДНЕВНИ БОЛНИЦИ

- Дневните болници честопати се дел од поголеми геријатриски одделенија или одделенија од интерна медицина во рамките на болниците. Тие се единици кои спроведуваат интензивна процена и рехабилитација, со добар кадар (особено психотерапија и работна терапија) и со добри можности за специјалистичка консултативна дејност.
- Дневните центри за деменција овозможуваат одмор на персоналот.
- Дневните центри обично немаат медицински кадар. Тие имаат за цел да им понудат рекреација на осамените, депресивни постари лица.Тие овозможуваат континуирана грижа за пациентите во дневните болници и дневна грижа за постарите пациенти на чии негователи им треба одмор.

ЕФИКАСНОСТ НА ГРИЖАТА

- Студиите што се однесуваат на односот трошок-ефикасност покажуваат дека најефикасни оддели се или оние со добри материјални можности (**ннд-А**) и геријатриско искуство или дневните центри за деменција. Геријатриските дневни единици за процена е покажано дека се ефикасни, а во дневните центри за деменција трошоците за грижа се толку ниски што дури и мало намалување во другата болничка нега резултира со заштеда.
- Негата во дневните болници им се допаѓа на многу пациенти и го подобрува квалитетот на животот (**ннд-А**). Како и да е, не им одговара на сите пациенти поради потребата од транспорт.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Работната терапија може да е од корист кај лица од и над 60 години, зголемувајќи ја психосоцијалната благосостојба, дневното функционирање и јавното здравство (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Weissert W et al. Effects and costs of day-care services for the chronically ill. A randomised experiment. Med Care 1980;18:567-84
2. Engedal K. Day care for demented patients in general nursing homes. Effects on admissions to institutions and mental capacity. Scand 3 Prim Health Care 1989;7: 161-6
3. Eagle D et al. Effectiveness of a geriatric day hospital. Can Med Assoc 3 1991; 144:699-704
4. Hedrick S et al. Summary and discussion of methods and results of the adult day health care evaluation study. Med Care 1993;31 (suppl):94-103
5. Gladman 3, Lincoln N for the DOMINO group. Follow-up of a controlled trial of domiciliary stroke rehabilitation ~OMINO study). Age and Ageing 1 994;23 :9-13
6. Tucker M, Davison 3, Ogle S. Day hospital rehalibilitation~ffectiveness and cost in the elderly:
7. a randomised controlled trial. BMJ 1984;289:1209-12
8. Hui E et al. Outcomes of elderly stroke patients. Day hospital versus conventional medical management. Stroke 1995;26:1616-9
9. Young 3, Forster A: The Bradford community stroke trial: Results at six months. BMJ 1992;304:1085-9
10. Pitkala K. The effectiveness of day hospital care on home care patients. 3 Am Geriatr Soc 1998;46: 1086-90
11. Carlson M, Fanchiang SP, Zemke R, Clark F. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. Am 3 Occup Ther 1996;50:89-98
12. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~m.versity of York), Database no.: DARE-965235. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software 12
13. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams 3, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993 ;342(8878):l032-6.
14. Kaisu Pitkala Article ID : ebm00475 (022.032) 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 29.3.2001, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2006 година**

ДЕЛИРИУМ КАЈ ПОСТАРИ

- **Цели**
- **Дефиниција и симптоми**
- **Предиспонирачки фактори**
- **Причини**
- **Испитувања**
- **Диференцијална дијагноза**
- **Преваленца и прогноза**
- **Третман**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Да се препознае делириумот кај постарите во медицинските установи, на пример преку внимателно читање на извештаите што ги пишуваат медицинските сестри. Според студиите, се дијагностицираат и третираат само околу половина од пациентите со делириум. Прогнозата на делириумот е лоша.
- Да се открие и третира основната болест поради која дошло до делириум.
- Симптоматски да се третираат анксиозноста и вознемиреноста.

ДЕФИНИЦИЈА И СИМПТОМИ

- Делириумот е глобално мозочно нарушување при кое постои органска етиологија. Симптомите почнуваат нагло и се повлекуваат со текот на времето.
- Станува збор за нарушување на вниманието: пациентите се помалку свесни за нивното опкружување и тешко се концентрираат. Често се јавува дезорганизација на мислите.
- Често е нарушена и свеста, а когнитивните функции нагло се влошуваат.
- Можно е да има и нарушувања на перцепцијата: илузии и халуцинации (кај помалку од 50 % пациенти), нарушувања на циклусот спиење-будност и намалена или потенцирана психомоторна активност.
- Клиничката слика се развива за кратко време и има тенденција да флуктуира во текот на денот.

ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ

- Напредната возраст, оштетена функција.
- Деменција, канцер, тешка болест.
- Нарушувања на видот и слухот.
- Несоница, непозната средина, темница, физичка имобилизација.
- Хируршки операции.

ПРИЧИНИ

- Различни придружни состојби можат на предизвикаат делириум (**ннд-С**).
- Инфекции (уринарни инфекции, пневмонија која е често без треска кај постарите, септикемија, менингитис, енцефалитис, ХИВ).
- Церебралноваскуларни болести (мозочен инфаркт, ТИА, хеморагии, субарахноидални хеморагии).
- Васкуларни болести (срцева слабост, миокардијален инфаркт, аритмии, пулмонална емболија, хипотензија, итн.)
- Метаболни нарушувања (нарушувања на ацидобазната рамнотежа, нарушувања на балансот на течности и електролити, хипоалбуминемија, хипофосфатемија, црнодробна, бубрежна или белодробна инсуфициенција, хипо или хипергликемија, хипо или хипертиреоидизам, нарушувања на балансот на калциум, недостаток од витамини од групата Б, анемија, други ендокринолошки нарушувања.
- Други (трауми како што се повреда на главата, субдурални хематоми, изгореници, скршеница на колкот, итн.,епилепсија, состојба по мозочен удар, интрацеребрални тумори, пулмонални тумори, миеломи, труења, долготраен животен стрес, посебно кај пациенти со деменција, лекови со антихолинергични својства како што е леводопа, антихистаминици, дигиталис, диуретици, невролептици, трициклични антидепресиви, седативи, литиум, нестероидни антиинфламаторни лекови, орални хипогликемици, блокатори на хистаминските Н2-рецептори, хипертензиви, антиепилептици, стероиди, наркотици, разни антитела, нагло прекинување на долготрајно употребувани лекови, како што се седативи, хипнотици, антидепресиви, стероиди или престанок со консумирање алкохол.

ИСПИТУВАЊА

- Анамнеза: Кога последен пат пациентот бил добро? Тек на симптомите? Когнитивните функции пред болеста? Употреба на лекови? Употреба на алкохол?
- Внимателен физикален преглед
- CRP, (ESR), крвна слика, натриум, калиум, креатинин, гликемија, урина, EKG.
- Глутамил трансфераза, алкална фосфатаза, TSH, слободен Т4, витамин Б12, еритроцитни фолати и гасни анализи на артериската крв по потреба.
- Рендгенграфија на бели дробови.
- Анализа на ликвор, СТ скен на мозокот, ЕЕГ по потреба.
- Понатамошно испитување по потреба. Со внимателно испитување се наоѓа некое придружно основно заболување како причинител кај 80-90 % случаи.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Деменција.
- Незабележителен почеток и бавен тек на симптомите.
- Нивото на свест е нормално, а вниманието интактно сè до напреднатите фази.
- Психотични нарушувања.
- Нивото на свест е нормално, когнитивните функции не се глобално нарушени. Говорот не е комплетно дезорганизиран.
- Акустичните халуцинации се чести кај психозите, додека кај делириум се почести визуелните халуцинации.
- Кај ист пациент вообичаено е да постои и деменција и делириум.

ПРЕВАЛЕНЦА И ПРОГНОЗА

- Преваленцата и инциденцата на делириумот кај хоспитализирани постари се заедно околу 25-40 % (**ннд-А**). Лекарите препознаваат само околу 30-50 % од нив (**ннд-В**).
- Пациентите може да закрепнат и кога делириумот траел неколку недели.
- Морталитетот е 25-40% во просек. Околу 40% се институционализираат во текот на првата година (**ннд-А**).
- Пациентите не треба да се институционализираат пред да се открие и третира причината за делириум и пред да им се стабилизира состојбата.

ТРЕТМАН

- Третман на придружниот причински фактор.
- Третирање на општата состојба: баланс на кислород и течности, превенција на уринарна опструкција, одржување на перисталтиката, прекин на употребата на непотребните лекови, превенција на декубитуси, рехабилитација, соодветно осветлување, познати предмети (**ннд-С**).
- Контрола на вознемиреноста:
  - Кај тешка агитација - халоперидол 2.5-5 mg i.m. или 0.5-2 mg перорално. Ова може да се повтори на секои 30 минути до задоволителна седација. Кај умерените случаи може да биде доволно и 0.5-5 mg x 1-2 пати перорално во текот на седум дена.
  - На пациентите со деменција халоперидолот треба да им се дава со претпазливост, бидејќи често предизвикува екстрапирамидални ефекти.
  - Алтернативно може да се даде рисперидон 0.25-0.5 mg x 1-2 или оланзапин 2.5-5 mg x 1. Дополнително може да се даде, дијазепам 2.5-5 mg i.v. или лоразепам 0.5-1 mg i.m. за седација, се повторува по потреба.
  - За нормализирање на диуриналниот ритам, често се потребни хипнотици: бензодијазепини со краток или нормален полуживот (пр. темазепам 10-20 mg).
  - Тивка, добро осветлена просторија; на пациентите треба да им се пристапува без брзање и со информативна конверзација.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Inouye SK. The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med 1994;97:278-287
2. Johnson JC et al. Using DSM-III criteria to diagnose delirium in elderly general medical patients.J Gerontology 1990;45:M1 13-9
3. Erkinjuntti T et al. Dementia among medical patients. Evaluation of consecutive 2000 admissions. Arch Intern Med 1986;146:1923-6
4. Cole MG et al. Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. Can Med Assoc J 1994;151:965-70
5. O'Keeffe S, Lavan 3, The Prognostic significance of delirium in Older hospitalized patients. J Am Geriatr Soc 1997;45:174-8
6. Williams MA et al. Predictors of acute confusional states in hospitalized elderly. Res Nurs Health 1985;8:31-40.
7. Rogers MP et al. Delirium after elective orthopedic surgery: Risk factors and natural

history. Int J Psychiatr Med 1989;19:109-21
8. Williams-Russo P et al. Post-operative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedic patients. JAm Geriatr Soc 1992:40:759-67
9. Marcantonio ER et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery. JAMA 1994;271: 134-9
10. Inoye SK et al. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. Ann Intern Med 1993;1 19:474-81
11. Williams-Russo et al. Cognitive effects after epidural vs. general anesthesia in older adults. A randomized trial. JAMA 1995;274:44-50
12. Francis J. Delirium in older patients. J Am Geriatr Soc 1992;40:829-39
13. Perez EL, Siverman M. Delirium: The often overlooked diagnosis. Int J Psychiatr Med 1984;14:181-8
14. Inouye SK et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method, a new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;l 13:941-8
15. Gustafsson Y et al. Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elde4y hip fracture patients. JAm Geriatr Soc 1991;39:760-5
16. Thomas RI et al. A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. Arch Gen Psychiatr 1988;45:937-40
17. Rockwood.K. Acute confusion in elderly medical patients. JAm Geriatr Soc 1989;37:150-4
18. Francis 3 et al. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA I 990;263:1097-101
19. Levkoff SE et al. Delirium. The occurence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. Arch Intern Med 1992;152:33440
20. Jitapunkl S et al. Delirium in newly admitted elderly patients. A prospective study. Q 3 Med, New Ser 1992;83:307-14
21. Koponen H et al. A prospective study of delirium patients admitted to a psychiatric hospital. Psychol Med 1993;23:103-9
22. Breibart W et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. Am 3 Psychiatr 1996; 153:231-7
23. Owens JF, Hutelmyer CM. The effect of postoperative intervention on delirium in cardiac surgical patients. Nurs Res 1982;31:60-2
24. Schindler et al. Beneficial effects of psychiatric intervention on recovery after coronary artery bypass graft surgery. Gen Hosp Psychiatr 1989;1 1:358-64
25. Williams-Russo MA et al. Reducing acute conflisional states in elderly patients with hip fractures. Res Nurs Health 1985;8:329-37
26. Gustafsson Y et al. A geriatric-anesthesiologic program to reduce acute conflisional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. 3 Am Geriatr Soc 1991;39:655-62
27. Wanich CK et al. Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly. Image 1992;24:201-7
28. Cole MG, Primeau FJ, Elie LM. Delirium: prevention, treatment and outcome studies. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 1998; 11:126-137
29. Tune L. The role of antipsychotics in treating delirium. Curr Psychiatry Rep 2002;4(3):209-12

1. **EBM Guidelines, 2.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2008 година**

НАЛУДНИЧАВИ СИМПТОМИ КАЈ ПОСТАРИТЕ

- **Дефиниција**
- **Преваленца**
- **Симптоми**
- **Клиничка процена**
- **Процена на ургентноста за згрижување**
- **Налудничави нарушувања и дијагностички алтернативи**
- **Третман**
- **Третман и контроли**
- **Кога општиот лекар би требало да упати на психијатар**

ДЕФИНИЦИЈА

- Налудничавите нарушувања често се манифестираат со претерана општа недоверба и сомневање во мотивите на другите луѓе, со зголемена готовност и набљудување.
- Сомневањето може да биде ограничено или целосно.
- Мислите се искривени: лицето е убедено во правилноста/вистинитоста на неговите/нејзините верувања.
- Налудничавите идеи може да ги одредат и понатамошните постапки.

ПРЕВАЛЕНЦА

- Налудничави идеи имаат 2-4% од постарите во една заедница/општество.
- Почести се кај жените во споредба со мажите.
- Почести се кај пациентите со когнитивна дисфункција во споредба со другите.
- Инсуфициентноста на сетилните органи е предиспозиција за налудничави симптоми.
- Постарите луѓе со параноидни симптоми се социјално поизолирани од другите постари во општеството.

СИМПТОМИ

- Неоснованата недоверба спрема другите и нагласената чувствителност водат кон погрешна интерпретација на надворешните дразби.
- Налудничавите идеи често се со прогонувачка природа и може да влијаат врз однесувањето на пациентите.
- Чести се налудничавите идеи за одвоеност/разделеност. Станува збор за уверувања дека луѓето, предметите, зраците итн. можат да поминуваат низ некоја структура, како што се врата, таван или ѕид, кои нормално го оневозможуваат таквото поминување.
- Може да постои агитираност и бес.

- Едноставните налудничави идеи за кражба и сомнителност, типични за деменција, се чести, меѓутоа може да има и налудничави идеи за љубомора.

КЛИНИЧКА ПРОЦЕНА

Анамнеза

- Колку долго постои проблемот и како се развивал?
- Можно е доживувањето на пациентите на сопствените искуства да не биде веродостојно или да биде тешко разбирливо. Често е од корист да се добијат мислењата на членовите на семејството или соседите.
- Обезбедете објективност при проценатa на ситуацијата: можел ли навистина пациентот да биде жртва на злонамерност?
- Зошто е потребно сега да се направи процена, како се менувала ситуацијата?

Психијатриски преглед

- Комуникативност и соработка. Може ли пациентот да разговара за ситуацијата?
- Когнитивни функции: помнење, набљудување.
- Мислење: содржина на мислите, заклучоци, способност да се гледа критички на сопствените доживувања.
- Афект: депресија, анксиозност, возбуда, агитација, дефанзивност, агресивност.
- Функционална способност.

Физикален преглед

- Би можеле ли налудничавите идеи да бидат поврзани со некоја соматска болест?
- Има ли пациентот некаква акутна соматска болест?

Социјална процена и процена на опкружувањето

- Дали пациентот е запоставен/напуштен?
- Дали сместувањето е адекватно?
- Постои ли потреба за домашна нега? Дали згрижувателите се исцрпени?
- Дали пациентот прифаќа да прими помош (домашна посета/нега)?

ПРОЦЕНА НА УРГЕНТНОСТА ЗА ЗГРИЖУВАЊЕ

- Дали пациентот е анксиозен, плашлив, депримиран или агитиран?
- Дали пациентот е способен да се грижи за себе?
- Дали пациентот е во состојба да соработува?
- Има ли пациентот некаква акутна соматска болест?
- Дали пациентот претставува толкав ризик за себеси или за другите, што е потребен прием во болница? Пациентот може да биде опасен доколку се чувствува загрозен. Лицата со добра меморија и изразена сомнителност или љубомора кои поседуваат оружје се потенцијално опасни.

НАЛУДНИЧАВИТЕ НАРУШУВАЊА И ДИЈАГНОСТИЧКИ АЛТЕРНАТИВИ

- Нагол почеток на симптомите со дезориентираност и фрагментирани налудничави идеи: делириум. Причина?
- Минливи налудничави симптоми, засегнатост на помнењето, нарушување на општата функционалност: деменција.
- Долга анамнеза за душевна болест, организирани налудничави идеи на прогонување, халуцинации, чудно однесување, несакани дејства од лекови: шизофренија.
- Депресивно расположение: безнадежност, откажување, често соматски налудничави идеи: депресија.
- Долгорочна склоност кон недоверба: параноидно нарушување на личноста.
- Бизарни налудничави идеи, соматски симптоми што наликуваат на налудничави идеи, без значителна деменција: шизофрена психоза со доцен почеток.
- Недостиг на социјални контакти, отсуство на посериозни проблеми со личната нега или со околината, без шизофренија, без деменција, без депресија, осаменички стил на живот: нема психијатриска дијагноза.

ТРЕТМАН

Непосредни цели на третманот

- Оптимализација на физичката состојба.
- Ублажување на анксиозноста и стравот.
- Постои ли потреба од неодложен преглед и третман во интерес на здравјето и безбедноста на пациентот и за заштита на другите.

Долгорочни цели на третманот

- Обидете се да обезбедите придржување кон третманот.
- Намалете го менталното страдање.
- Умерено да се толерираат симптомите.
- Спротивставување на изолацијата, да се понуди поддршка од социјалните институции.
- Поддршка на семејството и информирање на лицата кои се во контакт со пациентот.
- Параноидните постари луѓе ретко имаат увид во своите налудничави идеи, кои често се повлекуваат спонтано или пациентот им се навикнува.

Антипсихотици

- Не постојат брзи решенија. Започнете со најниската можна доза за да ги избегнете несаканите дејства. Постарите со параноидна психоза со доцен почеток изгледа дека не толерираат онолку високи дози на невролептици колку постарите со шизофренија со ран почеток.
- Не постои вистински доказ дека некој посебен лек е поефикасен од другите за оваа група пациенти. Затоа, при изборот на лек за секој посебен пациент треба да се земат предвид и придружните соматски болести и другите третмани на кои е подложен пациентот.

- Се прави процена на другите лекови и на акутните соматски проблеми. Има ли пациентот хипотензија или склоност кон екстрапирамидални симптоми?
- Препораки за невролептици:
  - халоперидол 0.5-2-4 mg/ден;
  - перфеназин 2-4(-8) mg/ден;
  - рисперидон 0.25-1-2 mg/ден;
  - оланзапин (2.5)-5-(10) mg/ден;
  - кветиапин 12.5-25 mg x 1-2/ден со покачувања на дозата од по најмногу 75 mg x 2/ден.
- Новогенерациските атипични невролептици предизвикуваат помалку несакани дејства и треба да им се даде предност кога има потреба за долготрајно лекување.
- Да се внимава на несаканите дејства кај пациентите со оштетено помнење. Невролептиците се користат за психотичните симптоми со индивидуално дозирање и следење на одговорот.
- Инјекции се користат ако пациентите се однесуваат насилно:
  - халоперидол 2.5-5mg x 2-3/ден, и.м.
  - халоперидол деканоат 25 (-50) mg и.м.; ефектот трае четири недели
  - зуклопентиксол ацетат 25(-50) mg и.м.; ефектот трае неколку дена.
  - зуклопентиксол деканоат 100(-200) mg и.м. на 3-4 недели.
- Терапијата со депопрепарати се започнува со најниската доза на оралниот препарат.
- Невролептиците со долго дејство не треба да се даваат кај психози пред да биде утврдена нивната соодветност на тој начин што прво ќе се употреби некој од препаратите со кратко дејство. По секоја инјекција треба да се направи ревизија на несаканите дејства.
- Одговорниот лекар треба да им прави контролни прегледи на пациентите барем еднаш на три месеци.
- Ако причината за налудничавите идеи била психотична депресија, пациентите се третираат со антидепресиви во комбинација со некој невролептик или со електроконвулзивна терапија (ECT).

ТРЕТМАН И КОНТРОЛИ

- Локален медицински центар или институција.
- Домашна нега: домашна посета (доктор, медицинска сестра, домашна помош), психијатриски амбуланти.
- Дневна болница.
- Психијатриска болница: хоспитализација на акутните тешки психози.
- Психогеријатриски дом или установа.

КОГА ОПШТИОТ ЛЕКАР БИ ТРЕБАЛО ДА УПАТИ НА ПСИХИЈАТАР?

- Дијагнозата е нејасна.
- Се работи за задолжителен прием во психијатриска установа.
- Проблематично е одредувањето на вистинскиот лек.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in the treatment of elderly depressed patients: a qualitative analysis of the literature on their efficacy and side-effects. International Clinical Psychopharmacology 1996;1 1:165-175.
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness QJmversity of York), Database no.: DARE-973205. Iii: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Sofiware.
3. Mittman N, Herrrnann N, Finarson TR et al. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. J Affect Disorders 1997;46(3):191-217.
4. Song F, Freemantle N, Sheldon TA et al. Selective serotonin reuptake inhibitor: meta-analysis of efficacy and acceptability. BMJ 1993;306:683-7. Coinment in ACP Journal Club 1993;1 19:45.
5. Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, Nighting~e A. Antidepressants for depression in elderly. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000561. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Sofiware. Updated frequently.
6. Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJ, Mann AH. Randomized controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. BMJ 1996;313:1058-61.
7. Gerson S, Belin TR, Kaufrnan A, Mintz J, Jarvik L. Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. Harvard Review of Psychiatry 1999:7;1-28.
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness QJniversity of York), Database no.: DARE-994490. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Sofiware.
9. Cuijpers P. Psychological outreach progrannines for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. Int J Geriatr Psychiatr 1998;13:41-48.
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983512. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Sofiware.
11. Pirkko Hiltunen and Tuula Saarela Article ID: ebm00471 (022.003) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.3.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2008 година**

ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРА ВОЗРАСТ

- **Цели**
- **Вовед и епидемиологија**
- **Симптоми**
- **Диференцијална дијагноза**
- **Дијагноза**
- **Третман**
- **Заклучок**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Да се препознае депресијата кај постарите лица. Ова е често субдијагностицирана и суптретирана болест.
- Да се третира акутната депресија со цел да се ублажат сите симптоми.
- На пациентите да им се подобри квалитетот на животот преку понуда на поддршка и обезбедување лекови на таков начин што ќе се минимизираат несаканите дејства.

ВОВЕД И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Инциденцата на тешка депресија се намалува со возраста. Преваленцата на тешка депресија е 2-3 % кај мажите и 3-5 % кај жените постари од 64 години.
- Инциденцата на блага депресија се зголемува со возраста: преваленцата е околу 15-22 % кај мажите и 19-30% кај жените постари од 64 години.
- Стареењето е поврзано со намалени можности, загуби и кревкост. Тешкотиите при приспособувањето на ваквите промени се предиспозиција за депресија. Акутните случувања во животот, како на пример жалењето (загуба на сопружникот или на друг член од семејството) се, исто така, вообичаени преципитирачки фактори.
- Депресивното заболување во анамнезата и некоја соматска болест се значителни предиспонирачки фактори.

СИМПТОМИ

- Симптомите се различни, делумно се совпаѓаат со знаците и симптомите при некоја соматска болест и често тешко се сфаќаат како депресија.
- Главните симптоми кои упатуваат на депресија вклучуваат слабо расположение барем две недели, намалено интересирање или задоволство за вообичаените секојдневни активности, замореност и намалено енергетско ниво.
- Симптомите како апатија и слаба мотивираност може да наликуваат на деменција.
- Пациентите често отежнато се справуваат со секојдневните активности и се чувствуваат немотивирано, особено наутро.

- Другите симптоми вклучуваат: надразливост, плачливост, анксиозност, песимизам, чувство на бескорисност, самообвинување, самоубиствени мисли, осаменост, плашливост и зависност од други луѓе.
- Соматските симптоми често ја маскираат депресијата: разновидни болки и тиштења, хипохондрија, нарушено спиење, недостиг на апетит, губење тежина и исцрпеност.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Тагување како нормална реакција на ужаленост.
- Деменција (тестирање, или обид со антидепресиви). Забелешка: и дементните пациенти може да имаат депресија.
- Хронична болка.
- Хипотиреоидизам, хиперпаратиреоидизам.
- Паркинсонова болест.
- Недостаток на витамин Б12.
- Несакани дејства од лекови (метилдопа, β-блокатори, диуретици, L-допа, индометацин, дигоксин, стероиди, невролептици, лекови кои предизвикуваат хипогликемија).
- Алкохолизам.

ДИЈАГНОЗА

- Да се поразговара за симптомите и моменталната животна ситуација со пациентот. Доколку е достапен некој близок, може да послужи како добар извор на вредни информации.
- Анамнеза: претходна психијатриска болест, моментална фармакотерапија.
- Физикален и психијатриски преглед.
- Скрининг тест за депресија.
- Тест за деменција.
- Лабораториски тестови (за исклучување): TSH, слободен тироксин, крвна слика, диференцијална размаска, витамин Б12, калциум, црнодробни ензими, електролити и креатинин.
- ЕКГ

ТРЕТМАН

- Да се обезбеди обука за депресија за пациентите и нивните семејства и негователи, т.е. депресијата може да се лекува.
- Да се третираат придружните соматски болести и да се направи обид за намалување или надоместување на ефектите од онеспособеноста; добриот третман на соматската болест наедно придонесува и во третманот на депресијата.
- Да се испланира психосоцијалниот статус на пациентот и системот на поддршка.
- Кај постарите депримирани лица односот лекар-пациент треба да биде активен, охрабрувачки и поддржувачки.
- Постојат добри докази за ефикасноста на психолошките интервенции (когнитивна психотерапија, интерперсонална терапија, кратка психодинамска терапија) со мотивирани постари депримирани пациенти.
- Да се остави пациентот нормално да тагува по некое ужалување, но да се има пред-

вид можноста за депресија кога симптомите перзистираат или се интензивираат.
- Физикалната терапија пациентот може да ја доживее како поддржувачка и позитивна интервенција.
- Лекови:
  - При изборот на антидепресиви, да се процени симптоматологијата (апатичност-ексцитираност) и да се осигура соодветен лек и во однос на придружните болести и другите лекови што ги зема пациентот.
  - Не постојат разлики во ефикасноста на различните лекови.
  - Селективните инхибитори на повторното преземање на серотонин ги активираат пациентите. Тука спаѓаат циталопрам, сертралин, пароксетин и флувоксамин. Инхибиторот на МАО-А, моклобемид, исто така, често се употребува за депресија кај постарите.
  - Трицикличните антидепресиви се контраиндицирани доколку пациентот има дефекти во срцевата спроводливост, глауком, ортостатска хипотензија, предиспозиции за уринарна ретенција или склоност кон падови. Во овие случаи би можел да биде корисен миансеринот (опасност од неутропенија, потреба за чести крвни слики).
  - Миртазепин, со почетна доза од 15-30 mg/ден е добар избор кај депресиите комбинирани со анксиозност или нарушувања на спиењето.
  - Трицикличните антидепресиви, амитриптилин и доксепин, не се препорачуваат кај постарите поради нивните антихолинергични несакани дејства. Нортриптилинот може да биде добар избор кај апатичната депресија. Трицикличните антидепресиви обично не се препорачуваат кај пациентите постари од 75 години, но може да се употребат кај хоспитализираните пациенти.
  - Венлафаксин (37.5-150 mg/ден) може да биде ефикасен кај депресијата резистентна на други лекови.
  - Доколку депресијата е поврзана со параноидни/ психотични појави, да се направи обид со некој антипсихотик (примарно со некој атипичен антипсихотик како рисперидон или кветиапин). Да се консултира психијатар.
  - Дејствата на лековите обично стануваат очигледни за 4-8 недели. Доколку изостане дејството, или дејството е само незначително, да се зголеми дозата, а доколку дозирањето било оптимално да се направи обид со лек од некоја друга група антидепресиви.
  - Терапијата да продолжи шест месеци до една година по закрепнувањето на пациентот. Доколку повторно настапи депресија, постарите лица треба да се третираат со лекови неколку години.
- Самоубиствените склоности кај некој постар пациент се индикација за хоспитализација.

ЗАКЛУЧОК

- Грижата за постарите депресивни пациенти може да биде отежната и да претставува предизвик и за медицинските сестри и за негувателите. Пациентот може да загубил надеж, да биде огорчен, да обвинува, да биде зависен и емотивно лабилен.
- Групите за поддршка на персоналот и советување на членовите од поблиското семејство и на негувателите може да помогне.
- Да се консултира психијатар при дијагностички проблеми или кога пациентот останува депресивен и покрај третманот. Неколку антидепресиви може да се комбини-

раат кај тешките случаи. Електроконвулзивната терапија е ефикасна и безбедна кај тешките случаи.
- Тешко депресивните пациенти кои имаат самоубиствени идеи треба да се третираат во психијатриски болници.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Програмите за психолошко приближување се ефикасни во истражувањата со учество на доброволци, но нивната ефикасност кај неселектирана популација треба дополнително да се демонстрира (**ннд-C**).
- Не постојат доволно докази од контролирани испитувања за ефикасноста на електроконвулзивната терапија кај депресивните постари пациенти (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

- Tuula Saarela Article ID: ebm00472 (022.004) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2008 година**

ПАДОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ

- **Цели**
- **Ризик-фактори за паѓање**
- **Физикален преглед**
- **Третман**
- **Редуцирање на ризик-факторите**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Причините за падовите треба да се откријат и да се отстранат.
- Мора да се проценат ризиците и опасностите од паѓање и да се минимизираат.

РИЗИК-ФАКТОРИ ЗА ПАЃАЊЕ

Внатрешни

- Лекови, алкохол:
  - Хипнотици и седативи (**ннд-C**)
  - Невролептици (**ннд-C**)
  - Трициклични антидепресиви (**ннд-C**)

  - Лекови кои го намалуваат крвниот притисок и нитроглицерин, дигоксин, антиаритмици од тип 1А и диуретици (**ннд-С**)
  - Антипаркинсоници и антиепилептици
  - Алкохолизам
- Акутни нарушувања:
  - Инфекции
  - Нарушувања на балансот на течности и натриум (диуретици)
  - Срцева слабост
  - Аритмии
  - Транзиторни исхемични напади и други церебралноваскуларни заболувања.
- Хронични заболувања:
  - Епилепсија
  - Васкуларна деменција, последици од мозочен удар
  - Ортостатска хипотензија
  - Паркинсонизам
  - Дијабетес
  - Анемија, обилно гастроинтестинално крвавење
- Инвалидитет:
  - Слаб вид
  - Остеоартритис на долните екстремитети, мускулна слабост и несмасност
  - Периферна невропатија
  - Деформитети на стапалата
  - Заборавање/испуштање на редовната терапија или погрешно дозирање

Надворешни

- Лизгава површина, слабо осветление, нерамна површина, препреки, потреба за посегнување по некои предмети.
- Лоши обувки, несоодветни помагала.
- Анамнезата ја открива причината за падот. Пациентите, негувателите, сведоците треба да се интервјуираат.
  - Во какви околности паднал пациентот?
  - При станување од кревет, одејќи, во тоалет, пресегнувајќи се, при мирување или при напор.
  - Кои други симптоми биле поврзани со паѓањето?
  - Вртоглавица, губење контрола врз мочниот меур, градна болка (хипотензивен колапс предизвикан од нитроглицерин), аритмија, онесвестување пред или по падот.
  - Конвулзии?
  - Дали пациентот станал без помош, за колку време и каква била состојбата со свеста?
  - Имало ли промени во здравствената состојба во последно време?
  - Користи ли постарото лице лекови?
  - Колку јаде и пие?

ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

- Крвен притисок во лежечка и стоечка позиција.
- Срцеви тонови, ЕКГ и холтер-мониторинг.

- Аускултација на каротидите.
- Вид.
- Ориентационен невролошки статус (од; слабост или вкочанетост на екстремитетите, телото или лицето; Ромбергов тест).
- Дигитален ректален преглед, хемоглобинемија.

ТРЕТМАН

- Да се проверат лековите, вклучително и оние без рецепт. Да се отстранат непотребните лекови (**ннд-А**).
- Да се консултира офталмолог по потреба.
- Да се третираат акутните болести.
- Да се предложат физички вежби (**ннд-В**) (јакнење на мускулите и тренирање на рамнотежа (**ннд-А**).
- Да се провери третманот на хроничните заболувања.
- Лековите против вртоглавица се бескорисни кај падовите.
- Ако не може да се пронајде причината за падот и да се отстрани, да се одредат, проценат и минимизираат ризик-факторите (**ннд-А**).

РЕДУЦИРАЊЕ НА РИЗИК-ФАКТОРИТЕ

Табела 1. Падови кај постарите - Редуцирање на ризик-факторите

Ризик-фактор	**Интервенција**
Оштетен вид	Коригирање на рефрактерната грешка, третман на катаракта, подобрување на осветлението
Оштетување на сетилото за рамнотежа	Прекин на лековите кои влијаат врз рамнотежата
Деменција	Прекин на непотребните лекови, оптимално третирање на хроничните заболувања, подобрување на домашната безбедност, вежби за одење
Проблеми со стапалата	Третман на плускавците и на hallux valgus, соодветни обувки
Ортостатска хипотензија	Ревизија на лековите, доволно внесување течности, одмор по јадење, поткревање на заглавјето на креветот, бавно исправање до стоечка положба Можни лекови (дихидроерготамин, етилефрин хидрохлорид, флудрокортизон)
Дегенерација на вратниот ‘рбет	Личните предмети да бидат лесно дофатливи
Мускулно-скелетни заболувања	Помагала за одење, шилци против лизгање на ѓоновите и на бастунот, подобрување на домашната безбедност

Подобрување на домашната безбедност

- Често е потребна домашна посета: пациентот и негувателот треба да се консултираат со докторот, физиотерапевтот или со медицинската сестра какво уредување на домот е потребно.
- Осветление: соодветно општо осветление, светилка на скалите и ноќно осветление во спалната и во тоалетот.

- Слободен пристап: во станот, на скалите, во дворот, отстранување на снегот и мразот зимно време.
- Килими со ниски рабови, материјал против лизгање под нив, отстранување на праговите и на килимите по потреба.
- Тоалет и бања: рачки, нелизгави подови и дно на кадата, висока шолја. Бравата на вратата од тоалетот да може да се отклучи и однадвор.
- Стабилни и доволно високи столови и кревет.
- Кујна: предметите треба да бидат на дофат и да нема потреба од пресегнување.
- Соодветни обувки (ниска, нелизгава потпетица).
- Ако безбедноста на пациентот (и на негувателот) се незадоволителни, да се разгледа можноста за ангажирање домашна медицинска сестра или домашна помош за контролирање/следење на пациентот и да се обезбеди безбедносен телефон во случај на следни паѓања.
- Мултифакторијалните програми за скрининг на ризикот кај постарите лица и отстранувањето и на внатрешните и на надворешните ризик-фактори се ефикасни во превенцијата на падови (**ннд-А**). Надворешните штитници на колковите (**ннд-В**) може да превенираат 60 % фрактури на колкот кај лицата со висок ризик.
- Високите дози на витамин Д во комбинација со внесување калциум може да ја намалат инциденцата на фрактури (**ннд-В**)

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Постојат малку докази за да се препорача каква било интервенција за редуцирање на падовите во ситуација на акутна хоспитализација (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Leipzig RM, Cummings RO, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. 3 Am Ger Soc 1999;47:30-39
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (Urn versity of York), Database no.: DARE-990250. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
3. Hanlon JT, Cutson T, Ruby CM. Drug-related falls in the older adult. Topics Geriatr Rehabilitati6n 1996;1 1:38-54
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~rnversity of York), Database no.: DARE-965365. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Leipzig RM, Cummings RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Ger Soc 1999;47:40-50
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness QJrnversity of York), Database no.:DARE-99025 1. In: The Cochrane Library, Is sue 2, 2000. Oxford: Update Software
7. Gillespie LD, G~lespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000340. In: The Cochrane Library, Issue 2. 2OOOrd: Update Software; 1998. Updated quarterly.
8. Province MA, 2002ey EC, Hornbrook MC, Lipsitz LA, Miller 3'). Muirow CD. The effects of exercise on falls in the elderly: a preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. JAMA 1995;273:1341-1347
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~rnversity of York), Database no.: DARE-954030. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

10. Kannus P,~Parl:kari 3, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Jarv~inen M, Vuori I. Prevention of hip fractures in elderly people with use of a hip protector. N Engl 3 Med 2000;343:1506-1513
11. Lauritzen JB, Petersen MM, Lund B. Effect of external hip protectors on hip fractures. Lancet 1993;341:11-13
12. Gillespie WJ, Henry DA, O~Connell DL, Robertson 3. Vitamin D and Vitamin D analogues in the prevention of fractures in involutional and post-menopausal osteoporosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000227. In: The Cochrane Library, Issue 2. 2OOOrd: Update Software; 1998. Updated quarterly.
13. Lips P, 2002fsmans WC, Ooms ME et al. Vitamin D supplementation and fracture incidence in elderly persons. A randomized, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 1996; 124:400-6. Comment in ACP Journal Club 1996;(July/August): 16
14. Chapuy MC et al. Effect of calcium and cholecalciferol treatment for three years on hip fractures in elderly women. BMJ 1994;308:1081-2
15. Dawson-Hughes B et al. Rates of bone loss in postmenopausal women randomly assigned to one of two dosages of vitamin D. Am 3 Clin Nutr 1995;61:1 140-5
16. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood 3, Kwanko I. Falls in acute hospitals: a systematic review. Adelaide: The Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing and Midwifery. A systematic Review. 1998.1-71
17. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness QJniversity of York), Database no.: DARE-999775. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
18. Tinetti ME. Preventing falls in the elderly. N Engl 3 Med 2003;348:42-49.
19. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. 3 Am Geriatr Soc 2001 ;49:664-672.
20. Editors Article ID: emb00478 (022.001) ©2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.12.2001, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до декември 2006 година**

КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ НА ПОСТАРИТЕ

- **Цели**
- **Основни правила**
- **Скрининг на сопствените пациенти**
- **Содржина на скринингот во примарната здравствена заштита**
- **За кого и колку често е потребен скрининг?**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Функционалната способност и здравјето се одржуваат колку што е можно подолго.
- Се обезбедува квалитет на животот и се зголемува безбедноста.
- Се јакнат социјалните/општествените врски.
- На постарите им се даваат информации за здравствените услуги и за нормалното стареење.
- Се намалува морталитетот.

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Најубедливи докази за ефикасноста на превентивните мерки кај постарите се добиени за следниве интервенции: скрининг за рак на дојка, престанок со пушење, третирање на хипертензијата, зголемување на обемот на физичките вежби, вакцинација и превенција на падовите.
- Резултатите во врска со ефикасноста на нетаргетираниот скрининг се контрадикторни, и покрај тоа што може да се откријат различни недијагностицирани заболувања.
- Скринингот што го изведуваат здравствените работници (медицински сестри, матичен лекар) за време на посетата на пациентот во некој здравствен центар би можеле да бидат пополезни со извесна резерва. Ова е многу прикладно за примарната здравствена заштита заснована врз населението. Скрининг може да изведува секој стручен здравствен работник, по потреба и со потемелен контролен преглед од страна на лекар.
- Треба да се бараат само оние болести или инвалидитети за кои постои делотворен третман и кои доаѓаат предвид кај постарите.

СКРИНИНГ НА СОПСТВЕНИТЕ ПАЦИЕНТИ

- Треба да се определи кои индивидуи имаат потреба од подетаљна процена.
- Главен акцент треба да се стави на функционалните способности (способноста за движење, когнитивните способности, справување со секојдневните активности), а не само на болеста.
- Почетно губење на функционалноста е индикација за детаљна процена, бидејќи тоа често е знак за соматска болест.

СОДРЖИНА НА СКРИНИНГОТ ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- Не постои консензус за содржината на една изводлива скрининг- програма.
- Постојат научни докази за ефикасноста на следниве скрининг мерки:
  - мерење на крвниот притисок;
  - мамографија;
  - ректално туше, крв во изметот и сигмоидоскопија (за откривање рак на дебелото црево).
- Исто така, се препорачуваат и следниве мерки:
  - справување со секојдневните активности, ADL (Activities of Daily Living) 1 и IADL (Instrumental Activities of Daily Living), пазарење, финансии, приготвување храна, користење телефон);
  - слух: анамнеза или шепотење на 20 см од увото;
  - расположение (испитано на пример со некој од тестовите за депресија: Zung, GDS, DEPS);
  - тест за деменција - само ако има нарушување на меморијата;
  - острина на вид, интраокуларен притисок;
  - гликемија, холестерол, тироидна функција;
  - ЕКГ;
  - испитување на состојбата на ухранетост (нутритивен статус) со MNA (Mini Nutritional Assesment) прашалник;
  - густина на коските измерена со дензитометрија;
  - способност за седнување и станување од стол и способност за одење (пациентите со зголемен ризик за паѓање или со претходни падови во анамнезата).
- Меѓутоа, се покажало дека:
  - скринингот за острина на видот кај асимптоматските постари пациенти не го подобрува видот (**ннд-С**);
  - медицинските испитувања, вклучувајќи го и здравствениот преглед, ретко води до откривање на нови битни наоди кај општата постара популација;
  - рутинската употреба на прашалниците за откривање на психијатриските заболувања (депресија, анксиозност) не ја зголемува стапката на откривање, ниту ја подобрува прогнозата на емоционалните нарушувања;
  - интервенциите кои имаат за цел да го намалат ризикот од паѓање треба да се насочат кон пациентите за кои постои најголема веројатност дека ќе имаат корист од тоа.
- Нема формиран став за значењето на палпацијата на простата и/или на PSA при скринингот за рак на простатата.

ЗА КОГО И КОЛКУ ЧЕСТО Е ПОТРЕБЕН СКРИНИНГ?

- Скрининг-мерките кои се напишани погоре или барем некои од нив може да се препорача да се спроведуваат на секои 1 до 5 години доколку резултатите од испитувањата влијаат врз активностите што ги презема лекарот.
- Да се постави горна старосна граница за скрининг е тешко, сепак, спорна е смислата за скрининг за некое заболување на асимптоматски лица постари од 85 години.
- Кај постарите лица кои се институционализирани, фокусот треба да се постави на превенцијата на декубитусите, уринарната инконтиненција и падовите и на одржувањето на способноста за движење. Годишните лабораториски испитувања кај

овие пациенти не се сметаат за оправдани.
- Проценувањето на можната корист е посебно проблематично кога :
  - не постои лек за болеста;
  - претходните испитувања биле негативни;
  - пациентот има тешко ограничена функционална способност или има деменција;
  - очекуваниот квалитет или траење на животот се ограничени поради некоја друга причина.
- Иако староста од 85 години се смета за горна граница за скрининг, индивидуалните разлики на секоја личност и различните потреби за нега мора да се земат предвид.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Smeeth L, Iliffe S. Community screening for visual impairment in the elderly. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number : CD001054. In : The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford : Updated Software.Updated frequently.
2. Gillespie L. Preventing falls in the elderly people. We need to target interventions at people most likely to benefit from them. BMJ 2004, 328 : 653-654.
3. Jaakko Valvanne Article ID: emb00469 (022.020) ©2005 Duadecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2008 година**

ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО ПОСТАРА ВОЗРАСТ

- **Основни правила**
- **Постарите и крвниот притисок**
- **Дијагноза**
- **Третман**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Третманот на хипертензијата кај постарите пациенти е корисен без оглед на тоа кој лек ќе се употреби.
- Со третманот треба да се започне внимателно за да се избегне опасноста од нарушување на мозочниот крвоток проследено со паѓање.
- Цел на третманот би требало да биде нормотензија (под 140/90), освен кога пречка за тоа се ортостатски проблеми или нарушување на бубрежната функција.

ПОСТАРИТЕ И КРВНИОТ ПРИТИСОК

- Систолниот крвен притисок се покачува со годините, додека дијастолниот започнува да опаѓа по навршувањето на 60-тата година.
- Изолирана систолна хипертензија (ISH) често се јавува кај постарата популација.
- Придружните заболувања не само што го отежнуваат третманот туку, исто така, ја попречуваат споредбата на релевантните студии за третман на хипертензијата.
- Третманот ја редуцира особено инциденцата на мозочен удар и срцева слабост.
- Ефектите врз коронарната срцева болест се мали. Започнувањето со третман уште пред да дојде старата возраст може да ја спречи појавата на Алцхајмеровата болест. Оваа корист би можела да е во зависност од избраниот лек.
- Следниве фактори би требало да се имаат предвид при третман на хипертензија:
  - НСАИЛ (нестероидни антиинфламаторни лекови) ја намалуваат ефикасноста на АКЕ-инхибиторите и може дополнително да ги оштетат бубрезите при бубрежно заболување;
  - реноваскуларната хипертензија тешко се нормализира без компромитирање на реналната функција;
  - многу широк пулсен притисок може да упатува на аортна регургитација. Целта би требало да биде нормализирање како на систолниот, така и на дијастолниот притисок;
  - не постојат дефинитивни докази за општата корист од започнувањето со антихипертензивен третман кај пациентите на возраст од 80-85 години: инциденцата на мозочни удари ќе се намали, но морталитетот останува непроменет. Одлуката за тоа дали да се започне со третман или не и кој лек да се употреби треба да се донесе согласно со која било коегзистирачка болест и со општото здравје на пациентот.

ДИЈАГНОЗА

- Речиси 20% постари лица имаат псевдохипертензија, кога атеросклеротичните артерии не се компримираат под манжетната и се добиваат лажно високи резултати.
- Хипертензијата од “бел мантил” е, исто така, вообичаена појава кај постарите.
- За да се дијагностицира ортостатска хипотензија, крвниот притисок мора секогаш да се мери и кога пациентот стои исправен; асимптоматското паѓање на систолниот притисок за 20 mmHg е вообичаено и прифатливо.
- Во придружни болести и лекови кои можат да го намалат крвниот притисок спаѓаат:
  - паркинсонизмот и лековите кои се користат за негова терапија;
  - психијатриските лекови, особено антипсихотиците;
  - дијабетичната невропатија;
  - нитратите.

ТРЕТМАН

- Менувањето на стилот на живеење обично не дава ефекти кога се работи за третман на хипертензија кај постарите пациенти; болестите кај оваа старосна група обично не се повеќе поврзани со стилот на живеење.
- Третманот треба да се започне внимателно со мала доза која постепено се зго-

лемува. Целта не се постигнува секогаш, но дури и мало намалување на крвниот притисок е од корист.
- Пациентот треба да се посоветува пополека да станува од кревет и би требало да му се објаснат симптомите на пресинкопа.
- Изборот на лекот треба да се направи земајќи ги предвид сите придружни болести.
- Диуретиците се често лекови од прва линија, освен кога некоја придружна болест не бара употреба на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин II (особено ако пациентот страда од кашлица како несакано дејство на некој АКЕ-инхибитор).
- Мала доза на некој тијазиден диуретик е доволно за намалување на крвниот притисок.
- Преголема доза на некој диуретик може лесно да предизвика ортостатска хипотензија кај постарите пациенти со ситен раст.
- Ако некој постар пациент има и дијабетес, коронарна срцева болест или срцева слабост, давањето само диуретик нема да биде доволно.
  - Комбинирањето на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин II со диуретик е ефективно за намалување на крвниот притисок, но може да предизвика ортостатски проблеми и покачување на серумските концентрации на креатинин.
  - АКЕ-инхибиторите или антагонистите на рецепторите за ангиотензин II не би требало да се комбинираат со диуретици кои штедат калиум (опасност од хиперкалиемија). Наместо тоа би требало да се пропише комбиниран производ. Можен исклучок е комбинирањето на некој АКЕ-инхибитор со спиронолактон за третман на срцева слабост.
- β-блокаторите не нудат некаква особена корист.
  - Нивната ефикасност може да се подобри со додавање на некој вазодилататор од групата на блокатори на калциумовите канали, меѓутоа ваквата комбинација може да доведе до ортостатски проблеми затоа што β-блокаторите го оневозможуваат потребното забрзување на срцевиот ритам.
  - β-блокаторите се индицирани кај коронарна срцева болест и кај хронична срцева слабост.
- Блокаторите на калциумовите канали може да се употребуваат. Обично не се препорачува истовремена употреба со диуретици поради можноста од хиповолемија.
- АКЕ-инхибиторите или антагонистите на рецепторите за ангиотензин II обично се индицирани кај пациентите кои имаат и хронична срцева слабост, миокарден инфаркт во анамнезата или дијабетес тип 2.
  - Важно е следењето на бубрежната функција (креатинин, калиум, натриум) особено ако пациентот истовремено користи и некој НСАИЛ.
  - Мало зголемување на серумските концентрации на креатинин обично не е пречка за употреба на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин II (освен ако серумските концентрации на креатинин не се зголемат за 30 % над почетното ниво во рок од два месеца или се развие хиперкалиемија).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Frohlich ED. Treating hypertension - what are we to believe? N Engl J Med 2003;348(7):639-41

2. Staessen JA, Fagard R, Thij 5 L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhager WH, Bulpitt CJ, de Leeuw PW, Dollery CT, Fletcher AE, Forette F, Leonetti G, Nachev C, O'Brien ET, Rosenfeld J, Rodicio JL, Tuomilehto J, Zanchetti A. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Lancet 1997;350(9080):757-64.
3. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Den Hond E, Boissel J '), Coope J, Ekbom T, Gueyffier F, Liu L, Kerlikowske K, Pocock S, Fagard RH. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. Lancet 2000;355(9207):865-72
4. August P. Initial treatment of hypertension. N Engl J Med 2003;348(7):610-7
5. Wing LM, Reid CM, Ryan P, Beilin U, Brown MA, Jennings GL, Johnston CI, McNeil 33, Macdonald GJ, Marley JE, Morgan TO, West MJ, . A comparison of outcomes with angiotensinconverting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. N Engl 3 Med 2003;348(7):583-92
6. Yusuf S, Sleight P, Pogue 3, Bosch 3, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Engl 3 Med 2000;342(3): 145-53
7. Hansson L, Lindholm LH, Ekbom T, Dahlof B, Lanke J, Schersten B, Wester P0, Hedner T, de Faire U. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. Lancet 1999;354(91 92): 1751-6
8. Frohuch ED. Treating hypertension - what are we to believe? N Engl J Med 2003; 348 (7): 639-41
9. Strandberg TE, Pitkala K. What is the most important component of blood pressure: systolic, diastolic or pulse pressure? Curr Opin Nephrol Hypertens 2003;12(3):293-7
10. Anmed A. Use of angiotensin-converting enzyme inhibitors in patients with heart failure and renal insufficiency: how concerned should we be by the rise in serum creatinine? J Am Geriatr Soc 2002;50(7):1297-300.
11. Timo Strandberg Article ID: emb00946 (022.0210) ©2005 Duadecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 6.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2008 година**

ИНФЕКЦИИ ВО ПОСТАРА ВОЗРАСТ

- **Основни правила**
- **Пневмонија**
- **Инфекции на уринарниот тракт и пиелонефритис**
- **Гастроинтестинални и интраабдоменални инфекции**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Клеточниот имунитет и дел од хуморалниот имунитет се нарушени во постарата возраст.
- Болестите и состојбите асоцирани со возраста, како и имуносупресивните лекови ги нарушуваат одбранбените механизми.
- Симптомите на инфекциите обично се атипични. Дури и умерени инфекции може да предизвикаат декомпензација на различни органи.
- Треската обично е отсутна. CRP е корисен маркер за присутна инфекција.

ПНЕВМОНИЈА

- Предиспонирачки фактори за пневмонија во постара возраст се :
  - нарушен рефлекс за кашлање;
  - можни невролошки заболувања кои предизвикуваат нарушување
  - во функционирањето на фаринксот и можност за аспирација;
  - опструктивни белодробни заболувања;
  - имобилизација;
  - срцева слабост.
- Температурата кај пациентот со пневмонија може да биде нормална. Пневмонијата може да се манифестира со симптоми на влошена општа состојба, конфузија, дури и болка во градите предизвикана од иритација на белите дробови или од коронарна срцева болест.
- Најчест предизвикувач на пневмонија надвор од болнички услови е Streptococcus pneumoniae (pneumococci), и антибиотик од прва линија за третман е пеницилин Г .
- За време на епидемија од грип, чести се секундарните бактериски пневмонии, кои најчесто се предизвикани од Staphylococcus aureus. Во тој случај лек на избор е цефуроксим.
- Должината за лекувањето на пневмонијата е 10 дена.
- Превенирањето на пневмококната пневмонија со вакцинација (**ннд-В**) и вакцинацијата против грип е во широка употреба. Амантадин може да се употребува како заштитен лек за инфлуенција кај пациентите кои не се вакцинирани, но мора да се имаат на ум несаканите ефекти.
- Кај пролонгираните белодробни инфекции веројатноста за туберкулоза е голема(кожен тест, култура од спутум).

ИНФЕКЦИИ НА УРИНАРНИОТ ТРАКТ И ПИЕЛОНЕФРИТИС

- Жените се предиспонирани кон инфекции на уринарниот тракт поради атрофијата на вагиналната мукоза асоцирана со возраста или поради пролапс на вагина или утерус. Мажите се предиспонирани кон уринарни инфекции поради хиперплазија на простатата.
- Најважен надворешен предиспонирачки фактор за инфекции на уринарниот тракт е катетаризацијата.
- Причината за рекурентна инфекција треба да се утврди и третира. Ако причината не се открие, тогаш се препорачува профилактички третман со нитрофурантоин или триметоприм - еднократно навечер.
- Асимптоматската бактериурија кај постарите не треба да се третира со антибиотици сè додека не се појават специфични (дизурија, инконтиненција) или неспецифични (конфузија, падови) симптоми
- При институционалната грижа, понекогаш се пристапува кон третман поради миризбата од инфекциите. Оваа практика не се препорачува. Третманот не го намалува мокрењето во кревет.
- Цефуроксим е интравенски лек од прв избор за третман на пиелонефритис. Кога општата состојба ќе се подобри или кога ќе се нормализира телесната температура, тогаш од интравенска се преминува на перорална терапија. Должината на третманот е две недели.
- Кај пациентите со катетар не треба да се дава профилактички лек. Не се препорачува земање примероци од катетарот за следење.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ И ИНТРААБДОМЕНАЛНИ ИНФЕКЦИИ

- Бидејќи чувството за висцерална болка опаѓа со возраста, акутниот апендицитис и инфекциите на билијарниот тракт може тешко да се дијагностицираат.Тие може тивко да доведат до перфорација или до акутна абдоменална катастрофа.
- Дивертикулоза и дивертикулитис се болести асоцирани со возраста.
- Серумскиот CRP, леукоцити , повторени клинички испитувања и исклучување инфекции од други органи помагаат да се дојде до вистинската дијагноза.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Riquelme-R et al. : Community-acquired pneumonia in the elderly : A multivariate analysis of risk and prognostic factors. Am J Respit Crit Care Med 1996, 154 : 1450-1455.
2. Ortqvist A et al. : Randomised trial of 23-valent pneumococcal capsular polysaccharide vaccine in prevention of pneumonia in middle-aged and elderly people. Lancet 1998 ; 351 : 399-403.

1. **EBM Guidelines, 4.12.2001, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до декември 2006 година**

НУТРИТИВНИ БОЛЕСТИ КАЈ ПОСТАРИТЕ

- **Основни правила**
- **Предиспонирачки фактори**
- **Последици од малнутриција**
- **Дијагноза на малнутриција**
- **Третман на малнутриција**
- **Други чести нарушувања на нутрицијата**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Хроничните болести се најчеста причина за малнутриција.
- Малнутрицијата треба да се третира поактивно отколку што се практикува тоа.
- Умереното губење на тежината и порастот на физичката активност е важно во третманот на дијабетесот, срцевата слабост, хипертензјата и остеоартритисот. Од друга страна умерената угоеност е ретка индикација за слабеење и диета кај постарите.
- За превенција на остеопороза , пациентите треба да земаат доволно калциум (1.5 g/дневно). Институционализираните постари луѓе обично страдаат од дефицит на витамин Д (**ннд-В**). Додавањето на витамин Д се препорачува за сите лица на возраст над 70 години за превенција на остеопорозата.
- Ако постаро лице има недостаток од витамин Б12 или недостаток од железо, тоа е суспектно за гастроинестинална болест.
- Рутинската употреба на витамини или олигоелементи не се докажани како ефикасни.

Преваленца на малнутриција

- Кај постарите преваленцата е 5-10 %.
- Кај возрасни над 80 години преваленцата е 10-20%.
- Кај хоспитализирани постари малнутрицијата се јавува во 65%.
- Кај перманентно институционализирани постари 30-80 % страдаат од малнутриција

ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ

- Проблеми во обезбедување на исхраната
  - економски (ниски пензии, скржавост);
  - проблеми со мобилноста;
  - фиксни навики, алкохолизам;
- Тешкотии со џвакање и голтање
  - мозочни удари , паркинсонизам, паднати заби.
- Зголемена потреба за нега

  - Инфекции;
  - траума,операција, пациенти со фрактури на екстремитети.
- Болести кои предизвикуваат кахексија
  - канцер, хронични инфекции (ТВС);
  - Алцхајмерова болест.
- Влошено искористување на хранливите материи
  - малапсорпција (интестинални болести).
- Други причини
  - психолошки причини (депресија, параноја);
  - медикаменти;
  - намалено чувство за вкус или мирис;
  - намалено чувство за жед.
- Неподвижност
- Психолошки промени асоцирани со возраста
  - намалувањето на базалниот метаболизам и редукцијата на физичката активност ја намалува потребата за внесување калории;
  - кај постарите жени внесувањето калории обично е под 1.500 kcal. Се смета дека ова е ризично ниво за инсуфициентно внесување некои олигоелементи;
  - со стареење мускулното ткиво се намалува, а пропорционално расте масното ткиво;
  - намалување на толеранцијата кон гликоза.
- Можност за нарушување на балансот на течности

ПОСЛЕДИЦИ ОД МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Порастот на морбидитетот и морталитетот е асоциран со малнутрицијата.
- Пролонгирана хоспитализација.
- Нарушување на имунитетот, бавно зараснување рани, зголемен ризик кон инфекции.
- Нарушување на функцијата и јачината на мускулите, пораст на ризикот за падови и фрактури.

ДИЈАГНОЗА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Клиничките наоди не се чувствителни индикатори за малнутрицијата.
- Најчесто употребувани индикатори се: намалена телесна тежина или BMI, слабост на трицепсите и рамениот појас, намалени серумски албумини, хемоглобин и лимфоцити, интервју за употреба на диета, витамини, клинички испитувања, губење телесна тежина.
- Т.н. Mini Nutritional Assessment се смета за најдобра мерка за малнутрицијата. Таа е валидна во неколку држави.

ТЕРАПИЈА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Протеинската малнутриција, всушност, е проблем што ги зафаќа постарите со болести и треба да се третира поактивно отколку што тоа се практикува денес.
- Протеинските суплементи (додатоци) го скратуваат престојот во болница и ги намалуваат компликациите (**ннд-А**).
- Постарите лица треба да примаат протеини 1-1.2 g/kg телесна тежина дневно; на

болните лица им е потребно повеќе.
- Со возраста пропорцијата на протеините во диетата треба да расте.

ДРУГИ ЧЕСТИ НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА

- Дефицит на некои хранливи состојки
- Анемии (железо, витамин Б12); да се бара скриена гастроинтестинална болест.
- Остеопороза и остеомалација. Дефицитот на витамин Д е честа состојба кај институционализирани постари и кај оние кои ретко излегуваат од дома.Рутинска суплементација на витамин Д е добро позната. Во дози од 800 IU дневно витамин Д се покажа ефикасен во превенцијата на фрактури (**ннд-В**). Препорачани дози за постарите се 800 IU дневно .
- Ноќно - слепило
- Невропатија (Б-витамини)
- Обезитас
  - метаболни нарушувања;
  - физички ограничувања во движењата;
  - инфекции на кожата (интертриго);
  - кардиоваскуларни болести;
  - настојувањето за губење на телесната тежина треба да е претпазливо. Губењето на тежината лесно доведува до губење на мускулното ткиво и до релативен пораст на масното ткиво.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Gillespie W3, Henry DA, O'Connell DL, Robertson 3. Vitamin D and vitamin D analogues in the prevention of fractures in involutional and post~menopausal osteoporosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD 000227. In: The Cochrane Library, Issue 2. 2OOOrd: Update Software; 1998. Updated quarterly)
2. Lips P, 2002fsmans WC, Ooms ME et al. Vitamin D supplementation and fracture incidence in elderly persons. A randomised, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 1996; 124:400-6. Comment in ACP Journal Club 1996;July/August: 16
3. Chapuy MC et al. Effect of calcium and cholecalciferol treatment for three years on hipfractures in elderly women. BMJ 1994;308:1081-2
4. Dawson-Hughes B et al. Rates of bone loss in postmenopausal women randomly assigned to one of two dosages of vitamin D. Am 3 Clin Nutr 1995;61:1 140-5
5. Tha P, Flather M, Lonn E, Farkouh M, Yusuf S. The antioxidant vitamins and cardiovascular disease: a critical review of epidemiologic and clinical trial data. Annals of Internal Medicine1995;123(1 1):860-72
6. Pahor M, Applegate WB. Recent advances in geriatric medicine. BMJ 1997;315:10714.
7. Sano M et al. A controlled trial of selegiline, alfa-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. The Alzheimer's disease cooperative study. N Engi J Med 1997;336: 1216-22
8. Clark LC et al. Effects of selenium supplementation for cancer prevention in patients with carcinoma of the skin. A randomised controlled trial. Nutritional Prevention of Cancer Study Group. JAMA 1996;276:1957-63
9. Helzlsouer KJ et al. Prospective study of serum micronutrients and ovarian cancer. 3 Natl Cancer Inst 1996;88:32-7
10. Hennekens CH et al. Lack of effect of long-term supplementation with beta-carotene

on the incidence of malignant neoplasm and cardiovascular disease. N Engl J Med 1996;334: 1145-9
11. Omenn GS et al. Effects of a combination of betacarotene and vitamin A on lung cancer and cardiovascular disease. N Engl 3 Med 1 996;334: 1150-5
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry P3. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutrition Rev 1996;54:(1 1) 559-56.
13. Kaisu Pitkala Article ID : ebm00467 (022.005) 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2008 година**

ОРГАНИЗАЦИЈА НА ГРИЖАТА ЗА ПОСТАРИТЕ - НЕПОСРЕДНИ УСЛУГИ

- **Основни правила**
- **Апартмански услуги**
- **Групен дом**
- **Неделна болница**
- **Болница во домашни услови**
- **Краткотрајна грижа и периодична грижа во домашни услови**
- **Ноќна грижа**
- **Планови за иднината**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Непосредните услуги за грижа на постарите опфаќаат хетерогени групи активности внатре и помеѓу институционалната и вонинституционалната грижа. Во табелата што ја опишува сегашната организација за грижата на постарите, овие активности се забележани со ѕвездичка (*).
- Други непосредни услуги вклучуваат:
  - заедничка соработка за грижа помеѓу домашните услуги, домашни здравствени услуги, болнички услуги, слично на болница во домашни услови - болничка грижа дома;
  - психогеријатриски дневни активности;
  - дневни активности за специјални групи (на пример дементни пациенти).
- Развојот на непосредните сервиси се базира на неколку социјални трендови:
  - пораст на бројот на популацијата кај која е потребна институционална грижа;
  - скапо чинење на институционалната грижа, економски тешкотии кај оние што ја обезбедуваат грижата;

- кај постарите е зголемена потребата за добра услуга.

Организација на услугите за постарите

Социјални услуги

Индивидуална социјална работа
- советување;
- социјална помош.

Здравствени услуги

Центар за здр. грижа
- здравствено советување;
- консултанти по општа медицина (GP);
- грижа за забите;
- рехабилитација;
- домашни здравствени услуги (*).

Домашни услуги

- домашна помош;
- транспортни услуги;
- финансиска поддршка за оние што даваат грижа;
- централни дневни активности (*);
- дневна грижа (*).

Поддршка на живеењето

- апартмански услуги;
- мали реновирања;
- услуги за ментална грижа.

Помош во живеењето

- групни домови (*)

Домашна нега

- дневна грижа (*);
- краткотрајна грижа(*);
- периодична грижа (*);
- специјални единици за гижа на дементни (*);
- вообичаена долготрајна грижа.

Болници

- дневна болница (*);
- ноќна грижа (*);
- неделна болница (*);
- периодична грижа (*);
- крајна грижа;
- акутна грижа;

- геријатриска процена;
- рехабилитација;
- долготрајна грижа.

Специјализирана болница

- акутна грижа;
- дијагностичка евалуација,
- рехабилитација;
- психијатриска грижа;
- психогеријатриска грижа;
- долготрајна грижа.

АПАРТМАНСКИ УСЛУГИ

- Овозможуваат независно живеење дури и за инвалидите.
- Обезбедуваат безбедно самостојно живеење на постарите, со достапна 24-часовна помош.
- Стандарди во опремувањето.
- Големината на услужниот стан за едно лице треба да биде 42-45 кв.
- Треба да има можност за да се влезе во него, да се движи во него , апартман со мобилен додаток, т.е инвалидска количка.
- Достапна денонoќна помош е овозможена со алармен систем.
- Потребно е капацитетите да може да ги употребуваат и населението и персоналот.

ГРУПЕН ДОМ

- Форма на помошно живеење, базирано на максимално автономно живеење на постарите со потреба за денонoќно надгледување и помош.
- Спалните (просториите) се сместени блиску до заедничките капацитети (кои ги вклучува работниот и социјалниот простор на персоналот).
- Во средина слично на дом со мала група луѓе кои живеат заедно.
- За дементните лица е потребно континуирано надгледување и безбедна околина, со заклучени врати.
- Групираните домови се корисни посебно кај дементните лица и кај оние постари лица кај кои претходно им била потребна психијатриска грижа.
- Посебните единици дизајнирани за грижа на дементни треба да бидат мали (8-10 пациенти) и треба да се подготвени за грижа на 1-2 пациента со проблеми во однесувањето.

НЕДЕЛНА БОЛНИЦА

- Болница која преку неделата обезбедува рехабилитација и геријатриски помошни услуги. За време на викендите пациентите може да си одат дома.
- Заедничката грижа дома и во болница ја подобрува мотивацијата кај пациентот за рехабилитација.

БОЛНИЦА - ДОМА

- Болница - дома значи давање медицинска грижа од професионалци дома кај пациентот, која од друга страна е грижа за во болнички услови.
- Податоците за ефикасност на грижата во "болница - дома" се скудни (**ннд-А**).

КРАТКОТРАЈНА И ПЕРИОДИЧНА ГРИЖА ВО НЕГУВАЊЕТО ДОМА

- Целта е:
  - да се одржи можноста на постарите да живеат дома, со обезбедено располагање на периодична грижа и евалуација;
  - да се превенира потребата од институционализација со водење грижа за одмор на персоналот што ја води грижата (**ннд-D**).
  - Грижата треба да е вклучена во планот за грижа и услуги кој треба да е подготвен претходно.

НОЌНА ГРИЖА

- Ноќната грижа може да ја користат мала група пациенти или оние што даваат грижа, како и на оние што им е неопходна честа помош.

ПЛАНОВИ ЗА ИДНИНАТА

- Институционалната грижа треба да се гледа како поддршка на домашната грижа.
- Помошните средства треба да се доделат за да се овозможи автономност на индивидуите и заедницата.
- Организацијата на здравствените и на социјалните услуги треба да биде координирана за да овозможи развој на непосредните услуги.
- Квалитетот на институционалната грижа треба да е докажана.
- Услугите за дементните лица сè уште се главен предизвик за грижата на постарите.
- Експертското мислење на обучени доктори по општа медицина, геријатри и психијатри специјализирани за постара возраст е потребно како многу значен елемент во животот на неспособни стари лица, посебно кога се разгледува можноста за постојана институционализација.
- 90% таргетираните со возраст над 80 години треба да живеат дома со помош на разни услуги.

СРОДНИ ДОКАЗИ

- Единиците за акутна рехабилитација се корисни. Програмата за рехабилитација од заедницата (општината) може да биде ефикасна (**ннд-А**).
- Моменталните докази од студиите за скуден квалитет не соодветствуваат со позитивните ефекти од подоцнежната нега (**ннд-С**).
- Домашната грижа ги редуцира деновите за акутна хоспитализација (**ннд-С**).
- Домашната визита има позитивни ефекти за подобрување на здравјето на клиентите (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

- Flint AJ. Effects of respite care on patients with dementia and their caregivers. Int Psychogeriatrics 1997;7:505-5 17.
- The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~m~versity of York), Database no.: DARE-973434. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- Scott I. Organisation of care of the hospitalized elderly: a literature review and suggestions for future research. Australian and New Zealand Journal of Medicine 1 999;29:254-264.
- The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~niversity of York), Database no.:DARE-991086. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
- Bours GJ, Ketalaars CA, Fredericks CM, Huyer Abu Saad H, Wouters EF. The effects of aftercare on chronic patients and frail elderly patients when discharged from hospital: a systematic review. 3 Adv Nurs 1998;27:1076-1086
- The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (Urn versity of York), Database no.:DARE-988571. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- Hughes SL, Ulasevich A, Weaver FM, Henderson W, Manheim L, Kubal JD, Bonarigo F. Impact of home care on hospital days: a meta-analysis. Health Services Research 1997;32:415-432.
- The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.:DARE-988255. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
- Ciliska D, Hayward S, Thomas H, Mitchell A, Dobbins M, Underwood 3, Rafael A, Martin E. The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions:a systematic overview. Quality of Nursing Worklife Research UnitMacMaster University of Toronto. Hamilton, Toronto 1994, pp.48
- The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~m~versity of York), Database no.:DARE-952485. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- Editors Article ID : ebm00476 (022.030) 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.4.2001, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2006 година**

ПРЕВЕНЦИЈА И ТРЕТМАН НА ДЕКУБИТУСИ

- **Фази на развој на декубитуси**
- **Класификација на декубитуси**
- **Иницијална процена**
- **Превенција**
- **Третман**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ФАЗИ НА РАЗВОЈ НА ДЕКУБИТУСИ

- Првиот знак за развој на декубитус е хиперемија.Следните степени се одвојување на епидермисот, везикули и крусти, чист улцер (рана), и евентуално инфициран улцер.

КЛАСИФИКАЦИЈА НА ДЕКУБИТУСИТЕ

- Декубитусите се класифицирани во четири степени во зависност од големината на ткивното оштетување
- еритем кој не бледее на интактна кожа;
- кожен дефект ограничен на епидермис или дермис;
- оштетувањето пенетрира низ целиот дермис во субкутаното ткиво, до зона на демаркација – фасцијатата;
- кожен дефект со деструкција на ткивото или некроза, пенетрација во мускулите, коските или сврзното ткиво.

ИНИЦИЈАЛНА ПРОЦЕНА

- Да се одреди степенот и големината на дефектот.
- Да се забележат фистули, шуплини, некрози, гранулационо ткиво и епителизација.
- Да се утврди основната болест, нутриционата состојба, степенот на болка и менталниот статус на пациентот. Дијабетес, нарушена периферна циркулација, болести на сврзно ткиво, намален имунитет, психози и депресии се ризик-фактори за одложување на заздравувањето. Серумските албумини се корисни за процена на нутритивниот статус.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Состојбата на пациентот се менува брзо (за помалку од два часа ако дозволуваат личните средства). Да се забележи хиперемија на кожата секогаш при промена на позиција.

- Сакралната регија е највулнерабилна. Ова може да се избегне со лежење во странична позиција директно на трохантерите.
- Да се избегнува ексцесивна елевација на главата на пациентот и горниот дел на телото, подолг период.
- Декомпресивен душек може да се употреби кај пациенти со висок ризик за развој на декубитуси, посебно ако веќе има еден декубитус (**ннд-А**). Декомпресивните душеци може да се класифицираат во: статички и динамички. Статичкиот декомпресивен душек (кога воздухот или водата не се движи од еден компартман во друг) е недоволен за пациенти кои можат да ја менуваат својата позиција и кога тежината на пациентот не го колабира душекот. Лесен воден кревет е најдобар статички кревет, приближувајќи се до ефикасноста на динамичките кревети. Да се провери адекватноста на душекот со ставање рака под пациентот и да се процени дебелината на душекот на местото каде што притисокот е најголем (дебелината треба да е најмалку 2-3 см.
- Како помошни средства може да се користат заштитници за лакти и петици или перници (а не прстени кои едноставно го префрлаат притисокот од едно место на друго).
- Динамичкиот душек (во кој воздухот или водата се движи од еден компартман во друг) е индициран за пациенти кои не можат сами да ја сменат позицијата, оние кои со својата тежина го колабираат статичкиот душек, или оние чии декубитуси не покажуваат знаци за заздравување.
- Специјални душеци (**ннд-А**) се индицирани во случаи на големи декубитуси степен 3 или 4.
- оптимална хидрација и чистење на кожата:
- никако сапун на оштетената кожа. Да се употребат емулзии;
- навлажнувачки кремови или благи лосиони за кожните набори;.
- нормалната (здравата) кожа да се мие со нежен сапун или кисели емулзии;
- да се исуши кожата со тапкање и да се употреби талк. Да се масира нежно.
- Погоден уринарен катетар се препорачува за пациенти со инконтиненција.

ТРЕТМАН

- Хиперемија или површинско одвојување на кожата
  - да се минимизира притисокот;
  - адхезивни хидроколоидни гази;
  - да се избегнува триење.
- Меури или крусти
  - да не се уништува меурот;
  - ако ткивото под крустата е болно и неинфицирано и ако нема флуктуација или истекување од декубитусот или еритем на околната кожа, да се остави крустата интактна и да се покрие со чиста газа;
  - всушност, на овој начин треба да се третираат крустите на петиците;
  - да се минимизира притисокот.
- Чист улцер
  - да се минимизира притисокот;
  - да се исчисти површината на улцерот со антисептички средства (10 процентен повидон јод). Да се забележи дали има ефект од чистењето (**ннд-D**);
  - да се аплицира 1% раствор на сребро нитрат (**ннд-D**);
  - да се покрие улцерот со мрсна газа или хидроколоидна газа;
  - да се земе предвид и хируршки третман (трансплантација на кожа)
  -

Некротичен улцер
- да се отстрани некротичното ткиво на почеток на третманот и секогаш кога се менува газата;
- механичкиот дебридман со скалпел е брз метод и се препорачува ако постои големо некротично ткиво или ако постои опасност од инфекција (целлулитис, сепса);
- наизменично сува и влажна газа (само не на гранулационата површина);
- да се употреби ензимски дебридман ако пациентот не толерира механички дебридман и ако улцерот не е инфициран. Кај инфицираните улцери, ензимскиот дебридман е премногу бавен.

Инфициран улцер
- да се измие со вода, се преферира туширање;
- да се аплицира хидроген пероксид на улцерот кој мириса при замена на газата;
- компресите со 0,1% сребро нитрат треба да се одржуваат влажни со додавање на 0,1% раствор од сребро нитрат кога е потребно;
- да се употреби топичен третман (апсорбентен гел или апсорбентна газа која се покрива со пластична фолија или компреса со физиолошки раствор
- да се употреби системски антибиотик ако постои инфекција на околното ткиво (еризипел).

- Да се обезбеди адекватна нутриција (**ннд-С**).
- Да се одржи позитивен азотен биланс за кој е неопходно 30-35 kcal/kg/дневно и 1.25 – 1.5 g/протеини/kg/дневно.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Терапевтски ултразвук, најверојатно, не е ефикасен за декубитуси (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE ym. Treatment of pressure ulcers. Clinical practice guideline, No.15. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services. Publich Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No.95-0652. December 1994.
2. Cullum M, Deeks 3, Sheldon TA, Song F, Fletcher AW. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001735. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
3. Margolis DJ, Lewis VL. A literature assessment of the use of miscellaneous topical agents, growth factors, and skin equivalents for the treatment of pressure ulcers.
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~rnversity of York), Database no.: DARE-950955. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
5. Flemming K, Cullum N. Therapeutic ultrasound for pressure sores. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001275. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
6. Editors Article ID : ebm00292 (013.083) 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.10.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до октомври 2008 година**

ОТСТРАНУВАЊЕ НА ОПСТИПАЦИЈА - ИНСТРУКЦИИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

- **Многу причини**
- **Проблем на начинот на живеење или болест?**
- **Природен третман на опстипацијата**
- **Приоритет - растителни влакна**
- **Повеќе течности**
- **Да се започне со интензивен третман**
- **Лекови, ако е неопходно**
- **Совети во третманот на опстипацијата**
- **Да се продолжи со начинот на живеење**
- **Каде ги има растителните влакна?**

- Опстипацијата е релативно честа состојба, која се јавува кај секој петти на 100 возрасни. Проблемот станува почест со напредување на возраста: само 20 постари лица од 100 го немаат овој проблем.
- Постојат повеќе причини за опстипацијата, но во основа третманот е ист: повеќе течности и растителни влакна во исхраната и повеќе физичка активност.
- Нормалното празнење на цревата е индивидуално: интервалот е 8 часа до 3 дена. Привремените промени во стилот на живеење, како што е патувањето, може да предизвикаат опстипација која може да престане кога начинот на живеење се враќа во нормала. Ако опстипацијата перзистира, тогаш треба причината да се открие и веднаш да се почне со третман. Колку подолго е страдањето од опстипација, толку повеќе време е потребно за да се елиминира таа.

МНОГУ ПРИЧИНИ ЗА ОПСТИПАЦИЈА

- Начинот на живеење може да предизвика опстипација. Неадекватната физичка активност, храната сиромашна со растителни влакна и недоволно течности се најчести причини за опстипација кај здрави возрасни лица. Децата и адолесцентите може да се пожалат на ова ако се случи да не можат да одат во тоалет во училиште или во армија.
- Опстипацијата може да се јави како несакан ефект при употреба на следните медикаменти: седативи, психофармака, антипаркинсоници, антихипертензиви, сите препарати на железо, некои лекови за третман на срцебиење.
- Во некои случаи долготрајна употреба на цревни стимуланси кои се употребуваат за третман на опстипација може да предизвикаат опстипација.
- Исто така, опстипацијата може да е резултат на основната болест. Затоа треба да се утврди причината.
- Опстипацијата станува почеста и посилна со напредување на возраста, затоа што бројот на причините е поголем: повеќето постари лица не се физички активни и употребуваат разни видови лекови. Со стареењето се намалува жедта и расипа-

ните заби го попречуваат јадењето интегрален леб и зеленчук, а ефектот од ова е неадекватно внесување течности и растителни влакна.

ПРОБЛЕМ НА НАЧИНОТ НА ЖИВЕЕЊЕ ИЛИ БОЛЕСТ?

- Кога опстипацијата е пролонгирана, пациентот нема генерализирани симптоми и промени во цревната функција, тогаш опстипацијата сигурно се должи на начинот на живеење.
- Ако опстипацијата е асоцирана со абдоменална болка, столиците се темни или со примеси на крв, дефекацијата е болна и се присутни симптоми како губење на тежина и замор, во тој случај опстипацијата е предизвикана од болест која бара лекување. Кога ќе настанат промени во цревната функција, тогаш причината за опстипација треба да се утврди.

ПРИРОДЕН ТРЕТМАН НА ОПСТИПАЦИЈАТА

- Зголемена физичка активност и тренирање (учење) на цревата за регулирање на столицата се важни за превенција на опстипацијата. Како и да е, најважно е да се додадат растителни влакна и течности во исхраната.
- Пиењето многу вода звучи толку едноставно што е тешко да се поверува. Водата не се апсорбира сè до дебелото црево, така што ги размекнува фекалните маси во дебелото црево. Затоа е корисно денот да се започне со чаша вода пред појадокот, по станувањето од кревет.
- Друга важна утринска работа е да се оди во тоалет пред појадок.
- Ако опстипацијата има долга историја, третманот ќе трае долго време. Кога цревната функција ќе се нормализира, се добива чувство да се размислува за профилакса на опстипацијата понатаму во животот.
- Промени во начинот на живеење не е тешко да се постигнат. Редовноста е најважна работа. Ако сте склони на опстипација, единствен начин за да се ослободите од овој проблем е да научите како да се спречи развојот на опстипацијата.

ПРИОРИТЕТ - РАСТИТЕЛНИТЕ ВЛАКНА

- Студиите покажуваат дека храната на луѓето е сиромашна со растителни влакна. Препорачано количество растителни влакна е 30-35 грама дневно.
- Растителните влакна се наоѓаат во зеленчукот, во цереалиите, овошјето и оревите. Влакната во цереалиите се најефикасен додаток во интестиналните состојки. Храна богата со влакна. како интегралниот леб и кашите, се најважниот дел во исхраната за превенција на опстипацијата. Како и да е, кај силните опстипации, овие состојки не се доволни.
- Најлесен начин за да се овозможи дополнување на растителни влакна е да се земе пченица богата со растителни влакна, трици од 'рж или сирово ленено семе.
- Дополнувањето на растителните влакна во почетокот предизвикува зголемена флатуленција, во најлош случај и абдоменална болка. Затоа треба да се почне со постепено зголемување на дозата. Целта е 3-6 полни супени лажици со трици од 'рж дневно.Употребата на трициите од 'рж треба да започне со 1-2 полни кафени лажички и постепено да се зголемува дозата секој втор ден.
- Сувото овошје, како сувите сливи и смоквите, се богати со влакна. Сувите сливи, исто така, содржат и лаксативи. 6-7 суви сливи ако се потопат во вода преку ноќта

и ако се земат заедно со течноста се многу ефикасни дури и за силна констипација, како додаток на растителни влакна. Неколку смокви земени помеѓу оброците даваат енергија и растителни влакна.
- Лененото семе содржи 40% растителни влакна. Кога полна супена лажица со ленено семе се потопи 1 час во чаша вода, муцините во него ќе набабрат и се шири во течноста наоколу, која потоа се пие заедно со семето.

ПОВЕЌЕ ТЕЧНОСТИ

- Дополнувањето на растителните влакна треба да биде придружено со повеќе течности. Телесните потреби за течност се 30 ml /kg телесна тежина/ дневно. Дел од течностите доаѓаат со храната, но остатокот треба да се испие.
- На пример, еден човек со телесна тежина 60 кг потребно е да внесе скоро два литра течност дневно. Зависно од навиките во исхраната, здравите возрасни лица треба да примат екстра 2 -3 чаши вода во третманот на констипацијата.
- Постарите лица со иста телесна тежина, кои не јадат многу се бара да примат екстра до еден литар течност. Ако малата телесна тежина е дополнителен проблем, тогаш водата не треба да се пие пред главните јадења, бидејќи чувството за глад може да се загуби.
- Сите што страдаат од опстипација треба да имаат достапно бокал со вода и да пијат преку цел ден. На тој начин може да бидат сигурни дека примаат доволно течности.

ДА СЕ ЗАПОЧНЕ СО ИНТЕНЗИВЕН ТРЕТМАН

- Малите почетни дози на растителни влакна и зголемено количество на течности што се примаат, нема да ја олеснат јаката (тешката) опстипација. Тврдите фекални маси во дебелото црево мора да се елиминираат пред да почне ефектот од новиот начин на исхрана и променетиот начин на живеење.
- За отстранување на овој проблем, обично се доволни микроклизми кои фармацевтите ги продаваат без рецепт. Ако промените на начинот на живот, кои се направени по микроклизмите, не дадат подобрување на опстипацијата за период од една недела, тогаш е индицирана водена клизма како поефикасна.

ЛЕКОВИ АКО Е НЕОПХОДНО

- Начинот на живеење не е секогаш доволен за да ја одржи нормалната цревна функција. Во тој случај лековите против опстипација кои ја зголемуваат цревната содржина може да бидат корисни. Алтернативните лекови вклучуваат: лаксативи кои го зголемуваат цревниот волумен, лактулоза и магнезиумово млеко.
- Во некои случаи, корисно е да се употребат лекови кои го намалуваат времето за транзит на храната низ цревата.
- Многу е важно да се изостават иритативните лекови за опстипација, бидејќи при долготрајна употреба тие вршат депресија на функцијата на цревата и опстипацијата ќе се влоши.
- Ако опстипацијата е причинета од лекови кои се употребуваат за терапија, пациентот би требало да се префрли на друг препарат, ако е тоа возможно.

СОВЕТИ ЗА ТРЕТМАН НА ОПСТИПАЦИЈА

- Термос со вода поставен на маса секое утро. Термосот треба да биде празен навечер.
- Да се научи да се додадат растителни влакна во кашите и јогурт.
- Ако сами го подготвувате лебот, збогатете го со трици од 'рж, ленено семе или сусамово семе.

Промена на начинот на живеење

- повеќе течности;
- повеќе растителни влакна;
- повеќе физичка активност;
- редовно одење во тоалет.

КАДЕ МОЖЕ ДА СЕ НАЈДАТ РАСТИТЕЛНИТЕ ВЛАКНА?

- Овошјето, зеленчукот и корењата од земјоделските култури содржат растителни влакна и течности. Најбогати со растителни влакна (на 100 г) се: шеќерна репка, пченични трици, трици од 'рж, ленено семе, овесна целулоза, снегулки од пченица и од овес.
- Лененото семе покрај растителни влакна содржи и други супстанции кои ја подобруваат состојбата кај пациенти со опстипација.

1. Tellervo Aho Article ID : ebm00915 (048.091) 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 7.4.2001, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2006 година.**

ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ

- **Основни правила**
- **Процена на употребата на лекови**
- **Како да се намали употребата на лекови**
- **Зголемување на безбедноста на употребата на лекови**
- **Помала употреба на потенцијално корисни лекови**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Речиси сите лекови можат да предизвикаат несакани ефекти кај повозрасни пациенти, а одредени лекови често пати предизвикуваат несакани ефекти (бензо-

дијазепин со долг полуживот, орални хипогликемици, лекови со антихолинергично дејство, антиинфламаторни аналгетици ит.н.).
- Дополнително на постојната болест, лековите можат да бидат причина за појава на болести.
- Покрај тоа што пациентите се склони да ги предозираат лековите што ги земаат, тие се склони и кон субупотреба на потенцијално корисна медикација (пример: тромболитичка терапија при акутен инфаркт, превентивна медикација и справување со болка).
- Намалувањето на медикацијата треба да се одвива постепено и во добра соработка меѓу докторот и пациентот.

ПРОЦЕНА НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ

- Дознајте кога и зашто лековите се препишани и како ги применува пациентот. Дали постои предозирање или субдозирање на препишаните лекови. Дали пациентот зема лекови препишани од други лекари? Прима ли пациентот лекови кои се издаваат без рецепт (вклучувајќи дерматолошки производи, витамини, капки за очи)?
- Искористете ја историјата на болеста на пациентот, информации од роднините, домашните медицински сестри и негувателите.
- Поточна слика за примената на лековите дава посетата на домот на пациентот и процена на лековите што се наоѓаат таму.

Избор на вистинскиот лек

- Разјаснете што треба да се лекува. Внимателно треба да се проценат различните симптоми кај постарите пациенти. Сите симптоми не можат да се лекуваат, Сепак, сите симптоми кај постарите пациенти не се само од стареењето.
- Избегнете ја непријатноста што ја предизвикуваат симптомите кај пациентот. Дали потенцијалната медикација и несаканите ефекти од неа ќе предизвикаат повеќе проблеми отколку самите симптоми?
- Проценете го целиот "метаболизам" на лекот: меморија, комплијанса, развој на зависност, исхраната, внесување течности, малапсорпција, црнодробната и бубрежната функција.
- За постарите пациенти дозата е обично половина од таа кај пациентите од средна возраст. Ова е особено важно во психијатриската фармакотерапија.
- Секогаш се започнува со најниската доза од лекот, се мониторираат внимателно несаканите ефекти (внимавајте на сите нови симптоми и знаци како на можни несакани ефекти). Зголемете ја дозата многу бавно.
- Управувајте со медикацијата на пациентот во целина; земете ги предвид интеракциите на различните лекови.

КАКО ДА СЕ НАМАЛИ УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ

- Извештаите од испитувањата не се конзистентни (**ннд-С**).
- Објаснете му на пациентот дека симптомите можат да бидат несакани ефекти предизвикани од лековите.
- Дознајте колку е физички или психички зависен пациентот од лековите.
- Предложете пробен период во кој пациентот ќе престане да зема лекови, следете му ја состојбата и кажете му ја на лекарот.
- Можеби е потребно да се проверат сите лекови при посетата на домот на пациен-

тот и непотребните да се исфрлат.Ова може да го направи домашната медицинска сестра, земајќи го предвид мислењето на пациентот.
- Ако симптомите се сериозни, пратете го постарото лице во болница, исфрлете ги сите суспектни лекови и почнете само со неопходна медикација со внимателно следење.

ЗГОЛЕМУВАЊЕ НА БЕЗБЕДНОСТА НА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

- Организирајте редовни визити во домот. Антипсихотиците, аналгетиците и лековите за спиење често остануваат долго во листата на болниот и по повлекување на состојбата.
- Лековите треба да се даваат колку што е можно поретко, дури да се компромитира ефикасноста.
- Организирајте така медикацијата да е иста секој ден.
- Дајте јасни, писмени упатства секогаш кога се примаат повеќе од два лека истовремено.
- Организирајте така писмените упатства да се достапни за сите што се грижат за старото лице.
- Лековите да бидат спакувани во кутии за дневна употреба.
- Барајте од домашните негувателки и другите негователи да известуваат за вистинската примена на лековите.
- Во најтешки случаи, лековите треба да се складираат во простории кои ќе бидат на располагање на домашните негувателки.

Лекови што се несоодветни или неефикасни кај постари пациенти

- Амитриптилин и доксепин се антихолинергици со висока потентност за предизвикување конфузија, нарушување на меморијата, уринарна ретенција, опстипација и влошување на глауком.
- Бензодијазепини со долг полуживот (дијазепам, нитразепам) се акумулираат во масното ткиво и може да предизвикаат седација и паѓање.
- Дозата на бензодијазепини со краток полуживот е помалку од половина од нормалната доза.
- Декстропропоксифен има мала терапевтска ширина.
- Ризикот од несакани дејства од страна на централниот нервен систем и гастроинестиналниот тракт се повисоки при давање индометацин отколку со други нестероидни антиинфламаторни лекови.
- Мепробамат и барбитурати предизвикуваат седација и постои ризик од развој на зависност.
- Дизопирамид е силен антихолинергик.
- Дозата на дигоксин кај возрасни не треба да надминува 0.125 mg.
- Старите генерации на антихистаминици кои имаат седативно дејство и спазмолитици на гастроинтестиналниот тракт се со силно антихолинергично дејство и често со прекумерно седативно дејство.
- Ефикасноста на дихидроерготамин не е докажана.
- Потребен лек некогаш може да се замени со друг, кој има помалку несакани дејства, на пример:
- бензодијазепини со долго дејство, со бензодијазепини со кратко дејство;
- нестероидни антиинфламаторни лекови со парацетамол или со COX2 инхибитор;

- антихолинергичен трицикличен антидепресив со друг антидепресив;
- неуролептик во ниски дози кој предизвикува ригидност, со рисперидон или оланзапин;
- да не се користи симптоматска медикација за терапија на зашеметеност, кај постари.

ПОМАЛА УПОТРЕБА НА ПОТЕНЦИЈАЛНО КОРИСНИ ЛЕКОВИ

- Самата старост не треба никогаш да биде контраиндикација за потенцијално корисна терапија.
- Типични примери за субдозирање се следните: тромболитичка терапија при акутен инфаркт често се избегнува кај постари поради страв од хеморагија. Апсолутниот ризик од миокарден инфаркт силно се зголемува со возраста, како и ризикот од хеморагија. Сепак, апсолутниот број на смртни случаи превенирани со тромболитичка терапија се зголемува дури повеќе, правејќи ја терапијата корисна.
- Терапијата со аналгетици е субупотребена: хронична болка, терапија на болка при карцином кај пациенти на долготрајна нега се помалку применети (**ннд-В**).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Интервенцијата со грижа од медицинска сестра може да предизвика краткотраен ефект кај постари пациенти со самомедикација (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mannesse CK, Derkx FHM, de Ridder MAJ et al. Adverse drug reactions in elderly patients as contributing factor for hospital admission: cross sectional study. BMJ 1997;315:1057-8
2. Rochon P, Gurwitz JH. Drug therapy. Lancet 1995;346:32-6
3. Avorn et al. Randomized trial of a program to reduce the use of antipsychotic drugs in nursing home. N Engl 3 Med 1992;327:168-73
4. Ray et al. Reducing antipsychotic drug use in nursing homes: a controlled trial of provider education. Arch Intern Med 1993;153:713-21
5. Pitka~la K. Medical thesis. University of Helsinki. Geriatric unit, Department of Medicine. 1991
6. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. Pain 1997;70(1):3-14
7. Wendt DA. Evaluation of medication management interventions for the elderly. Home Healthcare Nurse 1998;16:612-7
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ~rnversity of York), Database no.:DARE-995081. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
9. Beers MJI. Explicit criteria for determing potentially inappropriate medications use by the elderly. An update. Arch Intern Med 1997;157:1531-16
10. Fick DM. Cooper JW. Wade WE. Waller JL. Maclean JR. Beers MJI. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Int Med. 2003;163(22):2716-24 1]
11. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med 1997;157(14):1531-6

1. **EBM Guidelines, 6.7.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јули 2008 година**

ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

- **Дефиниција**
- **Церебралноваскуларни нарушувања поврзани со васкуларната деменција**
- **Клинички симптоми и знаци**
- **Поттипови на васкуларна деменција**
- **Третман**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ДЕФИНИЦИЈА

- Деменциите поради разни васкуларни фактори (фактори на ризик, удар,) кои влијаат врз мозокот се наречени васкуларни деменции. Тоа не е една одредена болест, туку синдром со разни причини и клинички манифестации.
- Васкуларната деменција, исто така, се нарекува мултиинфаркт деменција.

ЦЕРЕБРАЛНОВАСКУЛАРНИ НАРУШУВАЊА ПОВРЗАНИ СО ВАСКУЛАРНАТА ДЕМЕНЦИЈА

- Атеротромботичен удар
- Срцев емболички удар
- Лакунарни инфаркти
- Хемодинамички причини
- Повреди на бела материја со недостаток од крв (ПБМНК)
- Интрачерепна хеморагија
- Посебни болести на мозочните садови
- Одредени хематолошки болести

КЛИНИЧКИ СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Влошувањето на свеста се јавува релативно брзо (денови или недели).
- Често влошувачки и флуктуирачки курс на симптомите чекор по чекор.
- Но, често почетокот е прикриен и симптомите се со постепена прогресија.
- Клиничките наоди што индицираат фокусно оштетување на мозокот често се гледаат дури и кај умерената деменција.
- едностранa слабост или неспретност;
- мозочни знаци: дисартија и дисфагија;
- нарушување на одот: хемиплегично или апраксично-атаксично.
- Карактерот и можноста на разбирање се зачувуваат релативно долго. Емоционалните нарушувања се чести: напнатост, афективна лабилност.
- Пациентот често има кардио - или церебралноваскуларни болести.
- Абнормални лабораториски наоди кои можат да бидат во врска со прикриените болести,на пример: хиперлипидемија, дијабетес.

- Компјутерската томографија на мозокот и сликите со магнетна резонанца покажуваат инфаркт(и) и/или ПМБНК.
- Кај напреднатите случаи забавување на електроенцефалограмот и често фокусни абнормалности.

ПОТТИПОВИ НА ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

- **Кортикална васкуларна деменција** (мултиинфаркт деменција) сугерира атеротромботични и срцеви емболични инфаркти. Кај кортикалниот поттип се типични афазија и хемиплегија со придружно влошување на одот. Почетокот на влошувањето на меморијата и обработување информации настапува одеднаш, а симптомите се акцентираат постепено.
- Кај **супкортикалната (со мали садови) деменција**, доминираат промени кај малите садови на мозокот, лакунарни инфаркции и промени на недостаток од крв во белата материја. Во типични симптоми спаѓаат нарушување на говорот (дизартрија) и единечниот мотор на сензорната хемиплегија. Почетокот на влошувањето на информатичкиот процес често е прекриен и прогресот е полесен отколку кај кортикалната форма.

ТРЕТМАН

- Влијанието на третманот на ризик-факторите (т.е. хипертензија, хипотензија, срцеви аритмии, пореметувања на гликозата и липиден метабилизам) врз церебралните пореметувања не е целосно установено. Но, веројатно дека нивното лекување е со превентивно значење.
- Третманот на ризик-факторите на цереброваскуларните нарушувања, како и секундарната превенција, ги следат водичите на третманот при ударот. Ефектот на специфичните лекови (ацетилсалицилна киселина (**ннд-D**), дипиридамол, антикоагулантни лекови) кај васкуларната деменција не е со сигурност утврден во клиничките проучувања.
- Според прелиминарните резултати, инхибиторите на ацетилхолинестераза (донепезил, галантамин) можат да имаат извесно влијание на симптоматското лекување. Во моментов ниеден од лековите нема официјална индикација кај ваквата употреба.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Дементираните и депресираните пациенти може најдобро да се дистинктираат со давање задача на меморија која користи одложено враќање со дистракција (**ннд-C**).
- Хачински исхемичниот скор (HIS) се чини дека е корисен при правењето разлика кај Алцхајмеровата болест и мултиинфарктната деменција во цели на испитување (**ннд-B**).
- Донепезил ја подобрува функцијата на свеста, клиничката глобална импресија и дневните активности на живеење кај пациентите со можни или веројатно умерени до средни васкуларни сознајни нарушувања по третман со месеци споредено со плацебо (**ннд-A**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Williams PS, Spector A, Orrell M, Rands G. Aspirin for vascular dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001296. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
2. Olin J, Schneider L, Novit A, Luczak S. Hydergine for dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000359. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
3. Lachner G, Engel RR. Differentiation of dementia and depression by memory tests: a meta-analysis. J Nerv Ment Dis 1994;182:34-39
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-940210. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Meta-analysis of the Hachinski Ischaemic Score in pathologically verified dementias. Neurology 1997;49:1096-1105
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971349. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
7. Timo Erkinjuntti Article ID: ebm00755 (036.023) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2009 година**

ФАРМАКОЛОШКО ЛЕКУВАЊЕ НА БОЛКА ОД РАК

- **Основни правила**
- **NSAID (НСАИЛ)**
- **Опиоиди**
- **Постојано олеснување на болка и лекување на болка**
- **Избегнувајте мускулни инјекции**
- **Инфузија кога оралната терапија не е успешна**
- **Проблематични болки**
- **Примери на орални опиоиди**
- **Соодветни орални дози за почетна фаза**
- **Најчести негативни ефекти на опиоидите**
- **Рецепти на опоидни раствори (примери)**
- **Други испитувања**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Терапии кои се ефикасни против болката од рак – антинеопластични агенси, радиотерапија и операција. Ако овие терапии не се доволни или ако не можат да се

искористат, се користат лекарства или анестезија.

- Лекарствата против болка се зголемуваат постепено (**ннд-D**). Терапијата се започнува со нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) или парацетамол. Опиоид се додава во лекувањето кога болката станува посилна
- Принципите на справување со болка се:
  - ефикасност;
  - остварливост;
  - континуирано олеснување на болката со користење стабилна доза лекови;
  - справување со голема болка со ефикасни лекарства кои дејствуваат брзо;
  - минимализирање на негативните ефекти со промена на опиоидот или со користење соодветни лекови;
  - редовно следење на терапијата:
    - дали пациентот ги користи препишаните лекови?
    - ако не ги користи, зошто не ги користи?
    - дали болката се намалува со препишаната доза?
    - мерење на болката.

НСАИЛ

- Ефикасноста на различните лекови од оваа група не е споредена.
- Негативните ефекти вклучуваат хиперсензитивност, оштетување на гастричната мукоза и реналната циркулација (**ннд-C**).
  - Додека трае терапијата со некои цитостатици (метотрексат) само парацетамолот е безбеден за употреба.
  - Гастричната иритација може да биде ублажена со сукралфат, хистамински-H2 антагонист, инхибитори на протонска пумпа (омепразол, ланзопразол и пантопразол), и со простагландин-E1 аналози (мизопростол).
  - COX-2 инхибитори предизвикуваат помалку штета и не ја попречуваат агрегацијата на тромбоцити. Што се однесува до реналната функција, немаат предност над НСАИЛ.
- Различни НСАИЛ не треба да се даваат симултано. Ако лекот не е доволен, треба да се комбинира со опиоид.

ОПИОИДИ

- Сериозноста на болката одредува кој опиоид треба да се користи. Опиоидите можат да се групираат во три групи врз база на нивната ефикасност:
  - Слаби опиоиди (декстропропоксифен, кодеин или трамадол)
  - Опиоиди со средна јачина (бупренорфин)
  - Силни опиоиди (метадон, морфин, оксикодон, фентанил)
- Ако одредена доза на еден опиоид не е ефикасна, тогаш треба да се промени опоидот.
- Ако пациентот чувствува голема болка, се почнува со оксикодон или морфин раствор.
- Кај пациентите кои боледуваат од рак, опиоидите многу ретко предизвикуваат психолошка зависност
- **Опиоидите не треба нагло да се укинат,** бидејќи предизвикуваат физиолошка зависност.

ПОСТОЈАНО ОЛЕСНУВАЊЕ НА БОЛКАТА И ЛЕКУВАЊЕ НА БОЛКАТ

- Морфин (**ннд-А**). И оксикодон се даваат два пати на ден. Нивниот ефект започнува по еден до два часа.
- Пробивната болка бара брзо смирување кое може да се постигне со морфин или оксикодон раствор. Дополнителната доза за пробивна болка е една шестина од нормалната дневна доза.

ИЗБЕГНУВАЈТЕ МУСКУЛНИ ИНЈЕКЦИИ!

- Оралните опиоиди се поедноставна и похумана опција од инјекциите. Пациентите во терминалната фаза од болеста имаат многу малку мускулно ткиво и инјекциите можат да бидат многу болни.
- Оралното земање опиоиди е исто толку ефикасно како и инјектирањето.

ИНФУЗИЈА КОГА ОРАЛНАТА ТЕРАПИЈА НЕ Е УСПЕШНА

- Ако пациентот не е во состојба да прима лекарства перорално, тогаш може да се примени инфузија – морфин (1/3 од дневната орална доза) и оксикодон (1/2 од дневната доза)
- Трансдермален фентанил (**ннд-А**) се користи како алтернатива за инфузија. Фластерот се менува на секои 72 часа. Дозата може да се одреди според дневната орална доза на морфин.

Доза на трансдермален фентанил	
Орална доза на морфин (г/24ч)	**Доза на трансдермален фенталин (мг/ч)**
< 135	25
135–224	50
225–314	75
315–404	100

ПРОБЛЕМАТИЧНИ БОЛКИ

- Опиоидите не обезбедуваат секогаш адекватно намалување на болката. Болката предизвикана од оштетување на нерв или фрактура може да биде проблематична.
- Пациентот што боледува од рак може да има невропатична болка која се лекува со антидепресивни лекови (амитриптилин 25–75 mg на ден) или антиепилептични лекови (карбамазепин 400–800 mg на ден (**ннд-D**), окскарбазепин 300–600 mg на ден или габапентин 900–3200 mg на ден).
- Туморот може да го притисне или инфилтрира нервното ткиво. За ова се потребни големи дози опиоиди или анестезија (консултирајте се со анестезиолог)
- Во случај на многу сериозна болка, може да се разгледа можноста за примање лекови во ‘рбетот (опиоиди, локални анестетици, клонидин, кетамин) и неврохируршки процедури.
- Улогата на психо-социолошките фактори е многу важна во лекувањето на пациентите кои се во терминална фаза на рак

ПРИМЕРИ НА ОРАЛНИ ОПИОИДИ

Кодеин

- Ибупрофен 200 mg + кодеин 30 mg (**ннд-А**).
- Парацетамол 500 mg + кодеин 30 mg (**ннд-В**).
- Околу 10% од белата раса не можат да го метаболизираат кодеинот во морфин и затоа овој лек нема ефект кај нив.

Декстропропоксифен

- 65 mg × 3–4, 150 mg× 2 ;
- Земањето со алкохол е опасно.

Трамадол

- Мачнината е најчестиот негативен ефект на овој лек.

Бупренорфин

- Максималната дневна доза е 4.2 mg.
- Бупренорфин е парцијален опиоид. Во големи дози неговата ефикасност може да се намали и со неговата употреба е можна појава на вртоглавица и мачнина.

Силни опиоиди

- Силните опиоиди немаат максимум дози на употреба. За овие опиоиди само почетните дози се доволни. Почетната доза зависи од интензитетот на болката и состојбата на пациентот.

Метадон

- Овој опиоид може да биде поефикасен од другите кога се работи за невропатска болка.
- Метадонот може да го даваат само лица со доволно искуство.

Морфин

- Морфин е основен опиоид. Парентералната доза е најчесто 1/4–1/3 од оралната доза.

Оксикодон

- Парентералната доза на овој опиоид е најчесто 1/2–2/3 од оралната доза. Негативните ефекти се исти како и кај морфинот - појава на мачнина и кошмари.

Фентанил

- Фентанил-фластерите се користат само кај оние пациенти кои добро ја поднесуваат болката. Овој опиоид не се користи кај оние пациенти кај кои интензитетот на болка варира во текот на денот.
- Намалување на болката почнува 12 часа откако ќе се употреби првиот фластер. Кога пациентот преминува од морфин или оксикодон на фентанил, последната таблета треба да ја прими кога ќе го стави првиот фластер.
- Фентанил-фластерите се даваат на оние пациенти кои не можат да примаат лекови орално.

- Фентанил воопшто не ослободува хистамин.
- Фластерот се менува секои 72 часа

СООДВЕТНИ ОРАЛНИ ДОЗИ ВО ПОЧЕТНАТА ФАЗА

- морфин 60 mg;
- оксикодон 40 mg;
- фентанил 25 mg на час.
- Овие дози се само предлог. Дозирањето треба да се одредува индивидуално. Кога пациентот преминува од еден опоид на друг врската помеѓу овие два може да варира неочекувано.

НАЈЧЕСТИ НЕГАТИВНИ ЕФЕКТИ НА ОПИОИДИТЕ

- Седативен ефект (најчесто се намалува по употреба на почетната фаза).
- Мачнина (најчесто поминува бргу).
  - Терапија: халоперидол 0.5–1 mg × 3. Ако мачнината е присутна и понатаму, пробајте со промена на опиоидот и начинот на земање.
- Констипација (не може да се избегне)
  - Терапија: лаксативи (натриум пикосулфат, лактулоза).
- Пруритис (морфиумот ослободува хистамин што го предизвикува пруритисот).
- Потење.
- Кошмари (навечер и во текот на денот).
  - Терапија: сменете го опиоидот или започнете со халоперидол.
- Грчеви во мускулите
  - Терапија: сменете го опоидот (бензодијазепини)

РЕЦЕПТИ НА ОПИОИДНИ РАСТВОРИ (ПРИМЕРИ)

- Морфин раствор (4 mg/ml)
  - морфин хидрохлорид 4 mg
  - метил параоксибензоат 1 mg
  - Aqua menthae piperitae ad 1 ml
  - M.D. 500 ml
  - 5 ml × 6 дневно за силна болка
- Оксикодон раствор (3 mg/ ml); еднакво на морфин раствор 4 mg/ml
  - Оксикодон хидрохлорид 3 mg
  - Aqua menth. piperit c. conservans ad 1 ml
  - M.D. 500 ml S
  - 5 ml × 6/дневно орално за силна болка

ДРУГИ ИСПИТУВАЊА

- Интрацеребровентрикуларното примање на опиоидите е исто толку ефикасно колку и епидуралното примање кај пациенти кои боледуваат од рак (**ннд-С**)..
- Нема докази за клинички значаен периферен аналгетички ефект на опиоиди кај акутна болка (**ннд-В**).
- Блок на плексус целиакус е ефикасен за болка предизвикана од абдоменален рак (**ннд-В**).

- Корисноста од додавање кодеин во аспиринот е многу мала и незначителна (**ннд-В**).
- Хидроморфон е ефикасен кај акутна и хронична болка. Негативните ефекти се слични со оние на другите опиоиди (**ннд-В**).
- Бифосфонат ја олеснува болката и треба да се даде кога радиотерапијата не е успешна (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

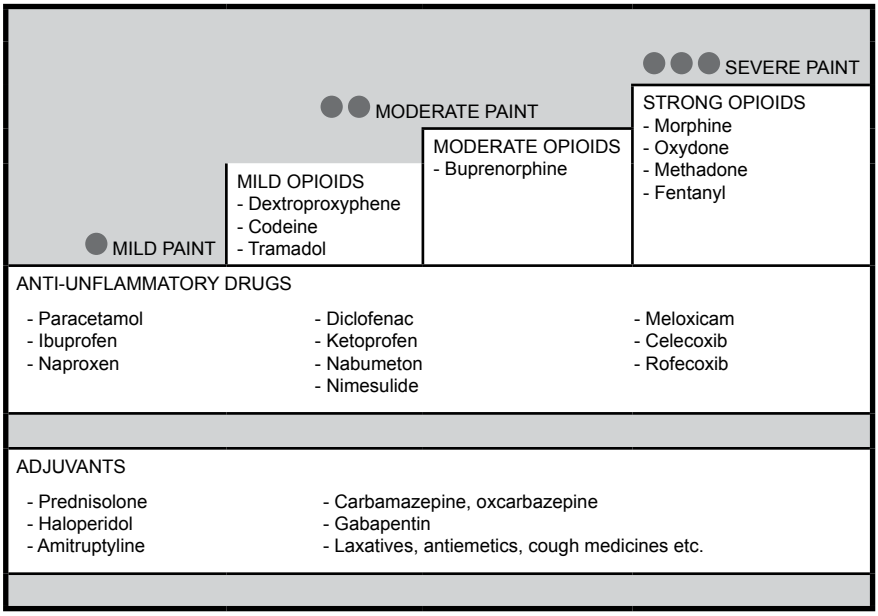
1. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management: stepping up the quality of its evaluation. JAMA 1995;274:1870-1873
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968010. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Perez Gutthann SP, Garcia Rodriquez LAG, Raiford DS, Duque Oliart AD, Ris Romeu JR. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the risk of hospitalisation for acute renal failure. Arch Intern Med 1996; 156: 2433-9
4. McQuay H, Carroll D, Jadad AR, Wiffen P, Moore A. Anticonvulsant drugs for management of pain: a systematic review. BMJ 1995;311:1047-1052
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-953055. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
6. Li Wan Po A, Zhang WY. Analgesic efficacy of ibuprofen alone and in combination with codeine or caffeine in post-surgical pain: a meta-analysis. Eur J Clin Pharmacol 1998;53:303-311
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-980366. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
8. de Craen AJM, di Giulio G, Lampe-Schoenmaechers AJEM, Kessels AGH, Kleijnen J. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. BMJ 1996;313:321-325
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968384. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
10. Ballantyne JC, Carr DB, Berkey CS, Chalmers TC, Mosteller F. Epidural, subarachnoid and intracerebroventricular opioids in patients with cancer pain. Regional Anesthesia 1996;21:542-556
11. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970079. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
12. Picard PR, Tramer MR, McQuay HJ, Moore RA. Analgesic efficacy of peripheral opioids (all except intra-articular): a qualitative systematic review of randomised controlled trials. Pain 1997;72:309-318
13. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971151. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
14. Eisenberg R, Carr DB, Chalmers TC. Neurolytic coeliac plexus block for treatment of cancer pain: a meta-analysis. Anesth Analg 1995;80:290-295
15. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950978. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
16. Zhang WY, Li Wan Po A. Do codein and cafferine enchance the analgesic effect of aspirin: a systematic overview. J Clin Pharm Ther 1997;22:79-97
17. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971386. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
18. Quigley C. Hydromorphone for acute and chronic pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003447. In: The Cochrane Library,

Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
19. Wong R, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. In: The Cochrane The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002068. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
20. Eija Kalso Article ID: ebm00338 (016.010) c 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 24.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2008 година**

ОЛЕСНУВАЊЕ НА БОЛКАТА

- **WHO's Pain Relief Ladder**



РЕФЕРЕНЦИ

1. Article ID: ime00876 (016.10) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

КАНЦЕРИ НА УРИНАРЕН СИСТЕМ И ТЕСТИСИ

- **Ренален карцином**
- **Канцер на мочен меур**
- **Канцер на тестиси**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

РЕНАЛЕН КАРЦИНОМ

Епидемиологија

- Застапеноста е околу 1/10. 000 годишно.
- Пушењето и преголемата тежина се единствените познати ризични фактори.
- Околу 2% случаи се наследни.
- Пациентите со наследна Хипел-Линдауова болест носат висок ризик од ренален карцином (до 30 %).

Симптоми и знаци

- Симптомите вклучуваат хематурија (**ннд-С**), болка, губење тежина, треска, замор, забрзана седиментација, анемија (но 3-5% пациенти имаат еритроцитоза поради лачењето на еритропитин), брзо развивање варикоцела и опиплива маса.
- Ултрасонографијата е најважен дијагностички преглед, дополнета со водена биопсија, ако е потребно. Малите тумори не се видливи на урографија. Компјутерската томографија и МРИ се корисни во утврдувањето на степенот на болеста.
- Реналниот карцином често се шири на околината. Метастази се појавуваат во лимфните јазли, скелетот, белите дробови и поткожно.
- Моментално нема корисни серум-маркери за ренален карцином.

Третман

- Екстрафасцијална нефректомија е рутинскиот третман за локализирана болест. Порадикална операција, зрачење и антинеопластични лекови немаат докажана корист. Дури и карцином што се инфилтрирал во инферионата вена кава треба да се оперира. Изолирани метастази (на пример, во белите дробови) треба да се третираат хируршки.
- Лапароскопската радикална нефректомија стана вообичаена во последните години. За учење на оперативните техники е потребен долг тренинг.
- Третманот на метастазите вклучува операција, ирадијација (болки во коските, симптоматски метастази), антинеопластични лекови (винбластин), имуномодулатори (ИФН (**ннд-В**), ИЛ-2) и следење. Реакцијата на третманот е скромна. Ако пациентот е во добра општа состојба, се препорачува нефректомија пред да се започне со имуномодулирачка терапија.
- Следните третмани најверојатно почесто ќе се користат во иднина за напреден

ренален карцином: моноклонални антитела, инхибитори на тирозин киназа и имономодулатори.
- Комбинација од интерферон алфа и 5-флуороурацил или винорелбин е стандардната терапија за напреднат ренален карцином во Финска.
- Палијативниот третман на болката е важен. Единечна доза на радијација од 8 греја е ефикасна.

Следење

- Следењето е насочено кон откривање мали метастази кои се подложни на третман.
- Прегледите најчесто се спроведуваат во единицата за третман во интервали од 3-6 месеци до истекот на две години.
- Ако не се јави повторно, следните испитувања можат да се прават во примарната заштита во интервали од шест месеци до една година до истекот на пет години.
- Испитувањата вклучуваат ECP или ЦПР, крвна слика, АЛТ, АСТ, алкална фотосфатаза, серум креатинин, тестови на урина, рендген на белите дробови и ултрасонографија на абдомен.

РАК НА МОЧЕН МЕУР

Епидемиологија

- Степенот на појавување е околу 1.5/10. 000 годишно.
- Пушењето, одредени хемикалии и бои се ризични фактори (работници во хемиска индустрија и индустрија за бои и лакови, фризери).
- Над 90% од канцерите потекнуваат од транзитивниот тип епителиум.

Симптоми и знаци

- Симптомите вклучуваат хематурија кај 85% и иритација на мочниот меур кај 30% случаи.
- Макроскопска хематурија или повеќе од пет еритроцити во микроскопско поле во седиментот од урината индицираат цитолошки преглед на урината, цистоскопија и ренална ултрасонографија.
- Ширењето на ракот на мочниот меур зависи од фазата на диференцијација и длабочината на пенетрација. Највообичаени места за метастази се карличните лимфни јазли, белите дробови и коските.

Третман

- Можностите за третман вклучуваат електроресекција и коагулација, ресекција на мочниот меур, отстранување на мочниот меур, зрачење и интравезикален третман (епирубицин, митомицин Ц или БЦГ (**ннд-А**), 5-6 пати во интервали по една недела, а подоцна еднаш месечно во текот на една година). Лапараскопската радикална цистопростатектомија е нова опција.
- Во поново време се проучува зачувување на мочниот меур кај пациенти со рак на мочен меур. Прво се применува темелна трансуретрална ресекција на туморот на мочниот меур (ТУРБ), а потоа радиотерапија и хемотерапија. Преферираниот третман на инфилтративниот канцер на мочниот меур сè уште е радикалната хирургија.

- Изборот на соодветен третман се прави според степенот, ТНМ класификацијата (**ннд-В**) и возраста на пациентот. Во случај на метастази, може да се проба со антинеопластични лекови (околу 30% од пациентите одговараат на третманот).
- Во просек, околу 70% од туморите се појавуваат повторно, но локалните манифестации обично можат ефикасно да бидат третирани. По пет години, ризикот од повторно појавување опаѓа на помалку од 5%.

Следење

- Следењето треба да се спроведува во уролошки оддел, а се состои од цистоскопија, цитологија и, ако е потребно, снимање.
- Цистоскопијата се врши во 3-месечни интервали во текот на првата година, на 6-месечни интервали во следните две години и еднаш годишно потоа.
- Ако туморот не се појавил повторно во текот на пет години, може да бидат доволни и прегледи во примарната заштита, со тестови на урина кои ќе вклучува цитологија.

КАНЦЕР НА ТЕСТИСИ

Епидемиологија

- Стапката на појавување е 10/1.000.000/ годишно и се зголемува.
- Задржувањето на тестисите го зголемува ризикот и треба да се третира во првите две години од животот.
- Семиномите се највообичаениот тип кај мажите на возраст помеѓу 30-35 години, а несеминомите се највообичаениот тип кај мажите на возраст помеѓу 25-29 години.
- Постојат многу хистолошки типови тумор. Околу 90 % тумори од герминативни клетки, а од овие 50% се семиноми и 50% други тумори (ембрионални карциноми, тератоми, тератокарциноми, плацентални тумори).

Симптоми и знаци

- Симптомите вклучуваат зголемување на тестисот (кое секогаш треба да се провери), грутка, промена во конзистенција, нејасна болка и пролонгиран епидидимитис.
- Ултрасонографијата обично открива зголемен, нехомоген тумор во внатрешноста на тестисот.
- Компјутерската томографија се користи за да се откријат можни метастази на ретроперитонеалните лимфни јазли.

Третман

- Третманот секогаш започнува со операција, следена со зрачење заради семиномите.
- Антинеопластичните лекови се користат ако туморот раширено метастазирал. Над 90% пациенти, дури и со раширени метастази, успешно се лекуваат.
- 60-70% метастазирани несеминоми може да се излечат со антинеопластични лекови.
- Плодноста се задржува кај околу 65% зрачени пациенти. Спермата може да се замрзне пред почетокот на третманот.

Следење

- Следењето треба да се врши во специјализирани установи.
- Пациентите со семиноми кои биле лекувани само хируршки треба да се следат пет години во 4-месечни интервали, а пациентите со семиноми кои биле третирани со антинеопластични лекови се контролираат три години во 3-месечни периоди, а потоа во шест месечни интервали до истекот на пет години.
- Пациентите со не-семиноми се контролираат еднаш месечно во текот на првата година, во 3-месечни интервали следната година и потоа на 6-месечни интервали до истекот на 5 години.
- Следењето се состои од испитување на биохемиски маркери (АФП, ХЦГ, ако концентрациите биле зголемени пред операцијата), рендген на гради на 2-3-месечни интервали и компјутерска томографија на 2-6-месечни интервали.
- Понатамошно следење треба да се практикува во поголеми интервали и на подолго време, зашто туморот може да се појави повторно дури и по повеќе од 10 години од првата операција. Повторените тумори обично добро реагираат на третман.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Постои тренд кој преферира операција наместо радикална радиотерапија во нескорешни рандомизирани испитувања (ннд1-С).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Buntinx F, Wauters H. The diagnostic value of macroscopic haematuria diagnosing urological cancers: a meta-analysis. Family Practice 1997;14:63-68
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970347. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Coppin C, Porzsolt F, Kumpf J, Coldman A, Wilt T. Immunotherapy for advanced renal cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001425. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
4. Shelley MD, Court JB, Kynaston H, Wilt TJ, Fish RG, Mason M. Intravesical BCG in Ta and T1 bladder cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001986. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
5. Huncharek M, Geschwind JF, Witherspoon B, McGarry R, Adcock D. Intravesical chemotherapy prophylaxis in primary superficial bladder cancer: a meta-analysis of 3703 patients from 11 randomized trials. Journal of Clinical Epidemiology 2000:53; 676-680.
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20001523. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
7. Pawinski A, Sylvester R, Kurth K, Bouffioux C, van der Meijden A, Parmar MK, Bijnens L. A combined analysis of European organisation for research and treatment of cancer, and medical research council randomized clinical trials for the prophylactic treatment of stage TaT1 bladder cancer. J Urol 1996;156:1934-1941
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973046. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
9. Shelley MD, Barber J, Mason MD. Surgery versus radiotherapy for muscle invasive bladder cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002079. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

Updated frequently
10. Kiuru M, Launonen V. Hereditary leiomyomatosis and renal cell cancer (HLRCC). Curr Mol Med. 2004 Dec;4:869-75
11. Simonato A, Gregori A, Lissiani A, Bozzola A, Galli S, Gaboardi F. Laparoscopic radical cystoprostatectomy: a technique illustrated step by step. Eur Urol. 2003 Jul;44(1):132-8
12. Danesi DT, Arcangeli G, Cruciani E, Altavista P, Mecozzi A, Saracino B, Orefici F. Conservative treatment of invasive bladder carcinoma by transurethral resection, protracted intravenous infusion chemotherapy, and hyperfractionated radiotherapy: long term results. Cancer. 2004 Dec 1;101(11):2540-8
13. Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. Increasing Incidence of Testicular Cancer Worldwide: A Review. J Urol. 2003 Jul;170(1):5-1.
14. Olavi Lukkarinen Article ID: ebm00248 (011.043) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.4.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2008 година**

МОЗОЧНИ ТУМОРИ

- **Основни правила**
- **Причини**
- **Најчести видови мозочни тумори**
- **Симптоми на мозочни тумори**
- **Дијагноза**
- **Терапија**
- **Прегледи**
- **Проблеми**
- **Кога да се очекува повторна појава?**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Мозочните тумори се појавуваат во секоја старосна група.
- Најчестата појава е во раното детство и во позрелите години.

ПРИЧИНИ

- Причините за повеќето мозочни тумори не се познати. Болестите кои ги намалуваат нормалните одбранбени механизми на имунитетот, како што е сидата, го зголемуваат ризикот за појавување на тумор.
- Постоењето невробромафиноза тип 2 и туберус склероза, исто така, се ризичен фактор за појава на мозочен тумор.

НАЈЧЕСТИ МОЗОЧНИ ТУМОРИ

- Приближно една половина од сите мозочни тумори се глиоми. Тие се групирани според зголемувачкиот степен на малигност.
  - Астроцитома (степен I-IV) се појавува кај возрасни лица. Таа се развива во ткивото на мозокот и го инфилтрира опкружувачкото ткиво. Во степенот I и II расте релативно бавно, додека во степенот III пациентот се очекува да живее неколку години. Пациентите во степенот IV главно не живеат повеќе од една година, без разлика дали пациентот се лекува или не.
  - Олигодендроглиома (степен I-IV) се развива побавно од астроцитомата, со што се олеснува нејзината прогноза.
  - Епендимома (степен I-IV) настанува во епендимичното ткиво и е лоцирана во церебралните комори, најчесто во четвртата комора. Туморот е релативно чувствителен на радијација и кога се наоѓа во четвртата церебрална комора не може целосно да биде отстранет.
  - Медулобластома (степен I-IV) е педијатриски тумор кој може да метастазира во спиналниот канал и е чувствителен на радијација.
  - Пилоцитична астроцитома (степен I-IV) е тумор кој е најчесто застапен кај децата. Со успешен оперативен зафат овој тумор може да се излекува.
- Невринома или шванома е бенигнен тумор кој се развива бавно. Може да биде лоциран во повеќе делови на нервниот систем.
- Колоидна циста е редок бенигнен тумор лоциран во третата комора.
- Менингеома е бенигнен, затворен тумор кој е лоциран во церебралните обвивки. Овој тумор се развива бавно и е повеќе застапен кај жените и кај постарите лица и многу често може комплетно да се отстрани.
- Повеќето хипофизеални тумори се хипофизеални аденоми. Во истиот регион е лоцирана и краниофарингеома, вроден тумор кој може да предизвика оштетување на видот.
- Примарна церебрална лимфома е најмногу дијагностициран во денешно време.
- Дермоидниот тумор е бенигнен, содржи структурни елементи од кожата и е најчесто лоциран во церебралната средина.
- Епидермоидниот тумор е бенигнен и се состои од маса која содржи холестерол.
- Метастази
  - Приближно една четвртина од сите мозочни тумори се метастази на тумори лоцирани во другите делови од телото.
  - Многу неоплазми можат да метастазираат во мозокот, а најчесто од бубрезите и дојките.
- Во менингална карциноза, малигни клетки се размножуваат во обвивките на черепот без да формираат неоплазма. Оваа болест се манифестира слично како хроничниот менингитис и се поврзува со меланома, леукемија, рак на дојка и на гради.

СИМПТОМИ НА МОЗОЧНИ ТУМОРИ

- Постојат генерални симптоми предизвикани од кранијална маса или локални симптоми предизвикани од оштетување на ткивото, притисок или иритација.
- Симптомите се развиваат бавно.
- Кај оние тумори што се развиваат бавно, мозокот се адаптира на зголемената маса и му е потребно повеќе време за да се манифестира преку одредени симптоми. Кога слободното место во черепот ќе се наполни со масата на туморот, симптомите се влошуваат.

Општи симптоми

- Епилепсијата е иницијален симптом на мозочен тумор кај 15% од пациентите и се појавува кај 30% од сите пациенти кои имаат мозочен тумор. Можноста за појава на мозочен тумор кај оние пациенти кои имаат епилепсија треба секогаш да се земе предвид, особено кај оние кои имаат фокален тип епилепсија.
- Главоболката не се смета за ран симптом. Може да се појави кога туморот ќе предизвика хидроцефалус или кога ќе порасне толку многу што ќе предизвика притисок. Карактеристиките на главоболка предизвикана од мозочен тумор се следниве:
- главоболката станува сè поинтензивна;
- се појавува кога лицето е во лежечка положба, наутро и во текот на ноќта;
- предизвикува мачнина и повраќање;
- предизвикува зголемен притисок.
- Лажни локални симптоми: нервите лесно можат да се оштетат кога кранијалниот притисок се зголемува дури и кога туморот не е лоциран во нивна близина.

Локални симптоми

- Туморот во предниот дел на мозокот предизвикува одредени промени кај пациентот: забавување, нарушување на секојдневните навики, губење самокритичност и губење на осетот за мирис. Тумор во задниот дел на мозокот може да го притисне оптичкиот нерв и да предизвика губење на видот и атрофија на оптичкиот нерв. Ако туморот се прошири и пошироко може да предизвика епилепсија тип Џексон, а ако се прошири во доминантната хемисфера, може да предизвика и дисфазија.
- Туморот во париеталниот дел може да предизвика моторни и сетилни нарушувања, како и невропсихолошки нарушувања.
- Туморот во темпоралниот дел предизвикува темпорална епилепсија и губење на меморијата.
- Туморот во окципиталниот дел предизвикува визуелни нарушувања.
- Туморот во церебелумот во почетна фаза често предизвикува симптоми на зголемен кранијален притисок, а локалните симптоми се многу мали (губење на рамнотежа и дизартрија).
- Туморот во мозочното стебло предизвикува нарушувања на кранијалниот нерв.
- Акустична неуринома е тумор што се манифестира преку губење на слухот. Во подоцнежна фаза се појавува вртоглавица и оштетување на соседните кранијални нерви и симптоми во екстремитетите.
- Туморот во sella turcica предизвикува хормонални нарушувања и визуелни дефекти.
- Симптоми на централни тумори:
  - колоидна циста предизвикува периодични нарушувања на CSF flow и пациентот добива напад на главоболка, мачнина и слабост;
  - туморот на пиналната жлезда предизвикува Паринауден синдром (пациентот не е способен да го подигне погледот над нивото на хоризонтот).

ДИЈАГНОЗА

- Историјата и невролошките испитувања се клучни во дијагнозата на мозочен тумор, а аномалиите се од голема важност.
- Туморот најчесто е тешко да се детектира како предизвикувач на симптомите.
- Кога е потребно, ангиографија или магнетнорезонатна ангиографија треба да се направи пред операција.

- Рани симптоми на акустична неуринома можат да се детектираат преку отологични тестови, а BAEP (=brainstem auditory evoked potential) покажува абнормалности во раните фази.
- Во подготовка за терапија со радијација се извршува отворена или стереотактичка биопсија.

ТЕРАПИЈА

Терапија на зголемен интракранијален притисок

- Кога пациентот покажува симптоми на зголемен интракранијален притисок или некои значителни невролошки нарушувања, неговата состојба може да биде ублажена за 6 – 24 часа со употреба на дексаметазон кој го отстранува едемот околу туморот.
- Дексаметазонот може да се прима орално или интравенозно, во доза до 5 mg×4. Кога пациентот покажува симптоми на животна опасност се употребува манитол кој се прима во доза од 1.5-2 g/kg тежина, интравенозно. Ова ќе ја подобри состојбата на пациентот за три часа, за кое време пациентот може да биде преместен во неврохируршки оддел.

Хируршко лекување и радијација

- Консултацијата со неврохирург е задолжителна со цел да се определи терапија за туморот. Дури и ако туморот не може да се оперира, многу е важно пациентот и неговото семејство да знаат дека доктор- специјалист ги разгледал сите алтернативи на лекување.
- Успешноста на операцијата зависи од локацијата на туморот, големината и типот на неоплазмата и староста и општата состојба на пациентот.
- Лекувањето на бенигните тумори оди кон тоа тие да се отстранат комплетно.
- Целосното отстранување на глиомата е многу ретко, бидејќи секогаш постои тенденција од повторно појавување. Многу често се применува парцијално отстранување со цел да се олеснат симптомите и да се добие повеќе време.
- Церебрален лимфом реагира добро на радиотерапија која се применува откако ќе се изврши биопсија.
- Одредени тумори кои не можат да се оперираат предизвикуваат хидроцефалус кој, исто така, може да се појави по операцијата.
- Радиотерапијата за мозочни тумори не го лекува туморот – правило е да ѝ претходи биопсија. Со цел да се совлада едемот, треба да се прима дексаметазон заедно со кранијалната радиотерапија.
- Новите форми на терапија вклучуваат стереотактичка радијација која може да се прима надворешно или внатрешно (**ннд-С**). Другите форми на терапија сè уште се во експериментална фаза.

ПРЕГЛЕДИ

- Првичниот преглед на пациентот со мозочен тумор се случува најчесто во невролошкиот или неврохируршкиот оддел на клиниката.
- Прегледот на крвната слика или снимање на градите не се многу важни фактори за евалуација на мозочниот тумор, бидејќи тој не метастазира надвор од нервниот систем.

ПРОБЛЕМИ

- Пациентите со мозочен тумор немаат доволно можности за пристап до успешна рехабилитација.
- Бидејќи епилепсијата е многу честа појава, кај оние пациенти кои имале епилепсија пред отстранувањето на туморот, лекарствата треба да се продолжат и по неговото отстранување.

КОГА ДА СЕ ОЧЕКУВА ПОВТОРНА ПОЈАВА?

- Симптомите на невролошките нарушувања се менуваат, затоа специјалистот треба секогаш да биде запознаен со раните симптоми на своите пациенти.
- Кога ќе се појават симптоми на зголемен интракранијален притисок.
- Кога епилептичките напади се појавуваат почесто.
- Кога општата состојба на пациентот е нарушена.
- Кога постои сомневање за повторна појава на туморот, консултацијата со невролог или неврохирург е задолжителна, а понатамошното лекување зависи од состојбата на пациентот.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Anderson D, Flynn K. Stereotactic radiosurgery for metastases to the brain: a systematic review of published studies of effectiveness. Techn Assess Program 7, 1997:1-16
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988592. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
3. Editors Article ID: ebm00784 (036.099) c 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2008 година**

ПАЛИЈАТИВЕН ТРЕТМАН НА КАНЦЕР

- **Цели**
- **Респираторни симптоми**
- **Сушење на устата и стоматитис**
- **Анорексија**
- **Мачнина и повраќање; причини и терапевтски алтернативи**
- **Констипација**
- **Дијареја**
- **Дигестивна опструкција**
- **Икање**
- **Гноење предизвикано од метастази на кожата или загноени тумори**
- **Чешање: причини и терапија**
- **Палијативна радиотерапија**
- **Други испитувања**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Времетраењето на палијативното лекување на ракот може да биде од неколку денови или месеци до неколку години. Лекувањето на ракот со антинеопластички лекарства или радиотерапија може ефикасно да ги олесни симптомите на пациентот, бидејќи грижата и олеснувањето на болката се од централно значење во терапијата на пациентите кои умираат. Целта е да се пронајде терапија која ќе содржи корисни елементи што ќе преовладуваат над негативните елементи на болеста. Различните алтернативи на терапија наведени во овој текст треба да се разгледуваат од оваа перспектива.
- Дискутирајте за различните алтернативи на терапија со пациентот. Објаснете ги можните причини за симптомите, вклучете ги членовите на семејството во лекувањето и консултирајте се со специјалисти.

РЕСПИРАТОРНИ СИМПТОМИ

Кашлица: причини и терапија

- Ослабнување на срцето, астма, терапија во зависност од болеста.
- Инфекција: антибиотици, антипиретици.
- Метастази на градите, иритација на грлото и дишните патишта.
  - Преднизон 40–60 mg × 1 или дексаметазон 6–9 mg × 1 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
  - Радиотерапија
- Плеврален излив
  - Плеврална аспирација (не повеќе од 1.500 ml одеднаш), дренажа (+/-)

склеротерапија
  - Преднизон 40–60 mg × 1 или дексаметазон 6–9 mg × 1 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
- Хемоптиза
  - Транаксемична киселина 1.000–1.500 mg × 3
  - Преднизон 40–60 mg × 1 или дексаметазон 6–9 mg × 1 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
  - Радиотерапија
- Лекови (блеомицин, метотрексат) или радиотерапија. Пневмонија предизвикана од радијација на градите може да се појави од 1-3 месеци по зрачењето.
  - Одмор
  - Преднизон 40–60 mg × 1 или дексаметазон 6– 9 mg × 1 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
  - Антибиотици ако се појави инфекција
  - Ако се појави пневмонија, задолжително е контактирање со центарот што обезбедува терапија со цитостатици.
- Пулмонална аспирација (парализа на грлото, опструктивен тумор)
  - Парализа на грлото: јадење стоејќи со брадата навалена надолу
  - Радијација на опструктивниот тумор, ласерска терапија или бајпас со стент.
  - Гастростома
- Кашлица/секреција на слуз
  - Инфекција: антибиотици
  - Болката го спречува пациентот да се искашла и самото кашлање е тешко кога пациентот е во лежечка положба.
  - Справување со болката
  - Дишење во шише
  - Навлажнување на воздухот
  - Муколитици (бромхексин 8 mg × 3)
  - Во случај пациентот да биде премногу слаб за да кашла
    - Аспирација на слузот од дишните патишта е ретко потребно и е многу непријатно за пациентот.
    - Антихолинергици, гликопиролат 0.2 mg × 1–6 s.c. или 0.6–1.2 mg дневна инфузија го намалува производството на слуз во дишните патишта, но во исто време ја суши устата.
- Антитусици
- Опиоиди
  - кодеин 30–60 mg ×3–4
  - парацетамол 500 mg + кодеин 30 mg 1–2 × 3-4
  - ибупрофен 200 mg + кодеин 30 mg 1–2 × 3-4
  - морфин раствор со почетна доза од 12–20 mg × 1–6
  - морфин со почетна доза од 10–30 mg × 2

Диспнеја: причини и терапија

- Ослабнување на срцето, астма, COPD: терапијата зависи од болеста.
- Пулмонална емболија: антикоагулантна терапија.
- Пневмонија: антибиотици, антипиретици.
- Анемија: трансфузија на црвените крвни клетки; во некои случаи може да се индицира и еритропиетин.

- Треска: антипиретици.
- Парцијална пулмектомија, фиброза.
- Лекови (блеомицин, метотрексат).
- Тумор-индицирани причини за диспнеја во вратот и тораксот.
  - Компресија на трахејата или бронхите, ателектаза, метастази на градите, lymphangitis carcinomatosa:
  - дексаметазон 3–10 mg × 1– 3 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
  - Радиотерапија
  - ласерска терапија или стент.
  - Плеврален излив
    - Плеврална аспирација (не повеќе од 1.500 ml одеднаш), дренажа+/- склеротерапија.
  - Преднизон 40–60 ml × 1 или дексаметазон 6– 9 ml × 1 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
  - Перикардијална тампонажа
- Аспирација
- Зголемен црн дроб или голем абдоменален тумор:
  - диуретици
  - Опуштање на горниот дел од телото, полуседечка положба
  - Преднизон 40–60 ml × 1 или дексаметазон 6– 9 ml × 1 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
- Анксиозност, хипервентилација
  - Смирување, безбедна средина, бензодијазепин.
- Нефармацевтско справување со диспнеја
  - Пациентиот со диспнеја е многу немирен, затоа треба да му се објасни текот на болеста и како треба да се однесува кога ќе има напад.
  - Размислете дали треба да зборувате за стравот од задушување. Пациентите со тумор на градите можат да имаат страв од задушување дури и кога нема ризик. Задушувањето предизвикано од рак е многу ретко.
  - Ако диспнејата е сериозна и по терапијата, може да зборувате со пациентот и неговото семејство за намалување на нивото на свесност кај пациентот. Инструкциите за лекување се следниве:
  - План за акција при појава на напад
    - Претходно подготвени лекови (во џеб, на дофат на рака).
    - Полуседечка положба, смирено дишење, отворен прозорец, итн.
    - Како да повикате помош: преку телефон (бројот на телефонот треба секогаш да ви биде при рака).
  - Физикална терапија, вежби за опуштање.
  - Физички одмор.
  - Кислород ако е присутна хипоксемија.
- Фармацевтска терапија
- Ако постои опструкција
    - Вдишување на бронходилататор.
    - Тефилин може да донесе олеснување.
  - Преднизон 20–80 mg× 1 или дексаметазон 3–10 mg × 1–3 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
  - Опиоидите се многу ефикасни во лечењето на диспнеја (**ннд-А**).
    - Почетна доза со морфин раствор 12–20 mg × 1–6

    - Почетна доза со морфин 10–30 mg x 2
    - Дозата се зголемува за 20–30% (до 50 %)
  - Бензодијазепини
    - Дијазепам (5–)10–20 mg навечер, 5–10 mg × 1–3 p.o./p.r.
    - Лоразепам 0.5–2 mg × 1–3 p.o., i.m., i.v. или 2–4 mg дневно преку инфузија.
- Ако е потребно, може да се почне со антидепресивни лекови.
- Обезбедете му на пациентот инструкции за лековите во случај на напад: пациентот секогаш треба да има 1-2 дози морфин раствор и 1-2 дози бензодијазепини.

СУВА УСТА И СТОМАТИТИС

Стоматолог

- Помага со оралната хигиена и со одржување на забите. Обезбедете инструкции за употребата на флуорин.

Орална хигиена

- Мека четка за заби.
- Благи пасти за заби.
- Редовно чистење на протезата и нејзино вадење во текот на ноќта.
- Често плакнење на устата:
  - вода;
  - раствор од 1 лажичка сол во 2 dl вода;
  - раствор од 1 лажичка сол, 1 лажичка сода бикарбона во 2 dl вода
  - Chlorhexidine

Исхрана

- Мека и малку зачинета храна.
- Не многу топла и студена храна.

Лекување на кандида и херпес инфекции

- Кандидата е најчеста причина за инфекција.
- Локална терапија:
  - миконазол гел 2% 2.5 mg × 4;
  - натамицин капки 25 mg/ml, 1 ml × 4;
  - нистатин капки 100000 IU/ ml, 1 ml × 4;
  - амфотерицин B таблети 1 × 4 (употребата е тешка ако е сува устата)
- Херпес инфекција:
  - валацикловир 500 mg × 2 во период од 5 дена.

Третирање на болка

- Локална терапија:
  - лидокаин оплакнувач за уста 5 mg/ml 15 ml за плакнење + 15 ml за голтање × 1–8 (пазете на алергиите и опасност од аспирација);
  - лидокаин (20 mg/ml) 5–10 ml прво да се исплакне устата а потоа да се проголта полека× 1–6(пазете на алергиите и опасност од аспирација);
  - сукралфат прво да се исплакне устата, а потоа да се проголта 200 mg/ml 5 ml x

4–6 (ако ова предизвика повраќање, пациентот не треба да ја проголта дозата).
- Во потешките случаи кога стоматитсот е предизвикан од хемотерапија или радиотерапија, треба да се препорачаат силни опиоиди.

АНОРЕКСИЈА

- Овој дел ги обработува причините за анорексија. Нормално е оние пациенти кои се на крајот на својот живот да загубат интересирање за јадење и за пиење. Знаејќи дека губењето на апетитот е чест проблем кај пациентите кои боледуваат од рак може да ги натера пациентот и неговото семејство да се откажат од обидите за пронаоѓање на соодветна исхрана.
- Нема докази за поврзаноста на недостатокот од течности и чувството на жед кај пациентот (**ннд-С**).
- Причини за анорексија:
  - лекови (интерферон, аналгетици);
  - орална кандида, сува уста;
  - мачнина и повраќање;
  - Чувство на презаситеност, што може да биде предизвикано од:
    - констипација;
    - абдоменален тумор или зголемен црн дроб;
    - натекување на абдоменот;
    - полуседечка положба, мало количество храна, метоклопрамид 10–20 mg × 3–4, 20 минути пред оброк и навечер.
  - Метаболички причини (хиперкалциемија, уремија).
  - Пулмонална аспирација.
  - Болка (лекови против болка).
  - Депресија: лекови.
  - Непријатно опкружување за време на јадењето.
- Студена храна (сладолед, итн)
- Мали, почести оброци во мали чинии кога пациентот ќе изрази желба.
- Оброците треба да се јадат на маса за јадење, наместо во кревет, и најдобро е целото семејство да биде присутно.
- Аперитивот може да му го подобри апетитот на пациентот.
  - Рецепт: 1 живо јајце 0.5–1 dl крем, 2 лажички шеќер, 1 лажичка сок од портокал и 10-15 ml коњак.
- Лековите можат да го подобрат апетитот на пациентот:
  - кортикостероиди: дексаметазон 3–6 mg × 1 или преднизон 10–20 mg × 1;
  - мегестрол ацетат 160 mg × 2 до 800 mg дневно
  - Медроксипрогестерон ацетат 100 mg × 3 – 500 mg × 2.

МАЧНИНА И ПОВРАЌАЊЕ, ПРИЧИНИ И ТЕРАПЕВТСКИ АЛТЕРНАТИВИ

- Хемотерапија
  - акутна хемотерапија;
  - Оддолжена хемотерапија – предизвикана емеза:
  - метоклопрамид 10–30 mg × 3–4 p.o, p.r. + дексаметазон 3–4.5 mg × 1–2 за 2–4 дена
- Други лекови – опиоиди, дигоксин.

  - Стопирајте ги непотребните лекови, заменети ги, редовно проверувајте ја дозата.
- Иритација на абдоменот
  - метоклопрамид 10–20 mg × 3–4
- Констипацијата е честа и излечлива причина за појавата на мачнина.
- Зголемен интракранијален притисок: мозочен тумор, метастази:
  - дексаметазон 3–10 mg × 1–3 со намалување на дозата во зависност од реакцијата, радиотерапијата или операцијата.
- Зголемен црн дроб.
- Уремија, нарушување на црниот дроб: симптоматично лекување.
- Езофагитис, гастритис.
- Анксиозност, страв, депресија:
  - соодветна терапија за мачнина, психолошка поддршка и антидепресивни лекарства по потреба.
- Кашлица што преминува во повраќање: видете го делот за лекување кашлица.
- Симптоматски лекови и препорачани дози:
  - метоклопрамид 10 mg 1–2 × 3–4 p.o./p.r./i.v./i.m., 20–50 mg дневно како континуирана инфузија;
  - халоперидол 1–2 mg навечер, 0.5–2 mg × 1–3 p.o., 2.5–5 mg × 1–3 i.m. , 5–10 mg дневно s.c./i.v. инфузија;
  - лоразепам 0.5–2 mg × 1–3 p.o., i.m., i.v., 2–4 mg дневно s.c./i.v. инфузија;
  - дексаметазон 3–9 mg × 1 p.o., 5–10 mg × 1–2 i.m., i.v., преднизон 20–60 mg;
  - прохлорперазин 5–20 mg × 1–3 p.o., 25 mg × 1–3 p.r.;
  - левомепромазине 2.5–12.5 mg навечер;
  - циклизин 25–50 mg × 1–3, hydroxyzine 20 mg навечер.
  - Горенаведените лекови во комбинација.

КОНСТИПАЦИЈА

- Констипацијата е многу чест симптом кај пациентите кои боледуваат од рак и е тесно поврзана со самата болест, промените во исхраната, лековите или комбинација од сите овие фактори. Следниве податоци се однесуваат само за констипација (за другите симптоми, како што се мачнина, грчеви во стомакот, отекување на стомакот погледнете ги другите делови).
- Причини:
  - Рак: опструкција, компресија на ‘рбетот, перитонеална карциноза.
  - Лекови: опиоиди, antiholinergici, vinko-alkaloidi, 5-HT3 антагонисти.
  - Промени во исхраната, дехидрација: препорачајте обилни количества течности и сокови.
  - Намалување на физичката активност: охрабрувајте ја физичката активност и лекувајте ја болката што ја попречува.
  - Хемороиди: лекување.
  - Хиперкалциемија.
- Констипацијата е многу лична работа: континуирано зборувајте со пациентот и информирајте го.
- Почнете со профилактички лекови за констипација кога се иницирани опиоидите.
- Лековите се даваат орално. Ректално се даваат лекови само по потреба.
  - Осмотски лаксативи (лактулоза 20–30 mg × 1–2 (до 4) се користат само со стимулативни лаксативи.
  - Стимулативни лаксативи (сена, натриум пикосулфат, докусат, бисакодил) сами

или во комбинација со осмотски лаксативи.
- Прокинетички агенси: метоклопрамид 10–20 mg × 3–4.

ДИЈАРЕЈА

- Причини (предизвикани од лекови):
  - дијарејата кај пациенти кои боледуваат од рак е најчесто предизвикана од цитотоксични агенси-флуороурацил, иринотекан, топотекан;
  - ирадијација на пелвичниот регион;
  - постоперативни причини: ресекција на панкреасот;
  - антибиотици: Clostridium difficile
- Причини (предизвикани од ракот):
  - карциноиден синдром: симптоматска терапија;
  - рак на панкреасот: осмотска дијареја, консултација со терапевтски нутриционист;
  - некои состојки во храната можат да ја влошат дијарејата: премногу зачинета и масна храна и млечни производи.
- Консултацијата со терапевтски нутриционист може да биде корисна, особено по операција и во случај на рак на панкреасот.
- Терапија:
  - лоперамид 4 mg почетна доза и 2 mg по секој напад на дијареја до 16 mg дневно;
  - морфин раствор 12–20 mg × 1–6 или оксикодон раствор 10–15 mg 1 × 6;
  - морфин со продолжено дејство 10–30 mg × 2 или оксикодон p.o. 20 mg × 2;
  - морфин или оксикодон; почетна доза 4–10 mg × 4–6 s.c.
  - Некои центри користат октреотид во лекувањето на потешки случаи 25–100 mg × 1– 3 s.c.

ДИГЕСТИВНА ОПСТРУКЦИЈА

- Ако состојбата на пациентот дозволува хируршка интервенција, консултирајте се со хирург.
- Неоперативна опструкција:
  - прекин на можноста за хранење, интравенозно хранење се започнува само пред операција;
  - кога опструкцијата е лоцирана во дигестивниот тракт се појавува обилно повраќање кога се внесува храна или лекарства;
  - кога ракот е во понапредна фаза, парентералната терапија не е корисна;
  - мачнина, повраќање.
    - халоперидол 5–15 mg дневно s.c./i.v. инфузија или 1–2 mg × 3 p.o.
    - морфин 30–60 mg дневно s.c. /i.v. инфузија, 10–30 mg × 2 p.o., почетна доза
    - гликопиролат 0.6–1.2 mg дневно c./i.v. инфузија, 0.2 mg × 1–6 s.c.
    - дексаметазон 6–20 mg × 1 може да го намали отокот околу туморот.
    - хлорпромазин 10–25 mg × 3 дневно p.o.;
    - Некои центри користат октреотид во третман на резистентни случаи во доза од 25–100 μg × 1–3 s.c. (**ннд-С**).

ИКАЊЕ

- Причини:
  - Иритација на дијафрагмата (тумор, зголемен црн дроб, хернија на дијафраг-

мата, чир, гастритис)
  - Мозочен тумор
  - Уремија
- Нефармаколошко лекување: пациентот треба да седи исправено, да дише во хартиена ќеса, да испие две чаши вода или да земе две лажици шеќер.
- Метоклопрамид 10–20 mg× 3–4 на ден p.o./p.r.
- Халоперидол 0.5–2 mg × 1–3 дневно p.o., или 2.5–5 mg i.m. × 1–3, 5–10 mg дневно s.c./i.v. инфузија
- Хлорпромазин 25–50 mg × 1–3 дневно p.o.
- Баклофен 5–20 mg × 2–3 p.o.
- Во случај на мозочен тумор, антиепилептичните лекарства можат да бидат ефикасни.

ГНОЕЊЕ ПРЕДИЗВИКАНО ОД МЕТАСТАЗИ НА КОЖАТА ИЛИ НА ЗАГНОЕНИ ТУМОРИ

Терапија

- Радиотерапија
- Туширање двапати дневно, покривање со влажни завои.
- Непријатен мирис, инфекција.
  - Туширање и антисептички завои.
  - Антибиотици.
  - Непријатниот мирис во собата може да се отстрани со поставување кори од лимон или миризливи свеќи.

ЧЕШАЊЕ: ПРИЧИНИ И ТЕРАПИЈА

- Болести на кожата: терапија.
- Алергиски реакции: запирање со или промена на лековите, терапија за алергиска реакција.
- Морфинот е ретка, но можна причина за чешањето: пробајте да го замените со оксикодон или фентанил.
- Уремија: терапија за уремија.
- Чешање предизвикано од метастази на кожата; терапија со радијација; погледнете го делот за гноење на кожата.
- Polycythaemia vera: мала доза на ацетилсалицилна киселина, обрнете внимание ако се појави крвавење.
- Холестаза предизвикана од ракот
  - преднизон 20–80 mg × 1 или дексаметазон 3–10 mg × 1–2 со намалување на дозата во зависност од реакцијата.
  - Добра грижа за кожата.
  - Симптоматски лекови:
    - антихистаминици (хидроксизин 10–25 mg × 1–3).
    - халоперидол 0.5–2 mg × 1–3 p.o., 2.5–5 mg ×1–3, или 5–10 mg дневно s.c./i.v.инфузија
    - бензодијазепини (лоразепам 0.5–2 mg × 1–3, 2–4 mg дневно s.c./i.v. инфузија; дијазепам 5–10 mg p.o./p.r. навечер, 5–10 mg × 1–3 p.o./p.r., 5–10 mg

дневно i.v. инфузија)
- хлорпромазин 25–50 mg × 1–3 p.o., NB
- Опиоиди, морфин 10–30 mg × 2, оксикодон 20 mg × 2, почетна доза.

- Грижа за кожата
  - Пруритисот предизвикува сушење на кожата. Треба да се користат кремови за кожа, да се избегнува користењето сапун и да се додава малку масло во водата за капење.
  - Препорачливо е да се користат кремови на база на ментол и алкохолни раствори на база на ментол.
  - Анксиозност, жештина, здодевност и намалена активност лошо влијаат на пруритисот.
  - Се препорачува користење на памучни ракавици во текот на ноќта и редовно сечење на ноктите за да се избегне чешањето.

ПАЛИЈАТИВНА РАДИОТЕРАПИЈА

- Индикации
  - Болки во коските: парцијална палијација се постигнува кај две третини од пациентите, додека целосна палијација се постигнува кај половина од пациентите. Палијацијата трае во просек од 3 до 6 месеци, а на повеќето пациенти им е потребно повторување на палијацијата.
  - Превенција од фрактура на коските. Ако ризикот веќе постои, консултацијата со хирург е задолжителна.
  - Лекување на компресија на 'рбетниот мозок: ако кај пациентот се развива парапареза или тетрапареза и ако има невролошки симптоми, треба да се примени радиотерапија.
- Ако симптомите на притисок се појават во почетокот на терапијата, треба да се почне со дексаметазон 3–10 mg × 1–3 пати p.o. или парентерално (некои центри користат дози и до 100 mg на ден во случај на компресија на медулата) (**ннд–А**).
- Целта на палијативната радиотерапија е брзо и со најмалку негативни ефекти да се олеснат симптомите

ДРУГИ ИСПИТУВАЊА

- Не постојат доволно испитувања за да се препорачаат некои модели на палијативна нега. Домашната палијативна нега има некои предности (**ннд–С**).
- Не е докажано дека нутриционистичката поддршка кај некои пациенти кои боледуваат од рак ја подобрува прогнозата (**ннд–С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Twycross R, Wilcock A. Symptom management in advanced cancer.Third edition. Radcliffe Medical Press, Oxford, 2001.
2. Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Broadley K. Opioids for palliation of breathlessness in terminal illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002066. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
3. Viola RA, Wells GA, Peterson J. The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. Journal of Palliative Care 1997;13:41-52

4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-985105. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
5. Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001219. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
6. Loblaw DA, Laperriere NJ. Emergency treatment of malignant extradural spinal cord compression: an evidence-based guideline. J Clin Oncol 1998;16:1613-1624
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-980717. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
8. Salisbury C. What is the impact of different models of care on patients' quality of life, psychological well-being or motivation? Appropriate and cost effective models of service delivery in palliative care. Report March 1996–July 1997. University of Bristol. Division of Primary Health Care, 1997, pp. 97-113
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988312. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
10. Smeenk FW, van Haastregt JC, de Witte LP, Grebolder HF. Home care for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. BMJ 1998;316:1939-1944
11. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988745. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
12. Klein S, Koretz RL. Nutritional support in patients with cancer: what do the data really show. Nutr Clin Pract 1994;9:91-100
13. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-945046. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
14. Rita Janes Article ID: ebm00339 (016.011) c 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.5.2003, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2007 година**

ПАЛИЈАТИВЕН ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТИ СО БЕЛОДРОБЕН РАК

- **Основни правила**
- **Болка**
- **Кашлица**
- **Хемоптисис**
- **Диспнеја**
- **Белодробни инфекции**
- **Малигна плеврална ефузија**
- **Кислородна терапија**
- **Пушење**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Квалитетот на животот на пациентот со белодробен рак често може да се подобри дури и ако не е можен куративен третман.
- Како правило, палијативниот третман на белодробниот рак не е многу различен од палијативниот третман на кој било тип рак.

БОЛКА

- Болката кај белодробниот рак се третира на ист начин како болката кај секој тип рак. На пример, нема посебни ограничувања во врска со лековите. Морфинот има и позитивно влијание врз диспнејата.

КАШЛИЦА

- Лекови за кашлица кои содржат кодеин.
- Кодеински таблети - денес постојат таблети кои содржат комбинација на кодеин и аспирин и парацетамол

ХЕМОПТИЗИС

- Транаксемична киселина во доволно високи дози.
- Палијативната радиотерапија обично доведува до ефикасно олеснување.

ДИСПНЕЈА

- Ако туморот прави опструкција на трахејата (или некоја главна бронхија) и предизвикува силна диспнеја.

- Стероид орално или интрамускулно.
- Бронходилатори (теофилин и на пр. инхалиран салбутамол).
- Превенција и третман на инфекции.
- Палијативната радиотерапија понекогаш дава добар терапевтски одговор на некое време.
- Бронхоскопскиот ласерски третман дава ефикасно олеснување на некои пациенти, но овој третман може да не е достапен во сите болници.

- Ако не постои конкретна причина што може да се третира
  - Мали дози на орален морфин (**ннд–А**).
  - Бензодијазепини, на пример дијазепам, ако симптомите вклучуваат ментални растројства.
  - Во литературата, мали дози на хлоропромазин во комбинација со атропин се предлагаат во случај кога други терапии не даваат адекватни резултати.

БЕЛОДРОБНИ ИНФЕКЦИИ

- Ова е чест проблем, често се јавуваат анаероби.
- Адекватниот третман ќе го подобри квалитетот на живеење на пациентот. Флуорокинолоните се честопати ефикасни во спречување на секундарните инфекции кај пациенти со белодробен канцер.
- Ако пациентот често има треска и покрај антибиотиците, таа може да е индуцирана од туморот и може да се контролира со редовна употреба на нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ).

МАЛИГНА ПЛЕВРАЛНА ЕФУЗИЈА

- Дренажа (не повеќе од 1 литар одеднаш) се препорачува само ако течноста очигледно предизвикува диспнеја (**ннд–С**).

ОКСИГЕНСКА ТЕРАПИЈА

- Може да се администрира и од оксигенска боца и од концентратор. Отворен оган носи ризик од експлозии (пушење). Оксигенската терапија може да има олеснувачки ефекти врз диспнејата.

ПУШЕЊЕ

- Забраната за пушење на пациент кој има неизлечив белодробен рак е непотребна и, всушност, сурова.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Хемотерапијата и радиотерапијата се ефикасни во олеснувањето кај пациентите со опструкција на вена кава супериор, но вметнувањето стент може да биде и поефикасно (**ннд–А**).
- Програмите за следење и интервенциите на медицинските сестри за справување со недостигот од здив се добродојдени за симптомите и квалитетот на живеењето на пациентите со белодробен рак (**ннд–С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Walsh D. Dyspnoea in advanced cancer. Lancet 1993;342:450-451
2. Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Broadley K. Opioids for palliation of breathlessness in terminal illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002066. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
3. Hartman DL, Gaither JM, Kesler KA, Mylet DM, Brown JW, Mathur PN. Comparison of insufflated talc under thoracoscopic guidance with standar tetracycline and bleomycin pleurodesis for control of malignant pleural effusions. J Thoracic Cardiovasc Surg 1993;105:743-747
4. Rowell NP, Gleeson FV. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001316. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
5. Paula Maasilta Article ID: ebm00132 (006.051) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2008 година**

РАЗЛИЧНИ МОДЕЛИ НА ПАЛИЈАТИВНА НЕГА НА ТЕРМИНАЛНИ ПАЦИЕНТИ

ПРЕГЛЕД НА ДОКАЗИ

- Нема доволно докази за да се препорача некој одреден модел на палијативна нега. Можеби има некаква предност кај домашната нега во споредба на болничката нега за пациенти со неизлечливи канцери, но резултатите не се конзистентни во сите испитувања.
- Во DARE 2 студијата е сумиран систематски преглед составен од 20 опсервациски студии без контроли и 20 компаративни студии. Постојат докази дека резиденцијалната палијативна нега резултира со подобра контрола на болката споредено со домашната нега или класичната болничка нега. Овој заклучок е базиран на истражување кое има методолошки слабости.
- Постојат ограничени докази дека тимовите за поддршка можат да ја подобрат контролата на болката, (но никакви докази за другите мерки за квалитет на живеењето) за пациенти кои умираат во болнички услови.
- Ограничените истражувања што биле спроведени не покажале дека тимовите за домашна палијативна нега, координативните тимови за нега или советодавните тимови имале влијание на квалитетот на животот на пациентите кои умирале дома.
- Едно друго систематско испитување кое вклучувало осум студии со вкупно 4.249 пациенти било изнесено во DARE 2. Имало пет РЦТ-а и три нерандомизирани сту-

дии. Две студии пронашле помалку симптоми во домашна нега, а четири студии не нашле значителни разлики помеѓу различните пристапи.
- Во една студија било констатирано значително подобрување во индексот за ментално здравје кај домашната заштита. Во две од пет студии пациентите биле позадоволни во домашната нега. Три студии покажале помала реадмисија во групата за домашна нега (две имале значителни резултати). Можноста на членовите на тимот да ги посетат пациентите во домот и инкорпорирањето на состаноци на мултидисциплинарен тим во програмата се важни елементи за постигнување позитивни резултати.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Salisbury C. What is the impact of different models of care on patients´ quality of life, psychological well-being or motivation? Appropriate and cost effective models of service delivery in palliative care. Report March 1996 - July 1997. University of Bristol. Division of Primary Health Care, 1997, pp. 97-113
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988312. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Smeenk FW, van Haastregt JC, de Witte LP, Grebolder HF. Home care for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. BMJ 1998;316:1939-1944
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988745. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
5. Editors Article ID: evd00696 (016.011) © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2008 година**

ВЛИЈАНИЕТО НА СТАТУСОТ НА ТЕЧНОСТИТЕ И ТЕРАПИЈАТА СО ТЕЧНОСТИ ВРЗ ТЕРМИНАЛНИТЕ БОЛНИ

- Нема цврсти докази за корелацијата помеѓу статусот на течностите и постоењето на жед, но високото учество на натриум во серумот може да го намали нивото на свесност.
- Систематски преглед кој вклучува шест студии со вкупно 532 испитаници е истакната во DARE студијата. Постои мала поврзаност помеѓу статусот на течностите и таквата терапија и чувството на жед (3 студии). Ниту една од двете студии кои барале врска помеѓу серумскиот натриум и жедта не успеала да пронајде некаква поврзаност. Една студија не покажала поврзаност помеѓу интравенската употреба на течности и нивото на свесност, но сугерирала дека ниското ниво на свесност

е поврзано со високото ниво на серумски натриум, осмоларноста на серумот и урината. Една студија заклучила дека секрецијата во респираторниот тракт не е значително поврзана со статусот на течностите.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Viola RA, Wells GA, Peterson J. The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. Journal of Palliative Care 1997;13:41-52
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-985105. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
3. Editors Article ID: evd03078 (016.011) c 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2008 година.**

АКУТНА ЛЕУКЕМИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ

- **Основни правила**
- **Дефиниција**
- **Епидемиологија**
- **Етиологија**
- **Дијагностички критериуми**
- **Диференцијална дијагноза**
- **Клиничка слика и лабораториски наоди**
- **Основни испитувања**
- **Природен тек на болеста и прогнози**
- **Компликации**
- **Третман и следење**
- **Библиографија**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Постои сомневање за акутна леукемија кај пациенти со анемија, гранулоцитопенија, тромбоцитопенија и придружни системски симптоми, како инфекции и крвавење, особено микозно крвавење.
- Запомнете дека кај околу 10% пациенти не постојат наоди во периферната крв. Дијагноза за леукемија може да се напреви само врз основа на испитување коскена срцевина.

ДЕФИНИЦИЈА

- Акутната леукемија е хематолошка болест во која болните клетки се акумулираат во коскената срж и, во повеќето случаи, во периферната крв. Во некои случаи про-

центот на зрели (но патолошки) клетки е значаен.
- Леукемиските клетки ги напаѓаат и другите органи.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Годишно се регистрираат околу 3-4/100.000 случаи.
- Фреквенцијата е околу 2/100.000 случаи до 40-50 годишна возраст. Потоа фреквенцијата се зголемува на околу 15-20/ 100.000 до 75-годишна возраст.
- Мажите се малку почесто засегнати од жените (фреквенцијата е највисока кај млади момчиња и постари мажи.
- Околу 80% пациенти имаат акутна миелоидна леукемија (АМЛ), а 20% имаат акутна лимфоцитна леукемија (АЛЛ).

ЕТИОЛОГИЈА

- Етиологијата останува непозната за повеќето конкретни пациенти.
- Познатите ризични фактори вклучуваат: јонизирачко зрачење, органски растворувачи (посебно бензин) и некои цитотоксични лекови.
- Секундарните леукемии, кои настануваат по лечење на други канцери, стануваат се почести и претставуваат околу 10% од сите леукемии.
- Гореспомнатите фактори повеќе го зголемуваат ризикот од АМЛ отколку од АЛЛ.

ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИУМИ

- Главен критериум за акутна леукемија: заболени клетки преку 20% од коскената срцевина (нови препораки на СЗО за класификација) или преку 30% (стара ФАБ класификација).
- Според новата класификација на СЗО, АМЛ (вклучувајќи ги и поттиповите) се уште се смета за посебна група болести. АЛЛ, од друга страна, е групирана заедно со лимфомите како прекурсор б-клеточни и т-клеточни неоплазми. АЛЛ се објаснети овде, а лимфомите засебно.
- Точната дијагноза моментно се заснова на традиционалната морфологија (крвна слика, аспирација и примероци од коскена срцевина и биопсија на лимфома), како и цитохемија, имунофенотипизација, хромозомски и молекуларно биолошки испитувања.
- Прелиминарните испитувања (испитување на коскена срж, биопсија) можат да се направат во примарната заштита, но за да се координира дијагнозата, треба да се консултира хематолог во раните фази за да се испланира дијагнозата и третманот.
- АМЛ поттипови (СЗО класификација)
  - АМЛ со стандардни хромозомски промени (4 поттипа)
  - АМЛ со миелодисплазија на неколку ќелијски линии (2 поттипа)
  - Претходниот тип, но во врска со терапија (3 поттипа)
  - АМЛ, некласифициран (12 поттипа, според доминантниот клеточен тип и степен на зрелост)
- АЛЛ поттипови:
  - Болести на Б – клетки
  - Болести на Т – клетки

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- АМЛ: миелодиспластични синдроми
- АЛЛ: лимфобластични лимфоми (кај овие главниот тумор е надвор од коскената срцевина)

КЛИНИЧКА СЛИКА И ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Растечката популација на леукемиски клетки влијае на нормалната хематопоеза.
- Анемија, неутропенија, тромбоцитопенија и придружни системски симптоми како инфекции и крвавење, особено микозно крвавење.
- Абнормални клетки во периферната крв се највообичаените лабораториски наоди. Повеќето пациенти имаат леукоцитоза. Околу 10% пациенти немаат абнормални клетки во диференцијалната слика. **Дијагноза за леукемија може да се направи само со испитување на коскена срцевина.**
- Другите лабораториски тестови даваат неспецифични резултати.

ОСНОВНИ ИСПИТУВАЊА

- Крвна слика и испитување на коскена срцевина.
- Основните испитувања, вклучувајќи и аспирација на коскена срцевина, мора да се завршат во рок од неколку дена кај пациентите за кои постои сомневање дека имаат акутна леукемија. Дијагнозата и третманот се спроведуваат според распределбата помеѓу специјалистичката и примарната нега.

ПРИРОДЕН ТЕК НА БОЛЕСТА И ПРОГНОЗА

- Ако не се лекува, болеста е смртоносна и смртта настапува најчесто за неколку недели.
- Кај некои пациенти болеста напредува бавно и очекуваниот животен век е 1-2 години.

АМЛ

- Олеснување се постигнува кај 50 – 80% пациенти. Прогнозата се влошува со возраста: се излекуваат 55- 80% пациенти под 60–годишна возраст, но само 33 – 76% пациенти над 60 – годишна возраст. Средното времетраење на излекувањео е околу една година, а средниот животен век на пациентите со АМЛ е две години.
- Околу 20-40% од пациентите со АМЛ се излекувани со хемотерапија.

АЛЛ

- Средната возраст на пациентите е пониска отколку кај АМЛ.
- Олеснување се постигнува кај 70-90% пациенти, а средното времетраење на излекувањето е 18-24 месеци. Долготрајно излекување се постигнува кај 20 – 40% пациенти.
- Прогнозите се значително подобри кај пациенти со трансплантација на коскена срцевина.

КОМПЛИКАЦИИ

- Инфекции
- Крвавење
- Неуролеукемија
- Компликации од хемотерапија

ТРЕТМАН И СЛЕДЕЊЕ

- Повеќето пациенти се третираат со интензивна комбинирана хемотерапија. Терапијата се креира индивидуално, според ризикот од морталитет сврзан со секој случај. Целите на терапијата се:
  - Брзо да ја поврати нормалната хематопоеза. (индукциона терапија).
  - Да го спречат формирањето на отпорна популација на леукемиски клетки (индукциона терапија).
  - Да се елиминираат џебови кои не се опфатени со антинеопластичните лекови (радијациска терапија на централниот нервен систем).
  - Да се спречи создавање повеќекратна отпорност на лекови. (консолидациска терапија по излекување).
- Клучни лекови во третманот на АМЛ се цитарабин и антрациклини. Кај комбинациите за АЛЛ речиси секогаш се вклучени и винка алкалоиди и преднисо(ло)не.
- Кај пациенти под 40-50 години се пробува и автогена трансплантација на коскена срцевина (**ннд-С**), особено ако прогнозите за конкретниот тип на болеста се лоши. Автологна трансланација се користи како придружна терапија, иако овој третман се уште не е потполно воспоставен.
- Профилаксата на централниот нервен систем е воспоставен третман кај АЛЛ.
- Третманот се спроведува во специјализирани центри. Помалку интензивен третман е индициран кај многу стари и пациенти кои инаку се несоодветни за интензивна хемотерапија.
- Придружниот третман на акутната леукемија е напорен. Најважните компоненти се крвните продукти и третманот на инфекциите.
- Палијативниот третман на пациентите со акутна леукемија може да го спроведе општ лекар заедно со хематолог. Често е потребен болнички кревет, дури и за палијативна нега.

РЕФЕРЕНЦИ

1. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-989011. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
2. Jaffe E, Harris N, Stein H, Vardiman J. Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. IACR Press, Lyon, 2001.
3. Faderi S, Jeha S, Kantarjian H. The biology and therapy of adult acute lymphoblastic leukemia. Cancer 2003;98:1337-1354
4. Juhani Vilpo Article ID: ebm00328 (015.045) c 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 12.8.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2008 година**