

Kas yra senatvinio silpnumo sindromas?

Senatvinio silpnumo sindromo sąvoka yra palyginus nauja, atsiradusi paskutiniame 20-ojo amžiaus ketvirtyje. Projekto „ADVANTAGE JA“ partneriai sutarė vadovautis šios savokos 2015 m. Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžimu:

„Senatvinio silpnumo sindromas yra progresuojantis su senėjimu susijęs fiziologinių sistemų išsekimas, dėl kurio sumenksta fizinio pajėgumo rezervai, kas sukelia ypač didelį jautrumą stresoriams ir padidina jvairių neigiamų sveikatos padarinių riziką.“

Senatvinio silpnumo sindromas yra būklė, kurią galima pakeisti, o asmeniui grąžinti būklę be senatvinio silpnumo, ypač ankstyvose šio sindromo stadijose (Gill, 2006). Labiau pažengusios senatvinio silpnumo sindromo stadijos mažiau modifikuojamos ir, daugeliu atvejų, siekiant išvengti negalios ir priklausomumo, intervencija(-os) turi būti tiksli(-os). Senatvinio silpnumo sindromas yra laikomas progresuojančia ir potencialiai pakeičiama būkle, kuriai būdingas nuolatinis fizinio pajėgumo kitimas.

Polisergamumas, negalia ir senatvinio silpnumo sindromas dažnai naudojami kaip sinonimai pažeidžiamų vyresnio amžiaus žmonių apibūdinimui (Kan ir kt., 2008), tačiau tai nėra tas pats (Hanlon ir kt., 2018; Vetrano ir kt., 2018). Visos trys būklės pasitaiko dažnai – kartais net ir kartu – ir turi svarbių pasekmių (Fried ir kt., 2001). Polisergamumu apibrėžiama būklė, kai asmeniui tuo pačiu metu diagnozuoti du ar daugiau lėtinių sveikatos sutrikimų. Tai gali sukelti sąveiką tarp tų sutrikimų, tarp vieno sutrikimo ir gydymo rekomendacijų kitam bei tarp tiems sutrikimams išrašytų skirtingų vaistų. Dėl to polisergamumo padariniai funkcionavimui, gyvenimo kokybei ir mirtingumo rizikai gali būti kur kas didesni nei atskiri padariniai, kokių galima tikėtis esant kuriam nors vienam iš šių sveikatos sutrikimų. Funkcinis pajėgumas (įvertinamas pagal senatvinio silpnumo sindromo arba negalių buvimą) yra tikslesnis negalios ir mirties rizikos veiksnys.

Negalia yra apibendrinamasis terminas, nusakantis sutrikimus, aktyvumo ir dalyvavimo ribotumą, susijusius su neigiamais sąveikos tarp žmogaus (su tam tikra sveikatos būkle) ir su juo susijusiais (aplinkos ir asmeniniais) veiksniais (PSO, 2001). Tai įtakoja gyvenimo kokybę, gerovę, sergamumą ir kitus neigiamus padarinius. Jos prognozė yra prastesnė nei senatvinio silpnumo sindromo, ir tik nedidelė dalis atvejų yra grįžtami. Tuo tarpu senatvinio silpnumo sindromas yra grįžtama būklė, kurios ankstyvas nustatymas ir valdymas yra lemiamas siekiant išvengti negalios (Cesari, 2016).

Ar senatvinio silpnumo sindromas yra dažnas?

Senatvinio silpnumo sindromo paplitimas daugiausia priklauso nuo aplinkos, kurioje atliekamas tyrimas. Bendruomenių bendrosiose imtyse paplitimo mastas svyruoja nuo 2 proc. iki 60 proc., priklausomai nuo įvertintų žmonių amžiaus ir senatvinio silpnumo sindromo vertinimo priemonės (Collard, 2012). Projekto „ADVANTAGE“ Europos šalių bendruomenių tyrimų metaanalizė patvirtino prognozuotą 12 proc. paplitimą (O`Caoimh ir kt., 2018a).

Tyrimų ne bendruomenėse esama mažiau. Jie rodo, kad senatvinio silpnumo sindromas dažniau pasitaiko pirminės sveikatos priežiūros ir ambulatoriniame lygmenyje (daugiau nei 30 proc.) ir yra nustatomas daugiau nei 50 proc. stacionare gydomų ligonių ir daugiau nei 50 proc. ilgalaikės priežiūros įstaigų gyventojų. Remiantis „ADVANTAGE“ metaanalize, bendras paplitimas ne bendruomenės aplinkose yra keturis kartus didesnis (45 proc.) nei bendruomenėse (O`Caoimh et al, 2018a).

Kadangi senatvinio silpnumo sindromas yra labai susijęs su amžiumi, turėtume tikėtis naujų senatvinio silpnumo sindromo atvejų skaičiaus augimo (pirminis sergamumas), nes auga Europos gyventojų amžiaus vidurkis. Nepaisant to, trūksta tikslios informacijos apie tai, kiek atvejų galima būtų tikėtis „ADVANTAGE JA“ valstybėse narėse. Nepaisant dinamiško senatvinio silpnumo sindromo pobūdžio, labai trūksta tęstinių duomenų apie senatvinio silpnumo sindromo vytymsi ir progresavimą laikui bėgant (Galluzzo ir kt., 2018). Keli pirminio sergamumo tyrimai iš „ADVANTAGE JA“ sisteminės apžvalgos rodo didelį rezultatų nehomogeniškumą dėl reikšmingų amžiaus, imties dydžio ir stebėjimo trukmės skirtumų (Galluzzo ir kt., 2018). Po trejų metų stebėjimo, trijuose iš šešių Europos tyrimų naujų senatvinio silpnumo sindromo atvejų dalis svyruoja nuo 3,9 proc. vyresnių nei 65-rių metų suaugusiųjų tarpe Vokietijoje iki 7,5 proc. vyresnių nei 60-ties metų suaugusiųjų Ispanijoje (Galluzzo ir kt., 2018).

Kokios yra senatvinio silpnumo sindromo pasekmės?

Senatvinio silpnumo sindromas gali daryti didelį poveikį jį turintiems asmenims, jų šeimoms, sveikatos ir jos priežiūros sistemoms bei visuomenei.

- Jis siejamas su didesne rizika neigiamiems sveikatos padariniams, tokiems kaip griuvimai, hospitalizavimas, negalia bei mirtis. Neigiamų padarinių numatomoji vertė buvo patvirtinta nepriklausomai nuo naudotų vertinimo priemonių, tiriamų grupių bei aplinkos.
- Jis daro įtaką klinikiniam lėtinių ligų gydymui ir būklėms, kurioms reikalingas specialus gydymas, įskaitant operacijas, onkologines ligas ir inkstų pakaitinę terapiją.
- Jis išskiria žmonių grupes, kurioms reikia papildomos socialinės paramos ir kurioms priklausomybės rizika yra didesnė.
- Kai kurie duomenys rodo, kad senatvinio silpnumo sindromas didele dalimi prisideda tiek prie padidėjusio sveikatos priežiūros išteklių naudojimo, tiek ir prie išvengiamų sąnaudų, susijusių su lėtinėmis ligomis ir polisergamumu (Castro-Rodríguez, 2016; Rodríguez-Sánchez, 2017).

Kaip išvengti senatvinio silpnumo sindromo?

Svarbu skatinti sveiką gyvenseną, pavyzdžiui, didinti fizinį aktyvumą ir mažinti sėdėjimą, mažinti rūkymą ir alkoholio vartojimą, taip pat gerinti mitybą su tikslu pasiekti ir išlaikyti sveiką svorį vidutiniame amžiuje, pagerinti sveikatą ir sumažinti senatvinio silpnumo sindromo pasireiškimo riziką vėlesniame gyvenime (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Vis dėlto, visapusiškas visuomenės sveikatos senatvinio silpnumo sindromo prevencijos metodas (FPA) turėtų apimti prevencijos vyresniame amžiuje strategijas (Fried, 2012), kurios šiame amžiuje taip pat yra efektyvios.

Viduržemio jūros dieta (kai vartojama daug didelę maistinę vertę turinčio maisto, tokio kaip vaisiai ir daržovės, neskaldyti grūdai ir riebi žuvis, o sočiųjų riebalų vartojama mažai) gali užkirsti kelią senatviniam silpnumo sindromui (Goisser, 2016).

Atlikta daug stebimųjų tyrimų, rodančių jog socialiniai veiksniai, tokie kaip išsilavinimas (Mello ir kt., 2014; Young ir kt., 2016), pajamos (Guessous ir kt., 2014; Mello ir kt., 2014) ir šeiminė padėtis (Young ir kt., 2016) gali įtakoti senatvinio silpnumo sindromo vystymąsi. Senatvinio silpnumo sindromo prevencija turi remtis daugialype taktika, įskaitant žalingų aplinkos veiksnių, kurių dalis visą gyvenimą gali daryti poveikį sveikatai, šalinimą (Young et al, 2016 m.).

Kaip galima atlikti patikrą dėl senatvinio silpnumo sindromo?

Senatvinio silpnumo sindromo diagnozės nustatymo procesas turi būti grindžiamas dviejų etapų metodu, kurį sudaro greitos patikros taikymas siekiant nustatyti galimai senatvinio silpnumo sindromą turinčius asmenis ir visapusiškesnis įvertinimas diagnozės patvirtinimui (Rodríguez-Laso ir kt., 2018). Nustatyta, kad senatvinio silpnumo sindromo patikrai šeimos gydytojai yra tinkamiausi sveikatos priežiūros specialistai (Lette ir kt., 2015). Nepaisant to, šios rekomendacijos taikymas turėtų būti priderinamas kiekvienai atskirai aplinkai ir gyventojų grupei.

„ADVANTAGE JA“ pritaria įrodymais grįstai rekomendacijai atlikti gretutinę patikrą visų vyresnių nei 70 metų asmenų, gaunančių sveikatos priežiūros paslaugas bet kuriame sistemos lygmenyje (Morley, 2013).

Siūloma įvairių senatvinio silpnumo sindromo patikros priemonių. Nesant „auksinio standarto“, senatvinio silpnumo sindromo patikros ir diagnozės nustatymo priemonė turi būti parenkama pagal tiriamų gyventojų charakteristikas, vertinimo tikslus ir kontekstą (Cesari, 2016). „ADVANTAGE JA“ siūlo naudoti patikros priemones, atitinkančias šiuos keturis reikalavimus:

- nedidelės trukmės (užtrunka ne ilgiau nei 10 minučių);
- nereikalinga speciali įranga;
- patvirtinta (validizuota);
- skirta patikrai.

Šiuos reikalavimus atitinkančios priemonės (ADVANTAGE JA SoAR, 2017):

- „*The Clinical Frailty Scale*“ (CFS);
- „*Edmonton Frail Scale*“ (EFS);
- „*Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness, Loss of Weight Index*“ (FRAIL Index);
- „*Inter-Frail*“;
- „*Prisma-7*“;
- „*Sherbrooke Postal Questionnaire*“;
- „*Short Physical Performance Battery*“ (SPPB);
- „*Gait Speed or Study of Osteoporotic Fractures (SOF) Index*“.

Yra ir kitų priemonių, pavyzdžiui, „SUNFRAIL“ priemonė („D 6.2: Sunfrail“ priemonės senatvinio silpnumo sindromo ir polisergamumo nustatymui, prieinamos svetainėje www.sunfrail.eu).

Elektroninių senatvinio silpnumo sindromo indeksų (eFI) taikymas vertinant senatvinio silpnumo sindromą sudarančius kintamuosius iš paciento elektroninių sveikatos įrašų, yra greitas, paprastas ir patvirtintas patikros dėl senatvinio silpnumo sindromo metodas pirminėje sveikatos priežiūroje. Toks metodas buvo išbandytas Jungtinėje Karalystėje, Australijoje ir JAV (Ambagtsheer ir kt., 2019; Boyd ir kt., 2019; Pajewski ir kt., 2019; Stow ir kt., 2018).

Gyventojų patikra dėl senatvinio silpnumo sindromo suteiktą galimybę imtis veiksmų ankstyvose stadijose, kai tikimybė grįžti į pradinę (be senatvinio silpnumo sindromo) būseną ar bent jau sustabdyti būklės progresavimą yra didesnė. ES finansavo ir tebefinansuoja projektus ir iniciatyvas, projekto „ADVANTAGE JA“ partnerių šalyse, atskleidžiančius senatvinio silpnumo sindromo patikros metodų pirminėje sveikatos priežiūroje arba bendruomenėje priimtinumą ir įgyvendinamumą, tačiau nėra jokių patikros programų įvertinimų.

Kaip diagnozuoti senatvinio silpnumo sindromą?

Kadangi senatvinio silpnumo sindromo diagnozės nustatymo tikslas yra fizinių funkcijų silpnėjimo ir negalios prevencija, pacientų, kuriems nustatyta negalia, senatvinio silpnumo sindromo būsenos vertinimas yra ginčytinas klausimas (Rodriguez Mañas, 2017). Vyresnio amžiaus suaugusiųjų be negalios senatvinio silpnumo sindromas turi būti nustatomas patvirtintu testu (diagnostine priemone). „ADVANTAGE JA“ siūlo šias senatvinio silpnumo sindromo diagnostavimo priemones:

- patvirtintą Senatvinio silpnumo sindromo Indeksą, pagrįstą senatvinio silpnumo sindromo kaupiamojo deficito modeliu (*Frailty Index, FI*),
- „*Frailty Phenotype of the Cardiovascular Health Study*“ (CHS) arba
- „*Frailty Trait Scale*“ (FTS).

FI ir FTS leidžia sekti senatvinio silpnumo sindromo raidą.

Kaip galima valdyti senatvinio silpnumo sindromą?

Kitas žingsnis po diagnozės nustatymo yra senatvinio silpnumo sindromo valdymas. Siekiant tinkamai valdyti senatvinio silpnumo sindromą individualiu lygmeniu, reikia atlikti išsamų geriatrinį ištyrimą, o tada sudaryti individualiai pritaikytą priežiūros ir paramos planą, kuriame būtų atsižvelgiama į esamus bei numatomus poreikius ir priežiūros prioritetus, įskaitant patarimus dėl fizinio aktyvumo, griuvimo rizikos mažinimą, tinkamą mitybą, vaistų peržiūrą ir paramos slaugytojams poreikio įvertinimą (žr. 1 pav. ir 1 langelį). Šie komponentai yra glaustai aprašyti toliau:

Išsamus geriatrinis ištyrimas (angl. *Comprehensive Geriatric Assessment, CGA*)

Išsamus geriatrinis ištyrimas ir prie individualių poreikių priderintas priežiūros planas yra „auksinis“ senatvinio silpnumo sindromo valdymo standartas (Morley, 2013), o taip pat ir tarptautiniu mastu pripažintas vyresnio amžiaus žmonių vertinimo ir valdymo klinikinėje praktikoje visame pasaulyje metodas.

Išsamus geriatrinis ištyrimas yra procesas, apimantis daugialypį holistinį vyresnio amžiaus žmogaus sveikatos ir gerovės įvertinimą bei padedantis sukurti reguliariai peržiūrimą ir atnaujinamą priežiūros

ir paramos planą. Jis įgalina konkrečių veiksmų, kurių turi imtis įvairūs specialistai (skirtingų sričių specialistų komanda), struktūrizavimą priklausomai nuo nustatytų problemų ir gydymo tikslų, išskeltų senatvinio silpnumo sindromą turinčiam asmeniui ir jos/jo globėjui.

Mankšta/ fizinis aktyvumas

Siekiant sumažinti senatvinio silpnumo sindromą, reikia imtis priemonių vienos iš pagrindinių jo rizikos veiksnių - aktyvumo stokos – atžvilgiu. Buvo įsitikinta intervencijų, nukreiptų į fizinį aktyvumą, veiksmingumu atitolinant ir net išgydant ir senatvinio silpnumo sindromą, ir negalios simptomus.

Yra įrodymų apie teigiamą daugiakomponentės mankštos programos poveikį senatvinio silpnumo sindromą turinčių žmonių funkciniam pajėgumams ir bendrai sveikatos būklei. Dažniausiai pasitelkiamą programą sudaro lengvo-vidutinio intensyvumo 30 - 45 minučių trukmės ištvermės, lankstumo, pusiausvyros ir kardiovaskulinio atsparumo treniruotės tris kartus per savaitę. Panašu, kad mankšta yra efektyvesnė ankstyvose senatvinio silpnumo sindromo stadijose nei vėlesnėse (Theou, 2011)

Be to, keli klinikiniai tyrimai parodė, kad senatvinio silpnumo sindromo simptomus mažina struktūrizuotos treniravimosi programos, apimančios jėgos treniruotes, kurias sudaro mažos-vidutinės treniruočių apkrovos (nuo 30 proc. – mažo – iki 60-70 proc. – vidutinio – maksimalaus intensyvumo). Tyrimų trukmė buvo labai įvairi: nuo minimalios aštuonių savaičių iki maksimalios vienerių su puse metų, tačiau net ir trumpiausios trukmės tyrimai parodė jėgos padidėjimą (Cadore, 2013; Pahor, 2014).

Susitelkiant į pusiausvyros, jėgos ir judrumo gerinimą bei išlaikymą, fizinis aktyvumas taip pat gali sušvelninti kai kurias su senatvinio silpnumo sindromu susijusias pasekmes, o labiausiai – suretinti dažnai pasitaikančius griuvimus.

Esama įrodymų, kad fizinis aktyvumas yra efektyvesnis, kai yra derinamas su mitybos programa (Theou, 2011).

Mityba

Pakanka įrodymų apie mitybos sąsajas su senatvinio silpnumo sindromu bei tai, kad laikantis tinkamo mitybos plano sumažinama senatvinio silpnumo sindromo atsiradimo rizika. Taigi, reikia įvertinti senatvinio silpnumo sindromą turinčių pacientų mitybą kuria nors patvirtinta priemone, pavyzdžiui Trumpąja mitybos anketa (angl. *Mini Nutritional Assessment, MNA*), ir rekomenduoti tinkamą mitybos planą.

Kalbant apie mirtingumą ir bendrą sveikatos būklę, įrodymai patvirtina, jog geriausių rezultatų galima pasiekti, jeigu vyresnio amžiaus žmogaus kūno masės indeksas (KMI) yra 25-29,9. Kai svorio metimas yra naudingas, KMI yra didesnis nei 30 kg/m², o amžius tarp 65 ir 80 metų, rekomenduojama numesti 8-10 proc. kūno svorio per 6 mėnesius, būtinai derinant su fiziniu aktyvumu (jėgos treniruotėmis raumenų masės išlaikymui). Nėra svarių įrodymų, kad vyresniems nei 80-ties metų žmonėms arba sunkios sveikatos būklės vyresnio amžiaus žmonėms būtų naudingas svorio metimas, todėl jiems galima duoti patarimų tik dėl sveikos mitybos ir, jeigu įmanoma, mankštos raumenų masės išlaikymui (Porter Starr ir kt., 2015).

Vyresnio amžiaus suaugusiesiems, kurių KMI <23 kg/m², patariama vartoti didelės energinės ir maistinės vertės produktus ir dalyvauti (jėgos) treniruotėse, kad pamažu didėtų kūno, o ypač raumenų, masė (Porter Starr ir kt., 2015).

Vyresnio amžiaus suvartojantys daugiau baltymų žmonės lėčiau praranda lieso kūno masę; mesdami svorį, jie praranda jo mažiau, o priaugdami svorio – labiau padidina raumenų masę (Houston ir kt., 2008). Suvartojant 1,5 g baltymų vienam kūno kilogramui per dieną, pasiekiami geriausių rezultatų užkertant kelią sarkopenijai ir senatvinio silpnumo sindromui, kas vyresnio amžiaus asmenims, kurie turi senatvinio silpnumo sindromą arba kuriems jis gresia ir kurie susiduria su nepakankamos mitybos rizika, sudarytų 0,8 ir 1,2 g baltymų vienam kūno kilogramui per dieną (Park ir kt., 2018).

Senatvinio silpnumo sindromą turintys vyresnio amžiaus pacientai, kuriems gresia didelė griuvimų arba lūžių rizika ir kurių 25-OH vitamino D lygis < 30 ng/ml, turi gauti nuo 20 iki 25 µg per dieną (800 - 1000 IU per dieną) vitamino D dozę (Bruyère, 2017).

Esama I lygio įrodymų, kad senatvinio silpnumo sindromo valdymui kur kas palankesnė mityba, derinama su treniruočių programa (Theou, 2011).

Daugybinis medikamentų vartojimas

Daugybinis medikamentų vartojimas yra susijęs su senatvinio silpnumo sindromu (Lorenzo-López ir kt., 2018; Veronese ir kt., 2017) ir padidėjusiu senatvinio silpnumo sindromą turinčių vyresnio amžiaus žmonių mirtingumo, negalios, hospitalizavimo ir apsilankymų skubios pagalbos skyriuje dažniu. Be to, senatvinio silpnumo sindromas padidina šalutinio vaistų poveikio riziką.

Siekiant optimizuoti sveikatos būklę, šių pacientų grupių daugybinis medikamentų vartojimas (ypač kai vartojama daugiau nei 10 vaistų) turi būti stebimas (Bonaga ir kt., 2017).

Vienos ligos gairių taikymas dažnai apsunkina vyresnio amžiaus žmonių gydymą, gali padidėti kelių vaistų bei vaistų ir ligos sąveikos rizika, prasto gydymo režimo laikymosi ir nepageidaujamų reakcijų į vaistus rizika (Marengoni ir kt., 2014). Netinkamo daugybinio medikamentų vartojimo mažinimo priemonės ir strategijos turi būti taikomos siekiant sumažinti žmonių su senatvinio silpnumo sindromu gydymo sąnaudas bei šalutinius vaistų poveikius (Morley ir kt., 2013). Vienos plačiausiai naudojamų priemonių yra: *Beers* kriterijai, *STOPP-START* metodika ir *Laroche* kriterijai (Kaufmann ir kt., 2014).

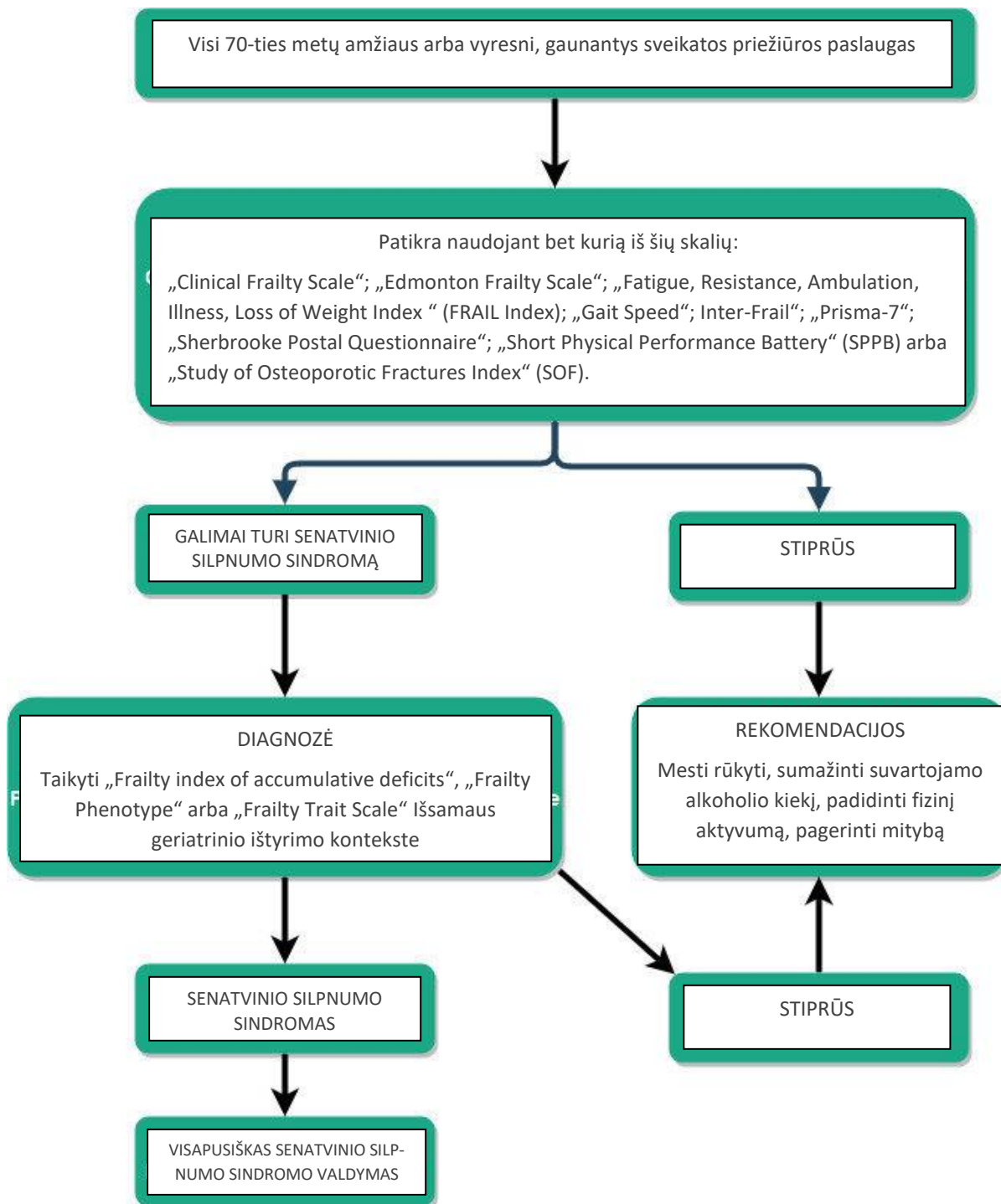
Imunizacija

Ekspertai rekomenduoja skiepyti žmones, turinčius senatvinio silpnumo sindromą. Skiepavimo rekomendacijos ES šalyse skiriasi, kas tik iš dalies paaiškinama skirtingomis epidemiologinėmis aplinkybėmis. Todėl pageidautina dėti daugiau pastangų siekiant suderinti tokią imunizaciją (Weinberger, 2018). Pacientai, turintys senatvinio silpnumo sindromą, turi būti reguliariai siunčiami skiepjimui į jų pirminės sveikatos priežiūros centrus.

Informacijos ir ryšių technologijos (IRT)

IRT gali padėti įveikti senatvinio silpnumo sindromą turinčių vyresnio amžiaus žmonių sunkumus bei gali vaidinti svarbų vaidmenį suteikiant vyresnio amžiaus žmonėms galimybę išlikti nepriklausomais namuose, padėti globėjams, palengvinti nuotolinę stebėseną ir savarankišką rūpinimąsi sveikata, padėti priimti sprendimus ir pagerinti dalijimąsi informacija bei paslaugų koordinavimą. Be išvardytų privalumų, IRT taip pat gali pagerinti gyvenimo kokybę, bendrą gerovę, skatinti socialinius ryšius ir bendravimą, fizinį aktyvumą ir treniravimąsi, mitybą bei padėti kitose kasdienėse veiklose (Morley ir kt., 2013).

1 pav.: Senatvinio silpnumo sindromo valdymo individualiu lygmeniu algoritmas



1 lentelė: Visapusiškas klinikinis senatvinio silpnumo sindromo valdymas

1 lentelė: Visapusiškas klinikinis senatvinio silpnumo sindromo valdymas

- Išsamus geriatrinis ištyrimas padeda sukurti prie individualių poreikių pritaikytą priežiūros planą ir atlikti prie individualių poreikių pritaikytą daugiakomponentę intervenciją.
- Siekiant tinkamai gydyti gretutines ligas, reikia atsižvelgti į senatvinio silpnumo sindromo stadiją.
- Sudarykite struktūrizuotas daugiakomponentes treniruočių programas (su ištvėmės, lankstumo, pusiausvyros ir pasipriešinimo treniruotėmis). Šios treniruotės turi būti mažo ar vidutinio intensyvumo, 30-45 minučių trukmės, tris kartus per savaitę. Po jų arba vietoj jų turi vykti jėgos treniruočių programos – mažiausiai 8-ių savaičių ir vidutinio ar didelio krūvio (nuo 8 iki 12 pakartojimų, nuo 30 proc. - 60-70 proc. maksimalaus intensyvumo).
- Įvertinkite ir optimizuokite mitybą (Trumpoji mitybos anketa).
- Imkitės priemonių netinkamų vaistų ir gausaus medikamentų vartojimo rizikos mažinimui (*Beers* kriterijai, *STOPP/START* arba *Laroche* kriterijai).
- Kai yra naudinga numesti svorio – jeigu KMI ≥ 30 kg/m², o amžius yra tarp 65 ir 80 metų – patarkite numesti 8-10 proc. kūno svorio per 6 mėnesius, būtinai derinant su treniruotėmis (pasipriešinimo treniruotėmis raumenų masės išlaikymui).
- Vyresnio amžiaus pacientams su senatvinio silpnumo sindromu, kuriems gresia didelė griuvimų ar lūžių rizika esant 25-OH vitamino D lygiui < 30 ng/ml apsvaistykite papildomą 20 - 25 µg per dieną (800 - 1000 IU per dieną) vitamino D vartojimą.
- IRT sprendimus taip pat reikėtų apsvaistyti ir rekomenduoti siekiant didesnės savikontrolės ir savarankiškumo.

Kokius komponentus turi adaptuoti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemos senatvinio silpnumo sindromo valdymui?

Integruota priežiūra yra veiksminga priemonė pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus žmonėms, turintiems lėtinių ir kompleksinių fizinės ir psichinės sveikatos sutrikimų. Nors kelios integruotos priežiūros programos buvo specialiai sukurtos senatvinio silpnumo sindromo prevencijai ir valdymui, tačiau tai yra sudėtingas daugialypis sindromas, reikalaujantis gerai koordinuotų priemonių, į kurias būtų įtraukiama daug sveikatos priežiūros, socialinių, būsto ir bendruomenės sektorių paslaugų tiekėjų.

18-kos visapusiškų integruotos priežiūros programų žmonėms su gretutinėmis ligomis arba senatvinio silpnumo sindromu sisteminė apžvalga parodė pagerėjusią su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, funkcinę būklę ir pasitenkinimą priežiūra, tačiau mažesnio naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis arba kaštų sumažėjimo nenustatyta (Hopman ir kt., 2016). Septyni iš devynių integruotos pirminės vyresnio amžiaus žmonių su senatvinio silpnumo sindromu priežiūros tyrimų parodė mažesnį naudojimąsi ligoninės ir/ ar ilgalaikės priežiūros paslaugomis (Béland ir kt., 2011). Pagrindiniai šių priežiūros modelių komponentai yra panašūs į „Gretutinio sergamumo priežiūros modelio“ elementus, kurį sukūrė Bendrųjų veiksmų programos „Lėtinių ligų prevencijos ir sveiko senėjimo visą gyvenimą skatinimas“ (CHRODIS) (Navickas ir kt., 2016). Jie taip pat atitinka fizinių pajėgumų sumažėjimo valdymo intervencijų bendruomenių lygiu Integruotos vyresnio amžiaus žmonių priežiūros (ICOPE) gaires (PSO, 2017).

Šie įrodymai padeda apibrėžti senatvinio silpnumo sindromą kaip lėtinę būklę/ sindromą, reikalaujantį mokymo ir savikontrolės paramos tiek vyresnio amžiaus žmonėms, tiek jų globėjams (Harrison ir kt., 2015). Vis dėlto, integruotai senatvinio silpnumo sindromo priežiūrai reikia veiksmingos lėtinės priežiūros bei, papildomai, galimybių suteikimo ir reabilitacijos siekiant optimizuoti funkcionavimą, ypač sveikatos būklės pablogėjimo atvejais arba judant tarp namų, ligoninės ar slaugos namų.

Pagrindiniai integruoto priežiūros ir paramos modelio, skirto senatvinio silpnumo sindromo prevencijai ir valdymui, komponentai (Hendry ir kt., 2018) yra šie:

- bendras prieigos punktas bendruomenėje, paprastai pirminėje sveikatos priežiūroje;
- paprastų senatvinio silpnumo sindromui pritaikytų patikros priemonių naudojimas;
- išsamus įvertinimas ir individualioms reikmėms pritaikyti priežiūros planai, nukreipti į modifikuojamus fizinius, psichologinius, kognityvinius bei socialinius veiksnius;
- tarpdisciplininės komandos tikslingos intervencijos tiek ligoninėse, tiek bendruomenėje, suderinamos su asmenų bei jų globėjų tikslais ir aplinkybėmis;
- atvejo valdymas ir paslaugų teikėjų paramos koordinavimas;
- efektyvus perėjimų tarp priežiūros komandų ir situacijų valdymas;
- bendros elektroninės informacijos priemonės ir technologijomis grindžiami priežiūros sprendimai;
- aiški paslaugų tinkamumo ir priežiūros procesų politika ir tvarka.

Visi priežiūros paslaugų teikėjai turi būti remiami, kad galėtų įgyvendinti reikiamus pakeitimus priežiūros teikime ir užtikrinti, kad daugiau dėmesio būtų skiriama tokiems rezultatams, kaip priežiūros patirtis, gyvenimo kokybė bei galimybė dalyvauti visuomenės gyvenime.

Įvertinti tokias kompleksines intervencijas yra sudėtinga, o tyrimai retai vykdomi pakankamai ilgą laikotarpį, kad būtų galima stebėti optimalų poveikį. Palyginti su integruotų intervencijų tyrimais konkrečiuose priežiūros etapuose, santykinai trūksta tyrimų organizaciniu ir sistemos lygmeniu (Briggs ir kt., 2018). Reikia atlikti daugiau integruotos žmonių su senatvinio silpnumo sindromu priežiūros tyrimų visoje sistemoje.

Koks tarpinės ir pereinamosios priežiūros vaidmuo integruotame priežiūros modelyje?

Tarpinę ir pereinamąją priežiūrą sudaro platus ribotos trukmės paslaugų spektras – nuo reagavimo į krizes iki kelių savaičių ar mėnesių paramos, kuria siekiama užtikrinti priežiūros tęstinumą ir kokybę, taip pat išgijimo skatinimas ligoninės ir namų, slaugos ir pirminės priežiūros įstaigų bei bendruomenės paslaugų sandūroje. Šios paslaugos gali būti ypač naudingos asmenims, kurių paramos poreikiai ar aplinkybės yra sudėtingos, kurie yra pažeidžiami dėl sveikatos ar funkcinės būklės pablogėjimo, arba kuriems gresia didesnė pakartotinio stacionarizavimo ligoninėje ar ilgalaikės priežiūros rizika.

Tarpinė priežiūra, namuose arba tarpinės priežiūros įstaigose, siekiama padidinti ar atkurti savarankiškumą ir pasitikėjimą savimi arba užkirsti kelią funkcinių pajėgumų mažėjimui kintant sveikatos būklei.

Pereinamosios priežiūros paslaugos yra tarpinės priežiūros pogrupis, kurio tikslas yra įgalinti saugius, koordinuotus ir savalaikius perėjimus tarp priežiūros aplinkų.

Tarpinę priežiūrą geriausiai teikia tarpdisciplininė komanda integruotoje sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje, susiejančioje įvairius paslaugų teikėjus ir priežiūros lygius priežiūros ir paramos bendradarbiavimo tinkle, apimančiame ir partnerius iš bendruomenės bei savanorių tarpo. Bendras prieigos punktas padeda optimizuoti paslaugų prieinamumą, komunikaciją ir priežiūros koordinavimą.

Specialistai turi pasitelkti sąryšinius metodus, kūrybiškus sprendimus ir paprastas technologijas, teikiančius paramą ir įgalinančius pacientus, jų šeimas ir globėjus pilnai dalyvauti planuojant priežiūrą, nustatant tikslus bei stebint nuo ankstyvų stadijų. Daugialypių intervencijų pobūdis, trukmė ir intensyvumas turi būti pritaikytas asmens poreikiams, bendradarbiaujant su jo šeima ir globėjais; kol tęsiasi sveikatos pablogėjimas, gali būti taikomas ir atvejo valdymo metodas.

Daugėja aiškių įrodymų, kad daugybė pereinamosios ir tarpinės priežiūros pavyzdžių yra veiksmingi ir gali reikšmingai prisidėti prie vyresnio amžiaus žmonių sveikatos pagerėjimo bei sveikatos priežiūros sistemos. Kad būtų veiksmingos, paslaugos turi būti pakankamai pajėgios ir atliepančios, grindžiamos tinkamomis žiniomis, būti aiškiai valdomos ir turėti švietimo bei mokymų galimybių, kad padėtų komandos nariams bendradarbiauti ir nuolat gerinti paslaugų kokybę bei rezultatus žmonėms ir priežiūros sistemoms.

Yra svarių įrodymų, kad tarpinės priežiūros paslaugos gali pagerinti funkcinę būklę ir sumažinti nepageidaujamų įvykių, tame tarpe ankstyvų pakartotinių guldymų į ligoninę, kurių šiaip galima būtų išvengti (Mas ir kt., 2018) bei priešlaikinių guldymų į ilgalaikės priežiūros įstaigas, skaičių (Goodwin ir kt., 2018). Yra daugiau tarpinės priežiūros, teikiamos namuose, įrodymų (Mas ir kt., 2017) nei intervencijų stacionaruose (Herfjord ir kt., 2014). Tarpinė priežiūra yra nedaug kainuojanti mažos apimties intervencija, daranti didelį tiek trumpalaikį, tiek ir vidutinės trukmės poveikį, ypač jei, dalyvaujant tarpdisciplininei komandai, yra taikoma namuose siekiant suteikti savarankiškumo galimybių ir sumažinti žalą.

Nors pereinamoji priežiūra yra santykinai nebrangi ir potencialiai didelės apimties intervencija, galinti sumažinti vyresnio amžiaus žmonių ankstyvų pakartotinių paguldymų į ligoninę, kurių galima išvengti, skaičių, pereinamosios priežiūros poveikis tokiems rezultatams kaip funkciniai pajėgumai, savarankiškumas ir sveikatos bei socialinės priežiūros kaštai nėra aiškūs (Courtney ir kt., 2009).

Kokia yra sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų minimali kompetencija, įgalinanti įveikti senatvinio silpnumo sindromo iššūkius?

Mokslinės literatūros iki 2019 m. paieška parodė, kad dar labai stinga literatūros ir dokumentų, susijusių su sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų mokymu apie senatvinio silpnumo sindromą ir polisergamumą. Tai rodo, kad senatvinio silpnumo sindromo prevencija nėra laikoma akademinių programų prioritetu. Šiose programose taip pat nekreipiama dėmesio į integruotos priežiūros teikimą, kas yra itin svarbu senatvinio silpnumo sindromo valdymui. Norint užpildyti šią spragą, specialistai turi būti parengti trijose plačiose kompetencijos srityse: geriatrijoje, tarpprofesinėje praktikoje ir tarporganizaciniame bendradarbiavime (Sunfrail, 2018). Tai taip pat pabrėžė SAPEA (Europos akademijų, teikiančių mokslines konsultacijas politikos klausimais, konsorciumas) pranešime „Transformuojant senėjimo ateitį“ (angl. *Transforming the Future for Ageing*), publikuotame 2019 m. gegužę.

Be gebėjimų teisingai nustatyti, patikrinti, įvertinti ir valdyti senatvinio silpnumo sindromą, reikalingi įvairiapusiški organizaciniai ir strateginiai požiūriai. Jie suponuoja daugiadisciplininių komandų sudarymą, integruotą ir koordinuotą priežiūrą, IRT priemonių ir į asmenį orientuoto požiūrio pasitelkimą. Idealiu atveju, švietimas ir mokymai turi būti organizuojami tęstinio ir integruoto proceso metu, o juos paremti turėtų nacionalinės bei regioninės strategijos ir papildyti įvertinimo ir kokybės kontrolės mechanizmai. Bendruomenės veikėjų apmokymas yra labai svarbus senatvinio silpnumo sindromo nustatymui ankstyvose stadijose ir žmonėse, neprieinančiuose prie specialistų konsultacijų ar paslaugų.

Kokios būsimos senatvinio silpnumo sindromo tyrimų sritys?

Reikia tęsti mokslinius tyrimus ne tik tam, kad būtų galima geriau suprasti senatvinio silpnumo sindromo pobūdį, bet ir tam, kad būtų pagerintos patikros ir diagnostinės priemonės, o taip pat patikrintas intervencijų veiksmingumas. Pagrindinės nustatytos mokslinių tyrimų spragos yra šios:

- Fundamentiniuose moksliniuose tyrimuose aktualiausi klausimai yra vos pastebimų sisteminių sutrikimų, iš kurių gali išsivystyti senatvinio silpnumo sindromas, nustatymas ir rizikos modelių apibrėžimas derinant įvairias „–omikas“ (Erusalimsky ir kt., 2016; Lin ir kt., 2017). Svarbi problema yra veiksniai, susiję su progresuojančiu raumenų masės ir jėgos praradimu (Calvani ir kt., 2018), įskaitant širdies raumenį (Bellumkonda ir kt., 2017).
- Epidemiologijos srityje Europos šalių senatvinio silpnumo sindromo paplitimo, pirminio sergamumo ir trajektorijų (įskaitant jas skatinančius veiksnius) tyrimai turi būti vystomi pasitelkiant racionalų bendrąjį metodologinį požiūrį.
- Reikia daugiau tyrimų apie lauko ir patalpų oro kokybės poveikį senatvinio silpnumo sindromui (García-Esquinas ir kt., 2017), ypač apie mikroklimato reguliavimo įrangos slaugos namams poveikį (Bentayeb ir kt., 2015).
- Kalbant apie įvertinimą ir gydymą, būtina žinoti, kurios patikros ir diagnostinės skalės geriausiai tinka įvairiose situacijose.
- Kai kurie autoriai teigia, kad egzistuoja polinkio į senatvinio silpnumo sindromą būseną – daugiaveiksnią ir daugiadinaminę būseną, potencialiai sugažinama į sveiką prieš atsirandant senatvinio silpnumo sindromui. Tokios būsenos asmenims gresia didelė senatvinio silpnumo sindromo išsivystymo ir nepageidaujamų sveikatos reiškinių, pavyzdžiui, negalios, hospitalizacijos, guldymo į gydymo įstaigas ir mirties, atsiradimo rizika. Ši tema išlieka ginčytina dėl jos klinikinių padarinių ir reikalauja daugiau mokslinių tyrimų.
- Reikėtų atlikti daugiau klinikinių tyrimų, siekiant išsiaiškinti, ar Viduržemio jūros dieta, svorio metimas, vitamino D ir baltymų vartojimas, psichotropinių vaistų atsisakymas, daugybinio medikamentų vartojimo kontrolė ir tokių priemonių kaip *MNA*, *STOPP-START*, *BEERS* ir *Laroché* kriterijų naudojimas yra efektyvi senatvinio silpnumo sindromo prevencija arba gydymas. Šiuose tyrimuose turėtų būti įvertinti konkretesni rezultatai.
- Reikia toliau tirti IRT priemonių tinkamumą vyresnio amžiaus žmonėms senatvinio silpnumo sindromo valdymui, jų veiksmingumą bei ekonominę efektyvumą įvairiose situacijose.
- Reikia daugiau tyrimų, kad būtų galima nustatyti efektyviausias bendruomenės sveikatos bei socialinės priežiūros intervencijų kombinacijas senatvinio silpnumo sindromui ir suprasti, kuriose stadijose šie metodai naudingiausi žmonėms.
- Reikia tinkamai parengtų klinikinių tyrimų išsamaus geriatrinio ištyrimo (CGA) taikymo vyresnio amžiaus žmonėms su senatvinio silpnumo sindromu teikiant tarpinės priežiūros paslaugas, veikiančias sandūroje tarp ligoninės ir bendruomenės.
- Reikia atlikti daugiau tyrimų apie integruotos priežiūros senatvinio silpnumo sindromui įgyvendinimą visoje sistemoje.
- Turi būti finansuojama daugiau vietinių, nacionalinių ir Europinių projektų, skirtų darbuotojų švietimui/ mokymui.

Pagrindinės išvados

Toliau pateikiamos pagrindinės sisteminių konsorciumo atliktų apžvalgų išvados.

1. Senatvinio silpnumo sindromas yra geriatrinis sindromas, kuriam būdingas progresuojantis su senėjimu susijęs fiziologinių sistemų išsekimas, dėl kurio sumažėja funkcinų rezervų ir fizinių pajėgumų resursai, kas sukelia smarkiai padidintą jautrumą stresoriams ir padidina įvairių neigiamų padarinių sveikatai riziką (PSO apibrėžimas, kurį palaiko „ADVANTAGE JA“).
2. Polisergamumas, negalia ir senatvinio silpnumo sindromas yra skirtingos klinikinės būklės, kurios yra susijusios priežastiniais ryšiais ir gali sutapti. Visos trys būklės pasitaiko dažnai ir turi reikšmingų klinikinių pasekmių. Iš tikrųjų gyvenimo kokybę labiausiai įtakoja funkcionavimas, o ne liga, o geriausias prognozavimo rodiklis yra senatvinio silpnumo sindromas.
3. Senatvinio silpnumo sindromas labai dažnai pasitaiko, nors informacija apie paplitimą labai skiriasi priklausomai nuo tokių veiksnių, kaip naudojami apibrėžimai, tiriamų gyventojų amžius ir naudojamos senatvinio silpnumo sindromo vertinimo priemonės/ klasifikacijos. Bendras senatvinio silpnumo sindromo paplitimas, siekiantis maždaug 18 proc. visų vyresnių nei 65-rių metų amžiaus gyventojų (12 proc. tarp bendruomenės gyventojų ir 45 proc. ligoninėse/ įstaigose) atrodo yra pagrįstas dabartinės situacijos ES įvertinimas.
4. Kadangi senatvinio silpnumo sindromas yra labai paplitęs Europoje ir labai susijęs su negalia, panašu, kad yra tikslinga stebėti jo raidą.
5. Senatvinio silpnumo sindromas potencialiai grįžtama būklė, kuri ir savaime gali grįžti į stabilią (be senatvinio silpnumo) būseną, ypač ankstyvose jos stadijose.
6. Senatvinio silpnumo sindromas nėra neišvengiama senėjimo pasekmė – jam galima užkirsti kelią ir išgydyti, kad būtų galima gyventi ilgesnį ir sveikesnį gyvenimą. Be to, jis akivaizdžiai neigiamai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų kaštus. Nepaisant to, senatvinio silpnumo sindromas dar nėra prioritetas visuomenės sveikatos klausimas.
7. Siekiant užkirsti kelią negaliai vyresniame amžiuje ir remti sveiką senėjimą valstybėse narėse, pirmas žingsnis yra nustatyti pažeidžiamiausią gyventojų grupę, kuri gautų daugiausiai naudos iš intervencijų, skirtų negalios ir priklausomumo atitolinimui bei gydymui. Tai asmenys su senatvinio silpnumo sindromu.
8. Vyresniems nei 70-ties metų amžiaus žmonėms rekomenduojama atlikti gretutinį patikrinimą dėl senatvinio silpnumo sindromo, numatant galimybę kurti ir visų gyventojų mastu vykdyti prevencines intervencijas, nukreiptas į nustatytus rizikos veiksnius.
9. Buvo nustatyta, kad tinkamiausi sveikatos priežiūros specialistai fizinės sveikatos problemų bei rizikų nustatymui ir galimai visų gyventojų mastu patikros dėl senatvinio silpnumo sindromo atlikimui yra šeimos gydytojai.

10. Yra daug siūlomų ir naudojamų senatvinio silpnumo sindromo nustatymo (patikros ir diagnostikos) priemonių klinikinėje praktikoje ir visuomenės sveikatos lygmenyje. Iš visų prieinamų priemonių projektas „ADVANTAGE JA“ siūlo tas, kurios atitinka tam tikras charakteristikas. Patikrai: „Clinical Frailty Scale“; „Edmonton Frailty Scale“; „Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness, Loss of Weight Index“ (FRAIL Index); „Gait Speed“; „Inter-Frail“; „Prisma-7“; „Sherbrooke Postal Questionnaire“; „Short Physical Performance Battery“ (SPPB) ir „Study of Osteoporotic Fractures Index“ (SOF). Diagnostikai: „Frailty Index of accumulative deficits“, „Frailty Phenotype“ ir „Frailty Trait Scale“.
11. Individualios intervencijos bendruomenėje arba įvairiose priežiūros vietose, dažnai turi trijų pakopų struktūrą: 1) senatvinio silpnumo sindromo patikra, siekiant nustatyti vyresnio amžiaus žmones su senatvinio silpnumo sindromu, 2) diagnostinių priemonių naudojimas senatvinio silpnumo sindromo diagnozei, ir 3) išsamus geriatrinis ištyrimas individualių poreikių įvertinimui ir daugialypių intervencijų, kurios atitiktų šiuos poreikius individualios priežiūros plano kontekste, sukūrimui.
12. Intervencijas geriausia taikyti ankstyvose senatvinio silpnumo sindromo stadijose, nes jose išgijimas labiau tikėtinas.
13. Konkrečios senatvinio silpnumo sindromo intervencijų sudedamosios dalys (ir prevencijai, ir gydymui) apima pakankamą fizinį aktyvumą ir treniravimąsi, tinkamą mitybą, sveiką gyvenimo būdą ir vartojamų vaistų peržiūrą bei optimizavimą.
14. Kuriant priežiūros modelius, reikia įvertinti ne tik vyresnio amžiaus žmonių ligas, bet ir reikalingą fizinę, kognityvinę ir psichosocialinę priežiūrą ir paramą, siekiant užkirsti kelią funkcijų silpnėjimui, senatvinio silpnumo sindromui ir negaliai. Pagrindiniai komponentai, skirti senatvinio silpnumo sindromo problemai spręsti, taipogi apibrėžia integruotą priežiūrą. Turi būti sukurta koordinuota sistema, galinti suteikti veiksmingiausią priežiūrą įvairiose aplinkose (bendruomenėje, pirminėje priežiūroje, ligoninėse ir globos ar slaugos namuose).
15. Sveikatos ir socialinės priežiūros specialistai visose įstaigose ir šalyse turi būti apmokomi patenkinti ateityje kilsiančius poreikius, susijusius su senėjimu, senatvinio silpnumo sindromu ir negalia.
16. Tolesni tyrimai reikalingi ne tik tam, kad būtų galima geriau suprasti senatvinio silpnumo sindromo pobūdį, bet ir tam, kad būtų pagerintos patikros ir diagnostinės priemonės, taip pat išbandytas intervencijų veiksmingumas. Šiuo atžvilgiu projektas „ADVANTAGE JA“ įvardijo daugybę sričių, kurioms bus naudingas ES mokslinių tyrimų finansavimas.

PLAČIAU APIE PROJEKTĄ <https://www.advantageja.eu>

PROJEKTO VYKDYTOJAS LIETUVOJE Lietuvos sveikatos mokslų universitetas www.lsmu.lt