

Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Õe õppekava

**Gerly Parm
Mari-Õis Madisson**

**LEWY KEHAKESTE DEMENTSUSE OLEMUS NING PATSIENDI JA
LÄHEDASTE TOETAMISE VÕIMALUSED**

Lõputöö

Juhendaja: Merle Varik, PhD, MSW, RN
Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Tartu 2025

**Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks
17.12.2024**

Meie, Mari-Õis Madisson ja Gerly Parm,

1. kinnitame, et oleme kirjutanud lõputöö iseseisvalt ja/või koostöös juhendajaga, ning
2. anname Tartu Tervishoiu Kõrgkoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud lõputöö „Lewy kehakeste dementsuse olemus ning patsiendi ja lähedaste toetamise võimalused“, mille juhendajaks on Merle Varik;
 - 2.1. reprodutseerimiseks säilitamise (sh kõrgkooli serveris) ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas kõrgkooli raamatukogu elektronkataloogi RiksWeb lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 2.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks (sh juhendajate poolt) Tartu Tervishoiu Kõrgkooli veebikeskkonna, sealhulgas kõrgkooli raamatukogu elektronkataloogi RiksWeb kaudu, materjalide avaldamiseks või tutvustamiseks artiklitenä või erinevatel konverentsidel kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
3. oleme teadlikud, et lihtlitsentsi andmisega jäävad punktis 2 nimetatud õigused alles ka meile kui autoritele ning ka juhendaja koostatud neid materjale kajastavates artiklites, ettekannetes ja mujal oleme nimetatud kaasautoritena;
4. kinnitame, et selle lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Gerly Parm

Mari-Õis Madisson

/allkirjastatud digitaalselt/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: Töö on lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Merle Varik, PhD

/allkirjastatud digitaalselt/

KOKKUVÕTE

Lõputöö “Lewy kehakeste dementsuse olemus ning patsiendi ja lähedaste toetamise võimalused”, autoriteks on Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekava üliõpilased Gerly Parm ja Mari-Õis Madisson.

Lewy kehakeste dementsuse on progresseeruv neurodegeneratiivne haigus, mis mõjutab olulisel määral nii patsiente kui ka nende lähedasi. Seepärast on oluline, et tervishoiutöötajad omavad ülevaadet haiguse olemusest ning patsientide ja lähedaste toetamise võimalustest.

Lõputöö eesmärk on tõenduspõhiste allikatele tuginedes kirjeldada Lewy kehakeste dementsuse olemust ning patsientide ja lähedaste toetamise võimalusi.

Töö eesmärgi saavutamiseks on koostatud kirjanduse ülevaade, kus on kasutatud kokku 63 kirjandusallikat, millest 50 on teadusartiklid (22 on empiirilised uurimistööd ja 28 kirjanduse ülevaadet) ning mis on publitseeritud viimase kümne aasta jooksul. Kirjandusallikad leiti järgmistest andmebaasidest: NIH, EBSCOhost (alamkategoriad CINAHL Plus *with full text*, MEDLINE *complete*, *Academic Search Complete*) ja PubMed. Info leidmiseks kasutati veel Google Scholarit ning raamatukogude otsingumootoreid (RIKSWEB, ESTER, DIGAR, DSPACE).

Tulemustest järeldub, et Lewy kehakeste dementsus moodustab 22–26% dementsuse juhtudest. Haigusele on iseloomulikud sümptomid nagu visuaalsed hallutsinatsioonid, motoorsed häired, unehäired, depressioon ja deliirium. Diagnoos põhineb anamneesil, läbivaatustel ja uuringutel. Ravivõimalused keskenduvad sümptomite leevendamisele, kuna spetsiifiline ravi puudub. Haiguse poolt põhjustatud sümptomid muudavad patsiendid kõrvalisest abist sõltuvaks, suurendades sealjuures omastehooldajates teadmatust ja suurenenud hoolduskoormust. Seetõttu on hädavajalik pakkuda lähedastele põhjalikku infot haiguse ja hoolduse võimaluste kohta, et tagada patsientide ja lähedaste teadlikkus, psühholoogiline tugi ning turvalisus nii kodus kui haiglas, sealhulgas kukkumiste ennetamine ja individuaalne nõustamine. Terviklik lähenemine parandab nii patsientide kui ka hooldajate elukvaliteeti.

Märksõnad: Lewy kehakeste dementsus, dementsus, Lewy kehakeste dementsusega patsiendid, patsientide ja lähedaste toetamine

ABSTRACT

Thesis “The nature of Lewy body dementia and the possibilities of supporting the patient and loved ones”, is written by Gerly Parm and Mari-Õis Madisson, students of the nursing curriculum at Tartu Health Care College.

Lewy body dementia (LBD) is a relatively little-known disease based on scientific literature. LBD is a progressive neurodegenerative disease that significantly affects both patients and their loved ones. Therefore, it is important for healthcare professionals to have an overview of the nature of the disease and the possibilities of supporting patients and loved ones.

The aim of the thesis is to describe the nature, incidence, symptomatology, diagnosis and treatment of Lewy body dementia, as well as the possibilities of supporting patients and loved ones, based on evidence-based sources.

To achieve the aim of the thesis, a literature review has been prepared, using a total of 63 evidence-based literature sources in Estonian, German and English, of which 50 are scientific articles (22 are empirical research papers and 28 are literature reviews) and which have been published within the last ten years. Literature sources were found in the following databases: NIH, EBSCOhost (subcategories CINAHL Plus with full text, MEDLINE complete, Academic Search Complete) and PubMed. Google Scholar and library search engines (RIKSWEB, ESTER, DIGAR, DSPACE) were also used to find information.

The results indicate that dementia with Lewy bodies accounts for 22–26% of dementia cases. The disease is characterized by symptoms such as visual hallucinations, motor disorders, sleep disorders, depression and delirium. Diagnosis is based on history, examinations and studies. Treatment options focus on symptom relief, as there is no specific treatment. The symptoms caused by the disease make patients dependent on external help, increasing the lack of knowledge and increased care burden in family caregivers. Therefore, it is essential to provide relatives with comprehensive information about the disease and care options to ensure awareness, psychological support, and safety of patients and relatives both at home and in the hospital, including falls prevention and individual counseling. A holistic approach improves the quality of life of both patients and caregivers.

Keywords: Lewy body dementia, dementia, supporting patients with Lewy Body dementia, supporting patients and relatives

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
ABSTRACT	4
SISUKORD	5
1. SISSEJUHATUS	6
2. UURIMISTÖÖ METOODIKA JA EETIKA	7
2.1. Uuritav materjal ja andmete kogumine	8
2.2. Materjali analüüs	9
3. LEWY KEHAKESTE DEMENTSUSE OLEMUS: ESINEMISSAGEDUS, TEKKEPÕHJUSED, SÜMPTOMAATIKA, DIAGNOOSIMINE JA RAVI	10
3.1. Lewy kehakeste dementsuse esinemissagedus ja tekkepõhjused	10
3.2. Lewy kehakeste dementsuse sümptomaatika ja haiguse kulg	10
3.3. Lewy kehakeste dementsuse diagnoosimine ja ravi	12
4. LEWY KEHAKESTE DEMENTSUSEGA INIMESE JA TEMA LÄHEDASTE TOETAMISE VÕIMALUSED	13
4.1. Lewy kehakeste dementsusega patsientide toetamine	13
4.2. Lewy kehakeste dementsusega patsientide lähedaste toetamine	15
ARUTELU	18
JÄRELDUSED	20
KASUTATUD ALLIKAD	21
LISAD	27
LISA 1. Teadusartiklite väljavõtuleht	27

1. SISSEJUHATUS

Lewy kehakeste dementsus on vanemaealiste seas levinuim neurodegeneratiivne dementsuse haigus pärast Alzheimeri tõbe (Abeysuriya jt 2015, Sanford 2018, Bentley jt 2021), moodustades umbes 15–20% kõigist dementsuse juhtudest (McKeith ja Mossimann 2003, O'Shea jt 2024). Haiguse algfaasis võivad patsiendil esineda korduvaid kukkumisi, teadvusekaotuse hoogusid, inkontinentsust, hallutsinatsioone ja meeleolu langust (Tang jt 2015, Haider jt 2023) ning haiguse progresseerudes lisandub kognitiivse võimekuse langus (Armstrong 2021, Haider jt 2023). Kroonilise haiguse diagnoosi saamisega kaasnevad patsiendi ja lähedaste senises elukorralduses muutused, mis omakorda suurendavad vajadust uue informatsiooni järele ning asetavad lähedased omastehooldaja rolli (Akyirem jt 2021).

Lewy kehakeste dementsus (LKD) on teaduskirjanduse põhjal suhteliselt vähetuntud haigus (Galvin ja Balasubramaniam 2013, Jackson jt 2017), mistõttu on tähtis tõsta teadlikkust nii tervishoiutöötajate kui ka üldsuse seas (Galvin jt 2010). Haiguse parem mõistmine võimaldab täpsemat diagnoosimist, tõhusamat ravi ning paremat toetuse kättesaadavust (Walker jt 2015, McKeith jt 2017). Näiteks David-Fantauzzi (2020) teadusartiklis keskenduti näitleja Robin Williamsi juhtumile, kes põdes LKD-d, kuigi diagnoos leidis kinnitust alles suitsiidi järel tehtud lahkamisel. Abikaasa sõnul ilmnisid näitlejal mitmesugused esialgu näiliselt omavahel mitteseotud sümptomid: kõhukinnisus, urineerimisraskused, kõrvetised, unetus, vähenenud lõhnataju, stress ja kerge treemor vasakus käes. Hiljem lisandusid ärevus, paranoia, luulud ja mäluprobleemid. Williamsile tehti mitu diagnostilist testi ja raviprotseduuri, kuid diagnoosi ei järgnenud. Kolme aasta jooksul halvenes näitleja seisund märgatavalt. Kui varem suutis ta veatult esitada sadu ridu teksti, siis nüüd tekkisid raskused sõnade leidmisega ning ta ei suutnud enam lauseid meelde jätta. Liikumisel tekkis lonkamine, esines kogu keha ajutisi kangestumisi ning vasakus käes olnud värin muutus püsivaks. David-Fantauzzi rõhutas artiklis, et Williamsi juhtumi taustal ilmneb kui keeruline võib olla LKD sümptomite õigeaegne ja täpne diagnoosimine ning sobiva ravistrateegia leidmine.

Kuna tegemist on progresseeruva haigusega, millele ei ole mõjusat farmakoloogilist ravi on oluline keskenduda sümptomite leevendamisele ja patsiendi elukvaliteedi parandamisele. Olulisel kohal on patsiendi ja tema lähedaste teadlikkuse tõstmine haiguse olemusest (Svendsboe jt 2016). Erinevate uuringute andmetel ilmneb, et ligikaudu 40% lähedastest kogevad hoolduskoormust ja/või depressiooni (Galvin ja Balasubramaniam 2013, Bentley jt 2021, Armstrong jt 2024). Kusjuures suurem hoolduskoormus seostub lähedastel ka halvema elukvaliteediga (Armstrong jt 2024). Yuuki jt (2023) viisid läbi Jaapanis LKD (n=93) ja Alzheimeri tõvega patsientide (n=500) omastehooldajate seas uuringu kus hinnati nende hoolduskoormust. Tulemustest selgus, et kõige sagedamini kogesid lähedased muret tuleviku planeerimise tõttu, LKD-ga inimese kõrvalabi vajaduse suurenemist ja tema vajaduste ettepoole seadmist omastehooldaja enda vajadustest. Uuritavad rõhutasid, et seisid silmitsi lähedase neuropsühhiaatriliste sümptomite, mootorsete häirete ja autonoomse düsfunktsiooniga. Autorid töid välja, et eelpool nimetatud aspektid vajavad lähedasi toetavaid strateegiaid, et neid hoolduse protsessis abistada.

Tähelepanu vajab omastehooldajate olukord, kes sageli tunnevad end isoleerituna ning peavad kriisilukordadele reageerima ilma piisava toeta perekonnalt, sõpradelt või tervishoiuteenuste osutajatelt. Sellised keerulised tingimused võivad põhjustada lähedaste läbipõlemist, mis väljendub stressi, depressiooni ja üldise tervise halvenemisena. Omastehooldajate heaolu langus mõjutab otseselt ka patsiente, suurendades nende hospitaliseerimise riski ja vähendades elukvaliteeti. Kuna LKD-ga patsientidel on võrreldes teiste dementsuse vormidega suurem risk sattuda hooldusasutusse või surra enneaegselt, muutub eriti oluliseks aspektiks hooldajate toetamine haigusega toimetulekul (Galvin jt 2011). Samas on rõhutatud, et ka hooldekodude personal vajab koolitusi. Hooldusasutustes läbiviidud koolitused on näidanud, et õenduspersonali teadmiste suurendamine tõstab patsientidele osutatava hoolduse kvaliteeti: personal tunneb paremini ära haiguse sümptomid, rakendab tõhusamaid mittefarmakoloogilisi meetodeid patsientide toetamisel ning osutavad indiviidikesksemat lähenemist, mis parandab patsientide heaolu ja elukvaliteeti (Hawco 2016).

Viimasel aastakümnel on Eestis tehtud mitmeid uurimistöid dementsusega inimeste hooldamise valdkonnas. Öun (2020), Rehelem (2016) ja Enn (2021) on oma töödes keskendunud näiteks omastehooldajate ja pereliikmete probleemide väljaselgitamisele ning nende toetamisele. Samuti on uuritud Alzheimeri tõvega lähedaste hooldamise mõju omastehooldaja healule (Laja 2019, Hõbesaar 2022). Need uurimused on andnud väärtuslikku teavet dementsusega inimeste ja nende lähedaste toetamise olulisuse kohta. Uuritud on ka Alzheimeri tõvega seonduvaid unehäireid (Popova 2022) ning dementsussündroomiga patsiente toetavat füüsilist keskkonda (Teor 2022). Teadaolevalt ei ole Eestis tehtud uurimusi, milles käsitletakse Lewy kehakeste dementsuse olemust või selle kohta millist tervishoiutöötajate poolset toetust vajavad patsiendid ja nende lähedased.

Lõputöö pakub õdedele teoreetilist baasi Lewy kehakeste dementsuse olemuse, sealjuures ülevaadet haiguse esinemissagedusest, sümptomaatikast, diagnoosimisest ja ravist ning patsientide ja lähedaste toetamise võimalustest. Antud töö aitab mõista, et Lewy kehakeste dementsusel on psühhosotsiaalne mõju nii perekonna dünaamikale kui ka omastehooldajate healule, mis rõhutab tervikliku ja indiviidikesksuse olulisust, et tagada Lewy kehakeste dementsusega patsientide heaolu.

Lõputöö eesmärk on tõenduspõhiste allikatele tuginedes kirjeldada Lewy kehakeste dementsuse olemust ning patsientide ja nende lähedaste toetamise võimalusi.

Uurimistöö eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgnevad uurimisülesanded:

1. Kirjeldada Lewy kehakeste dementsuse esinemissagedust, sümptomaatikat, diagnoosimist ja ravi;
2. Kirjeldada Lewy kehakeste dementsusega patsientide ja patsiendi lähedaste toetamise võimalusi.

2. UURIMISTÖÖ METOODIKA JA EETIKA

2.1. Uuritav materjal ja andmete kogumine

Lõputöö on teoreetiline uurimus, kus on kasutatud kirjanduse ülevaate meetodit. Kirjanduse ülevaate eesmärk on varasemate uurimistööde abil saada uusi teadmisi ja/või anda uusi ideid valdkonna arenguks (Snyder 2019). Uurimistöö põhineb eesmärgist tulenevate otsingusõnade määratlemisel (Winchester ja Salji 2016) ning tõenduspõhiste allikate refereerimisel ja analüüsimisel, et vastata uurimisülesannetele (Snyder 2019). Kirjanduse ülevaate valiti seetõttu, et see võimaldab koondada varasemad uurimistulemused ning anda ülevaate Lewy kehakeste dementsuse olemuse kohta ning samuti selle kohta millist tervishoiutöötajate poolset toetust vajavad patsiendid ja nende lähedased, kuna varasemaid sellekohaseid uurimistöid ei ole Eestis tehtud.

Lõputöö koostamisel olid uuritavaks materjaliks teadusartiklid ning lisaks tehti infootsing üldtunnustatud rahvusvaheliste organisatsioonide kodulehtedel nagu *Alzheimer Europa*, *Alzheimer Disease International* ning *World Health Organization* (WHO). Eesti kohta saadi informatsiooni MTÜ Elu Dementsusega ja Dementsuse Kompetentsikeskuse kodulehtedelt.

Teadusinfoallikate otsimisel kasutati elektroonilisi andmebaase: NIH (National Library of Medicine), EBSCOhost (alamkategooriad CINAHL Plus *with full text*, MEDLINE Complete, Academic Search Complete) ja PubMed ning otsingumootorit Google Scholar. Andmebaasides viidi otsing läbi vahemikus juuli 2024 kuni september 2024. Teadusinfoallikate otsingul piiritleti publitseerimise aeg 10 aastaga (2014–2024) ning keeleliseks valikuks oli inglise-, saksa- või eesti keel. Kriteeriumiteks olid veel teadusartikli ilmumine eelretsenseeritavas ajakirjas ning tasuta kättesaadavus täistekstina. Lisaks pidid allikad olema seotud uurimistöö eesmärgi ja ülesannetega. Otsingu tulemusena saadi esmaste ja teiste otsingusõnadega kokku ligikaudu 600 artiklit, mille seast valiti uurimistöösse sobivad. Lõputöös on kasutatud kokku 63 eesti-, saksa- ja inglise keelset tõenduspõhist kirjandusallikat, millest 50 on teadusartiklid (22 on empiirilised uurimused ja 28 kirjanduse ülevaated). Raamatukogude otsingumootoritest kasutati info leidmiseks andmebaase RIKSWEB, ESTER, DIGAR ja DSPACE. Muude töös kasutatud allikate hulka kuulusid Tartu Ülikooli Kliinikumi patsiendiinfo andmebaasist leitav infovoldik ning Lewy body dementia Association ja Alzheimer's Association kodulehtedelt leitav info. Enamik artikleid olid ilmunud viimase kümne aasta jooksul, kuid lõputöö autorid otsustasid kaasata seitse artiklit, mis olid vanemad kui kümme aastat (aastatest 2003–2013), kuna need sisaldasid põhjalikke alusuuringuid haiguse mehhanismide ja patofüsioloogia kohta ning detailseid sümptomite kirjeldusi, mis on jäänud ajas suuresti muutumatuks. Lisaks pakuvad vanemad uuringud olulisi pikaajalisi andmeid ja võrdlusmaterjali uuematele uuringutele, võimaldades hinnata muutusi haiguse arusaamast ja ravist.

Teadusinfoallikate otsimisel kasutati esmaseid ja teiseseid otsingusõnu. Esmased otsingusõnad tulenesid uurimistöö eesmärgist ja ülesannetest ning teiseseid otsingusõnad lisandusid esmaste otsingusõnade abil leitud allikate läbitöötamisel. Otsingusõnu kombineeriti Boole'i loogikaoperaatoritega AND ja OR. Lähtuvalt lõputöö eesmärgist ja

uurimisülesannetest olid esmased otsingusõnad Lewy kehakeste dementsus (*Lewy body dementia*), lähedased (*relatives*), omastehooldaja (*informal caregiver, family caregiver*), toetamine (*supporting, support*). Teised otsingusõnad olid dementsus (*dementia*), õendus (*nursing*), hooldus (*care*), tekkepõhjused (*causes*), diagnoosimine (*diagnosis*, elulõpu hooldus (*end-of-life care*).

2.2. Materjali analüüs

Lõputöö koostati kahe autori koostööna. Artiklite leidmiseks tehti koos ühine otsing, mille järel jagati leitud artiklid edasiseks läbitöötamiseks omavahel ära. Uurimistöösse sobivate infoallikate valimisel loeti esmalt läbi artikli pealkiri ja kokkuvõte ning saadud teavet kõrvutati lõputöö teema ja eesmärgiga. Kui allikas osutus sobivaks, siis loeti artikkel tervikuna läbi ning jälgiti, et see oleks kooskõlas uurimistöö teemaga ning kanti teadusartiklite väljavõtulehele (Lisa 1). Vajadusel konsulteeriti omavahel ning loeti läbi ka paarilise poolt läbi töötatud artiklid.

Läbitöötatud artiklid refereeriti ning erinevate autorite välja toodud ühisosa koondati sidusaks tekstiks. Saadud info struktureeriti vastavalt uurimisülesannetele peatükkidesse. Töö koostamisel kasutati Google Drive'i keskkonda, kuhu koondati lõputööga seonduv portfoolio ning koostatava lõputöö fail, et kõik muudatused oleksid kättesaadavad mõlemale töö autorile. Lõputöö veebilinki jagati juhendajaga, et tal oleks juhendamise protsessis ülevaade töö edenemisest ning juurdepääs tagasiside andmiseks.

2.3. Uurimistöö eetika

Uurimistöös järgiti teaduseetika ja hea teadustava nõudeid (Hea teadustava 2023), tagades uurijate aususe, erapooletuse ning töö usaldusväärsuse. Kõigi töös kasutatavate teadusartiklite puhul oli juurdepääs täistekstile ning artiklid olid eelretsenseeritud. Lõputöös kasutatud artiklite sisu ja autorite mõtteid anti edasi võimalikult täpselt. Allikate refereerimisel jälgiti, et autorite algne mõte jääks samaks ning et lõputöö autorid oleksid teksti koostamisel erapooletud. Kuna suurem osa kasutatud allikatest olid ingliskeelsed, siis oldi teadlikud, et tõlkevigade tõttu võib edasiantav tekst saada moonutatud ning seetõttu arutati tõlge esmalt omavahel läbi ja seejärel konsulteeriti juhendajaga küsimusi põhjustavad tekstiosad. Lõputöös on kasutatud korrektset viitamist, tagades, et kõigile uurimistöös kasutatud allikatele on viidatud nii tekstisisiselt kui ka allikaloendis. Lõputöö koostamisel panustasid sellesse mõlemad autorid võrdselt ning koostöö oli sujuv.

3. LEWY KEHAKESTE DEMENTSUSE OLEMUS: ESINEMISSAGEDUS, TEKKEPÕHJUSED, SÜMPTOMAATIKA, DIAGNOOSIMINE JA RAVI

3.1. Lewy kehakeste dementsuse esinemissagedus ja tekkepõhjused

Lewy kehakeste dementsus (LKD) on levinud dementsuse vorm (Ferman ja Boeve 2007, Macijauskienė ja Lesauskaitė 2012, Gealogo 2013, Karantzoulis ja Galvin 2013, Monfared jt 2019, Larsson jt 2019). LKD on ajas progresseeruv degeneratiivne ajuhäire ning võib esineda kombineeritult Parkinsoni tõve (Hershey ja Coleman-Jackson 2019, Haider jt 2023) või Alzheimeri tõvega (Kramberger jt 2017). LKD esinemissagedus on mitmetes uuringus välja toodud erinevalt. Karantzoulise ja Galvini (2013) uurimuses on LKD esinemissagedus 5%, Macijauskienė ja Lesauskaitė (2012) andmetel moodustab LKD 0-30,5% kõikidest dementsuse juhtudest, Neefi ja Wallingu (2006) uuringust selgus, et võrreldes teiste dementsussündroomidega oli LKD esinemissagedus 22%, 14 aastat hiljem on esinemissagedus kasvanud 26%-ni (Davis-Fantauzzi 2020).

LKD tekkepõhjuseks on valgukogumite tekkimine aju piirkondadesse, mis vastutavad mõtlemise, mälu ja liikumise eest. LKD puhul moodustuvad ebanormaalsed alfa-sünukleiini valguga seotud kogumid, mida kutsutakse Lewy kehakesteks. Lisaks alfa-sünukleiinile sisaldavad Lewy kehakesed ka ubikvitiini, mis osaleb valkude lagundamisel ja taaskasutamises. Kui ubikvitiini-proteasoomi süsteem ei toimi korralikult, hakkavad rakus kogunema valkude jäägid, mis häirib rakkude normaalset talitlust (Riepe jt 2013). See düsfunktsioon soodustab neurodegeneratsiooni, mis on aluseks LKD ja teiste sarnaste neurodegeneratiivsete haiguste patoloogiale (Gealogo 2013, Gomperts 2016, Haider jt 2023). Lewy kehakesed kogunevad ajus ning takistavad neuronite funktsioneerimist, põhjustades lõpuks nende hävimise. Samas ei ole teada miks Lewy kehakeste kogumikud ajus tekivad (What is... i.a). Lewy kehakeste lokaliseerumine ajutüves ja ajukoores põhjustab varakult dementsust, mida nimetatakse Lewy kehakeste dementsuseks (LKD), kui Lewy kehakesed arenevad esialgu ajutüves ja levivad ajukoorda alles hiljem, on tegemist Parkinsoni tõve dementsusega. Parkinsoni tõvega seonduvad kognitiivsed häired tekivad tavaliselt vähemalt aasta jooksul pärast motoorsete sümptomite avaldumist (Armstrong jt 2021). See eristus on oluline, sest kui kognitiivsed sümptomid ilmnevad enne motoorseid sümptomeid või kuni aasta jooksul pärast neid, on tegemist Lewy kehakeste dementsusega (LKD), mitte Parkinsoni tõve dementsusega (Gomperts 2016, Armstrong jt 2021, O'Shea jt 2024).

3.2 Lewy kehakeste dementsuse sümptomaatika ja haiguse kulg

Lewy kehakeste dementsuse (LKD) sümptomatoloogia on mitmekülgne. LKD-ga patsientidel esineb tavaliselt varane dementsus koos visuaalsete hallutsinatsioonidega, millele järgnevad samal ajal või mõni aeg hiljem ekstrapüramidaalsed motoorsed sümptomid või parkinsonismile iseloomulikud tunnused (Gomperts 2016). Parkinsonismile iseloomulikest tunnustest esinevad patsientidel enamasti treemorid, bradükineesia, lihaste jäikus, kõnnihäired ja ebastabiilsus liikumisel (Capouch jt 2018). Lisaks võivad esineda minestus, kukkumised, unehäired ja/või depressioon, deliirium (Neef ja Walling 2006), häiritud mõtlemis- ja arutlusvõime ning raskused ruumis, ajas või iseendas orienteerumisel (Haider jt 2023).

Alzheimeri tõvest eristab LKD-d neli tunnust: päevane unisus, letargia, pikalt kaugusesse vaatamine ja segane kõne (Neef ja Walling 2006).

Patsientide jaoks on kõige sagedasem ebamugavust põhjustav sümptom mäluhäire, millele järgnevad kõhukinnisus ja bradükineesia (Svendsboe jt 2016). Juba haiguse varajases staadiumis ilmnevad hallutsinatsioonid, kusjuures patsient mitte ainult ei näe olematuid inimesi, loomi, kehaosi või isegi sõidukeid, vaid võib neid ka detailselt kirjeldada ning kujuteldavate inimeste ja loomadega vestelda (Galvin ja Balasubramaniam 2013). Kognitiivse võimekuse langus, hallutsinatsioonid ja Parkinsoni tõvele iseloomulikud sümptomid moodustavad keerulise kombinatsiooni, mis mõjutab nii dementsusega inimese suhtlemisvõimet, reaalsustaju kui ka füüsilist võimekust. See loob omakorda barjääre sotsiaalsele osalusele ja lähedaste suhete hoidmisele, mis on elukvaliteedi seisukohalt kriitilise tähtsusega (Park jt 2018). Võrreldes Alzheimeri tõve diagnoosiga patsientidega on LKD-ga patsientidel täheldatud suuremat neuropsühhiaatriliste sümptomite esinemissagedust, madalamat elukvaliteeti ja kognitiivsete võimete kiiremat langust viie aasta jooksul, millega kaasnevad kõrgemad hoolduskulud ja lühem eeldatav eluiga (Svendsboe jt 2016).

LKD-ga inimestel võib esineda REM-une käitumishäire ning seetõttu võivad nad läbi une lüüa või karjuda (Gomperts 2016). REM-unehäire võib tekkida aastaid enne LKD diagnoosi saamist (Capuouch jt 2018) ning ei pruugi vajada ravi, välja arvatud juhtudel, kui põhjustab patsiendile liigset päevast unisust (Boot 2015). Raviks kasutatakse klonasepaami, melatoniini, nelotanseriini ja intepirdiini (Hershey ja Coleman-Jackson 2019).

LKD korral kaotavad patsiendid sageli iseseisvuse otsuste tegemisel, mis põhjustab raskusi planeerimisel, õppimisel, arutlemisel ning järjestikuste ülesannete täitmisel (Whitworth ja Whitworth 2021). Oluline on märkida, et haigusega seonduv kognitiivne langus on kiirem nendel patsientidel, kellel on lisaks LKD-le diagnoositud ka Alzheimeri tõbi (Kramberger jt 2017). Enamik LKD diagnoosiga inimestest sureb haigusest tingitud tüsistuste tagajärjel (Armstrong jt 2018b). Surma põhjustena on enamasti nimetatud kukkumisi, ravimite kõrvaltoimeid, enesetappe (Haider jt 2023), kopsupõletikku (Londos jt 2013, Armstrong jt 2018a, Kershenbaum jt 2023) ja neelamisprobleeme (Londos jt 2013, Armstrong jt 2018a). Manabe jt (2015) uuringus analüüsiti üheksa aasta (2005-2014) jooksul surnud LKD patsientide haiguslugusid ning lahkamisaruandeid. Selgus, et kopsupõletik on üks dementsuse vahetu surma põhjustest. Surma põhjusteks võivad olla veel: kukkumised, liikumisvõimetus, südamehaigused, ravimite kõrvaltoimed, neelamisraskused, suitsiid (Haider jt 2023). Patsiendid võivad kogeda elu lõpus järgmisi sümptome nagu näiteks valu, düspnoe, lamatised, agitatsioon, neelamisraskused ja anoreksiat. Lisaks on suurenenud aspiratsioonirisk ja nõrgenenud immuunsüsteem, mistõttu on suurenenud risk haigestuda infektsioonidesse (kopsupõletik, kuseteede infektsioonid jne) (Armstrong jt 2018b).

Üldiselt on eeldatavat eluiga LKD-ga haigestumisel keeruline prognoosida kuna tihtipeale on patsientidel ka muud kaasuvad haigused (Muller jt 2017). Siiski on teadusartiklites välja toodud, et elulemus varieerub 1,8–9,5 aasta vahel (Manabe jt 2015), jäädes keskmiselt viie aasta piiridesse (Armstrong jt 2018a, Armstrong jt 2018b).

3.3 Lewy kehakeste dementsuse diagnoosimine ja ravi

Tervishoiutöötajate vähesed teadmised LKD-st võivad põhjustada diagnoosi saamise viivitust, valede esialgsete diagnooside saamist ja vajadust pöörduda diagnoosi kinnitamiseks mitme arsti poole (Zweig ja Galvin 2014, O'Shea jt 2024). Diagnoosimiseks on oluline patsiendi elu anamnees, patsiendi läbivaatus ja vaimse võimekuse hindamine, lisaks laboratoorsed vereanalüüsid (Macijauskiene ja Lesauskaite 2012), kompuuter-, magnetresonants- ja positronemissioontomograafia, lisaks radioisotoopdiagnostika ja REM-une uuring (Neef ja Walling 2006, Stanford 2018, Haider jt 2023). Üks põhitunnustest, mis võib esineda on parkinsonism, millega kaasnevad treemorid, bradükineesia ja kehahoiaku ebastabiilsus. Teiseks põhitunnuseks on enamasti hallutsinatsioonid ning kolmandaks, mis LKD korral sageli esineb, on muutlik vaimne seisund (Stanford 2018). Haider jt (2023) toovad välja, et spetsiifiliste näitajate ja haiguse patoloogilise määratluse puudumise tõttu on LKD diagnoosi võimalik lõplikult kinnitada üksnes surmajärgse lahkamise käigus.

Lewy kehakeste dementsusega patsientide ravi on keeruline ja nõuab mitmekülgset lähenemist ning olulisel kohal on nii farmakoloogiline ravi kui ka mitte-farmakoloogilised meetodid patsiendi toetamiseks (McKeith jt 2017). Teadolevalt ei ole veel saadaval haigust modifitseerivat ravi LKD jaoks ega ka tõendusmaterjali mis toetaks kindlat raviviisi, mistõttu ravi keskendub kognitiivsete, psühhiaatriliste ja motoorsete sümptomite leevendamisele (Macijauskiene ja Lesauskaite 2012). Samas on LKD ravi komplitseeritud, kuna ühe sümptomi leevendamine võib halvendada teisi sümptomeid (Sanford 2018). Tähelestatud on, et ravimid võivad põhjustada kõrvaltoimeid. Kõrvaltoimete esinemise tõttu on LKD-ga patsientidel sageli vaja mitmeid ravimeid, et leevendada ravimitest tekkinud sümptomeid, mis aga suurendab oluliselt kõrvaltoimete ja ravimite koostoimete riski (Sanford 2018). Kõrvaltoimete sümptomid võivad olla erinevad: äkiline kognitsioonihäire, segasus, psühhootilised episoodid, parkinsonismi sümptomite (jäikus, liikumatus) ägenemine (Karantzoulis ja Galvin 2013), kõhukinnisus. Kõhukinnisuse korral võivad abiks olla toitumise muutused, suurem vee tarbimine ja füüsiline aktiivsus (Armstrong 2021).

LKD-ga patsiente võivad rahustid ja unerohud aktiveerida (Karantzoulis ja Galvin 2013). Nende ravis on põhimõtteks "madal annus ja aeglane tiitrimine". Negatiivse dünaamikaga psühhootiliste sümptomite korral kasutatakse atüüpilisi antipsühhootikume (Hershey ja Coleman-Jackson 2019). Enamasti kasutatakse ravimitest kvetiapiini või pimavanseriini (Horn jt 2019).

4. LEWY KEHAKESTE DEMENTSUSEGA INIMESE JA TEMA LÄHEDASTE TOETAMISE VÕIMALUSED

4.1. Lewy kehakeste dementsusega patsientide toetamine

Lewy kehakestega dementsuse patsientide hoolduses on oluline rakendada nii mittefarmakoloogilisi kui ka farmakoloogilisi lähenemisi sümptomite leevendamiseks (Hovendon jt 2014). LKD korral kaotavad patsiendid sageli iseseisvuse otsuste tegemisel enne, kui nende mälu oluliselt halveneb, mis põhjustab raskusi planeerimises, õppimises, arutlemises ning järjestikuste ülesannete täitmisel (Whitworth ja Whitworth 2021). Haigusega seonduv kognitiivne langus on kiirem nendel patsientidel, kellel on lisaks LKD-le ka Alzheimeri tõbi (Kramberger jt 2017). Haiguse süvenedes puudub neil arusaamine ja võime teha otsuseid oma ravi ja hoolduse kohta, mistõttu ei ole neil endal võimalik anda protseduurideks teadlikku nõusolekut või keeldumise soovi (Kramberger jt 2017). Tervishoiutöötajad seisvad siinkohal silmitsi keerulise eetilise väljakutsega leidmaks tasakaalu patsiendi väljendatud soovide ning tema tegelike võimete vahel (Entwistle jt 2010). LKD-ga inimestel esineb märkimisväärselt sagedamini (ligikaudu 73% patsientidel) depressiivseid sümptomeid võrreldes Alzheimeri tõvega (esinemissagedus 56% patsientidest). Ühe depressiooni põhjusena on välja toodud, et patsiendid tunnevad end olevat pereliikmetele koormaks (Fritze jt 2011).

Grupinõustamine ja emotsioonide jagamine teiste sarnaste kogemustega inimestega võib olla tõhus, pakkudes patsientidele tuge ja vähendades isolatsiooni tunnet, mis omakorda aitab kaasa paremale elukvaliteedile (Armstrong jt 2020). Avatud suhtlemine aitab tugevdada suhet tervishoiutöötaja ja patsiendi vahel, mistõttu peaksid patsiendid olema kaasatud aruteludesse diagnoosi ja raviplaani kohta (Zweig jt 2014). Ravi ja rehabilitatsiooni osutamisel on vajalik erialadeülese meeskonna koostöö kuhu kuuluvad psühholoog, sotsiaaltöötaja, neuroloog ja teised eriarstid, logopeed, füsio- ja tegevusterapeutid ja õed (Macijauskienė jt 2012, Akyrem jt 2021). Kuna haigusega kaasnevad sageli lihaste jäikus, bradükineesia, treemorid ja raskused kõndimisel, on oluline varakult alustada füsioteraapiaga ja pöörata tähelepanu kodu ohutuks muutmisele, et vältida kukkumisi (Boot 2015).

Patsiendi ettearvamatu käitumise puhul tuleb välja selgitada mis selle esile kutsus ning keskenduda põhjuse lahendamisele. Agressiivne käitumine võib peegeldada inimese pettumust, hirmu, valu või jäljendada hooldaja käitumist: kannatamatust või ärritust (Macijauskienė jt 2012). Patsiendi rahustamiseks on oluline vältida liigseid küsimusi ja olla võimalikult konkreetne (Ferman ja Boeve 2007). Segasuse vähendamiseks tuleb patsiendile pakkuda võimalikult palju turvatunnet läbi igapäevase rutiini loomise. Selleks tuleks üle vaadata ja lihtsustada igapäevased tegevused jagades need vajadusel väiksemateks etappideks ning keskendudes seejuures õnnestumistele, mitte ebaõnnestumistele (Mosimann 2005, Davis-Fantauzzi 2020).

Hallutsinatsioonide esinemine tekitab ebameeldivaid emotsioone nii patsiendile kui ka tema lähedastele. Neid on võimalik mittemedikamentooselt hoida kontrolli all patsienti ümbritsevat keskkonda toetavamaks muutes, pidades silmas patsiendi ja tema hooldajate vajadusi (Neef jt

2006). Hallutsinatsioonidega kaasnevate unehäirete korral võib sümptomite leevendamisel olulist rolli mängida unehügieeni parandamine, kontrollitud nikotiini- ja kofeiini tarbimine ning regulaarse ööpäevarütmi säilitamine. Tegevusteraapia on tõhus sekkumismeetod LKD-ga patsientide ravis, keskendudes igapäevaste funktsioonide säilitamisele ja praktiliste oskuste arendamisele. Individualiseeritud teraapilised tegevused toetavad nii füüsilisi kui ka psühholoogilisi funktsioone, aidates säilitada patsiendi iseseisvust ja vähendada ärevust. Süstemaatiline tegevusteraapia võib aeglustada mootorsete sümptomite progresseerumist ning toetada elukvaliteedi säilimist (Hovendon jt 2014). Piisava valgustuse tagamine ja päevavalguse käes viibimine on tõhusad meetmed visuaalsete hallutsinatsioonide esinemissageduse vähendamiseks ja depressiooni ennetamiseks LKD ja Parkinsoni dementsuse patsientidel (Hovendon jt 2014, Boot 2015).

Dementsusega patsientidel on nõrgenenud immuunsüsteemi tõttu suurenenud oht haigestuda hingamisteede infektsioonidesse (Manabe jt 2015), mis võib viia aspiratsioonipneumoonia tekkeni- see on üks peamisi surma põhjustajaid dementsusega patsientide seas (Londos jt 2013). Neelamisraskuse ehk düsfaagia korral võib patsiendil tekkida raskusi enda toitmisega või esineda muutusi toidueelistustes. Sellistel juhtudel on võimalik kasutada nasogastraalsondi, mis sisestatakse ninast otse makku või perkutaanne endoskoopiline gastroom, mis paigaldatakse kirurgiliselt läbi kõhu eesseina makku. Lähedased võivad soovida invasiivseid lähenemisi kartuses, et patsient nälgib Sampsoni jt (2009) aasta kirjandusülevaate uuringus (n=2390) selgus, et puuduvad tõendus põhised kinnitused, et sondiga toitmine pikendaks elulemust, parandaks patsiendi elukvaliteeti, pakuks talle paremat toitumist või vähendaks lamatiste tekke riski. Küll aga võib selline sekkumine suurendada kopsupõletikku haigestumise riski (Manabe jt 2015) kuna patsient võib hingata väikeseid söögikoguseid kopsu (Sampson jt 2009).

Mitmed autorid pööravad tähelepanu tulevikujuhiste koostamise olulisusele (Mullick jt 2013, Brooke ja Kirk 2014, Nimmons jt 2020). Tulevikujuhiste koostamine annab patsiendile võimaluse planeerida oma tulevikku ning anda lähedastele suuniseid (Nimmons jt 2020), kui nende tervises seisund on halvenenud niivõrd, et nad pole võimelised end enam ise väljendama (Mullick jt 2013, Brooke ja Kirk 2014). Tulevikujuhised on aluseks hooldusplaani koostamisel ning peab olema dokumenteeritud sellised aspektid nagu millisest ravist keeldutakse, kas elustamist soovitakse või mitte, milliseid invasiivseid vahendeid võib kasutada (Brooke ja Kirk 2014). Veel võiks seal kirjas olla patsiendi isiklikud vaated ja väärtused, eelistused hoolduse osas. Määratud võiks dokumendis olla patsiendi eestkostja (Nimmons jt 2020). Tervishoiutöötajad peaksid nõustama patsienti ja tema lähedasi tulevikjuhiste koostamisel ning soovutama need teha haiguse võimalikult varases faasis, kui patsient mõistab oma tervises seisundit (Mullick jt 2013). Kui inimene ei soovi tulevikjuhiseid kohe koostada, on oluline talle selgitada, et selle planeerimine vähendab hilisemas haiguse faasis koormust lähedastele ning temaga tuleks võimalusel uuel visiidil antud teemast uuesti rääkida (Nimmons jt 2020), seejuures on aga oluline austada patsiendi soove (Brooke ja Kirk 2014). Kui tulevikujuhised on koostatud ning notariaalselt allkirjastatud, on oluline, et see oleks hilisemas elufaasis kättesaadav nii tervishoiu meeskonnale kui ka lähedasele (Mullick jt 2013).

4.2. Lewy kehakeste dementsusega patsientide lähedaste toetamine

Kirjandusallikate läbitöötamisel selgus, et LKD patsientidele ja nende lähedastele kättesaadav teave haiguse kohta on enamasti üldine dementsussündroomi kirjeldamine. Samas on LKD-ga seotud eripärasid füsioloogiliste aspektide, toimetulekuviiside (Gealogo 2013, Monfared jt 2019, Killen jt 2021) ning haiguse kohta harva (Killen jt 2021). Lisaks tuuakse välja, et kuigi olles juba pikema aja kestel LKD omastehooldaja ja omatakse teavet haiguse olemusest, vajavad nad jätkuvalt täiendavat teavet LKD haiguse kulgemise kohta. Seepärast on lisaks arstidele ka õdedel on oluline roll nii patsientide, hooldajate kui ka teiste tervishoiutöötajate harimisel LKD valdkonnas (Gealogo 2013, Bentley jt 2021). Killen jt (2016) viisid Inglismaal LKD ühingu veebisaidil läbi küsitluse, mis keskendus LKD patsientide ja lähedaste kogemuste välja selgitamisele olemasoleva toetuse ja informatsiooni kättesaadavuse kohta. 125 vastaja tagasisidest ilmnis teabe ja toe puudulikkus, mida pakutakse LKD-diagnoosiga inimestele ja nende lähedastele diagnoosimise järgselt. Autorid tõid tulemustes välja, et patsiendi ja lähedaste murede põhjalik hindamine võimaldaks paremini mõista võimalikke probleeme ning pakkuda väärtuslikku teavet näiteks mittefarmakoloogiliste meetodite kavandamiseks ja läbiviimiseks.

Bentley jt (2021) integreeritud kirjanduse ülevaates (n=26) keskenduti LKD-ga lähedaste kogemustele. Enamik omastehooldajatest olid abikaasad ja elukaaslased või täiskasvanud tütreid. Autorid tõid välja, et olulisel kohal on patsiendi ja lähedaste nõustamine diagnoosimise järgselt, et selgitatakse neile haiguse olemust ja selle kulgemist. Lisaks selgus Parki jt (2018) uuringust, kuhu kaasati 606 omastehooldajat, et neil puudub sageli teadlikkus olemasolevatest teenustest, kogetakse ebamäärasus tulevikku suhtes ning jäetakse oma vajadused tahaplaanile. Omastehooldajad on uurimustes välja toonud, et neile valmistasid muret patsiendi päevane väsimus, unisus, fluktuatsioonid, erinevad kuseteedeinfektsioonide sümptomid, kõhukinnisus ja ortostaas (Dai jt 2024), mäluhäired, visuaalsed hallutsinatsioonid, ärrituvus ning agressiivsus (Svendsboe jt 2016).

Zweig ja Galvin (2014) kirjanduse ülevaates (n=39) selgus, et üle 90% LKD diagnoosiga inimestest ei olnud võimelised käima ise poes ja endale süüa tegema ning üle 60% vajasis lähedaste abi igapäevaste toimingutega hakkama saamisel. Haiguse progresseerumisel suureneb LKD sõltuvus ning seetõttu suureneb lähedaste hoolduskoormus ning vajadus toetuse järgi. Vossius jt (2024) uuringus, mis viidi läbi Norras, kaasati 109 patsienti, et analüüsida kolme aasta kestel igapäevaelutoimingute toetamiseks vajaliku abi kasutamist alates haiguse diagnoosimisest. Autorid rõhutasid, et oluline on arendada sekkumisi, mis suurendaksid sotsiaalset tuge, parandaksid teadlikkust haiguse kohta ning suunaksid inimesi kogukondlike teenuste juurde ning see võimaldaks vähendada omastehooldajate koormust ja parandada nii patsientide kui ka lähedaste elukvaliteeti, aidates ühtlasi vähendada institutsionaalse hoolduse vajadust ja sellega seotud kõrgeid kulusid.

Dai jt (2024) uuringus osalesid omastehooldajad (n=143) ja Lewy kehakeste dementsusega patsiendid (n=143) ning uuringus hinnati hooldaja elukvaliteeti, koormust, depressiooni ja leina erinevate näitajate põhjal, kuna nii oli võimalik peegeldada hooldaja koormuse erinevaid aspekte. Tulemustes tõid autorid välja, et 25,9% hooldajatest kogesid isolatsiooni, üksindust

või psühhosotsiaalse toetuse puudumist perekonnalt ja sõpradelt. Lisaks eelnevale kogeti hoolduskoormus, stressi ja läbipõlemist ning elukvaliteedi langus (Galvin jt 2011, Leggett jt 2011, Svendsboe jt 2016, Jones jt 2017, Park jt 2018, Rigby jt 2019, Vatter jt 2020). Läbipõlemise vältimiseks on oluline, et omastehooldajad tunneksid ära, millal abi küsida. Läbipõlemise risk võib olla tingitud puudulikest teadmistest võimaliku kättesaadava abi osas (Zweig ja Galvin 2014), seetõttu on oluline, et pööratakse tähelepanu ka LKD diagnoosiga inimeste lähedastele ja pakutakse vajadusel psühholoogilist tuge (Ajon jt 2013). Näiteks on mitmetes riikides Lewy Body Dementia Association. Ameerika Ühendriikides tegutseb see enam kui 30-s osariigis ning pakub patsientidele ja lähedastele tuge ja teavet, keskendudes nii dementsuse diagnoosimise ja progresseerumise selgitamisele kui ka jagatakse teavet hooldusvõimaluste ja tugigruppide kohta (Gomperts 2016). Ühendkuningriigis on mitmeid mittetulundusühinguid, mis toetavad dementsusega inimeste omastehooldajaid ning nõustamist osutavad dementsuse valdkonnas spetsialiseerunud õed (inglise keeles *Admiral Nurse Dementia*), kes on keskendunud dementsusega perede elukvaliteedi parandamisele. Samuti koolitavad, juhendavad ja toetavad nad teisi tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialiste dementsusega seonduvatel teemadel (Brown jt 2022).

LKD patsientide hooldamisel on tähtsad lihtsad ülesanded, järjepidevad rutiinid, regulaarne füüsiline tegevus, uni ja puhkus (Jackson jt 2017). Hallutsinatsioonide korral on vajalik välja selgitada, kas patsient on ohtlik iseendale ja teistele inimestele. Pereliikmetele tuleks õpetada strateegiaid taoliste olukordadega toimetulekuks: rahuliku keskkonna loomine ja vaidluste vältimine (Mosimann 2005). Visuaalsed hallutsinatsioonid tekivad tõenäolisemalt siis, kui patsientidel puudub stimulatsioon, seetõttu on kasulik võimaldada patsiendil tegeleda tegevustega, mis on talle meelepärased (Mosimann 2005, Abeysuriya jt 2015). Koolitamine vähendab neuropsühhiaatriliste häiretega patsientidel neuroleptikumide vajadust (Jackson jt 2017).

Tasakaaluhäirete ja desorienteerituse ja kognitiivse hapruse tõttu on LKD-ga inimestel suurenenud kukkumisoht. Kodu kohandused aitavad muuta patsienti ümbritseva keskkonna turvalisemaks (Boot jt 2015), samas peab olema teadlik, et füüsilise keskkonna muutmisel tuleb säilitada võimalikult palju tuttavlikkust, kuna muudatused võivad patsiendile tunduda hirmutavad. Tuttavas keskkonnas teab patsient mida oodata ja tunneb end turvaliselt (Mosimann 2005). Kukkumisohtu vähendamiseks on võimalik kasutada erinevaid abivahendeid näiteks käsipuid, pesemisel dušitoole. Majapidamisest tuleks eemaldada kukkumise tõenäosust suurendavad ohud: lahtised vaibad, terava servaga mööbel (Boot jt 2015). Abiks on liikumisabivahendid, käsklusele või liikumisele reageerivad valgustid (Gealogo 2013). Oluline on, et õed ja teised tervishoiutöötajad oskaksid anda soovitusi erinevate abivahendite olemasolu ja kasutusvõimaluste kohta (Perkins jt 2017).

Lisaks informatsioonile igapäevaste hooldustoimingute ja elukorralduse kohta, vajavad lähedased tuge elukaare lõpus oleva lähedase toetamisel. Armstrongi jt (2018a) viisid läbi uurimuse, kus anketeerisid (n=400) ja intervjuerisid (n=36) LKD-ga patsientide lähedast seoses elulõpu kogemusega. Uuringust selgus, et peamiste probleemidena toodi välja teadmiste puudumist elulõpu kulgemise kohta (sümptomid, haiguse süvenemine), oskamatust

hooldada surijat, mitte piisavat informatsiooni ravimite kohta, suurenenud vajadust õe või arsti nõuannete ning institutsionaalse hoolekande- või hospitiitteenuse järele.

LKD patsiendi lähedaste toetamine on mitmetahuline protsess, mis hõlmab emotsionaalset, praktilist ja informatiivset tuge (Bentley 2021). Samuti on tähtis kaasata patsient ja lähedased raviprotsessi, austades nende autonoomiat ja otsustusvabadust (Entwistle jt 2010). Omastehooldaja heaolu tagamine on määrava tähtsusega, aidates säilitada elukvaliteeti ja tulla toime lähedase haigusega seotud väljakutsetega (Killen jt 2021). Psühhosotsiaalne tugi, teadlikkus ja informatsioon aitab vähendada psühholoogilist ja füüsilist koormust, leevendada sotsiaalset isolatsiooni ning ennetada depressiooni (Park jt 2018). Lisaks leevendab psühholoogilist distressi ja hoolduskoormust (Abeysuriya jt 2015, Bentley jt 2021, Armstrong jt 2024).

ARUTELU

Uurimistöö eesmärk oli tõendus põhiste allikatele tuginedes kirjeldada Lewy kehakeste dementsuse olemust, esinemissagedust, sümptomaatikat, diagnoosimist ja ravi ning patsientide ja lähedaste toetamise võimalusi. Lewy kehakeste dementsus (LKD) on progresseeruv neurodegeneratiivne haigus, mis mõjutab olulisel määral nii patsiente kui ka nende lähedasi. Seepärast on oluline, et tervishoiutöötajad omavad ülevaadet haiguse olemusest ning patsientide ja lähedaste toetamise võimalustest. Vaatamata kaasaegse meditsiini arengule on LKD diagnoosimine endiselt problemaatiline, mis rõhutab vajadust täpsemate diagnostiliste kriteeriumite väljatöötamiseks. Probleemi leevendamiseks on oluline tõsta teadlikkust LKD sümptomitest, parandada diagnostilisi meetodeid ning pakkuda tervishoiutöötajatele ja peredele vajalikku koolitust ning tuge. Multidistsiplinaarne ning võimalikult varajane sekkumine võib oluliselt parandada patsientide ja nende lähedaste toimetulekut ning elukvaliteeti.

Lõputöö koostamisel kirjeldati esmalt LKD esinemissagedust, sümptomaatikat, diagnoosimist ja ravi. Teadusartiklitele tuginedes saab tõdeda, et LKD diagnoosimine on keerukas raskesti eristatavate sümptomite tõttu ning haiguse diagnoosi saamine võib võtta aega (Neef ja Walling 2006, Zweig ja Galvin 2014, Sanford 2018, O'Shea jt 2024). Diagnostiline ebakindlus võib omakorda mõjutada ravi efektiivsust ja patsientide elukvaliteeti (Tang jt 2015, Monfared 2019, Nimmons jt 2020). LKD ravi keskendub psühhiaatriliste ja motoorsete sümptomite leevendamisele, kombineerides nii medikamentoosseid kui mittemedikamentoosseid viise (Neef jt 2006, Macijauskiene ja Lesauskaite 2012, McKeith jt 2017, Monfared jt 2019). Ravi teeb keeruliseks asjaolu, et ühe sümptomi leevendamine võib halvendada teist (Sanford 2018). Samuti teeb LKD-ga patsientide ravi keeruliseks asjaolu, et nad on ülitundlikud neuroleptikumide suhtes (Neef jt 2006, Karantzoulis ja Galvin 2013, McKeith jt 2017).

Teine püstitatud uurimisülesanne keskendus Lewy kehakeste dementsusega patsientide ja patsiendi lähedaste toetamise võimaluste kirjeldamisel. LKD-ga kaasnevad sümptomid mõjutavad nii patsienti kui ka tema lähedasi ja hooldajaid. Haiguse süvenedes muutuvad esialgu keeruliseks tavapäraselt lihtsate ülesannete sooritamine (Neef jt 2006, Zweig ja Galvin 2014, Vossius jt 2024). Sellistel juhtudel on oluline jagada ülesanded mitmeks väiksemaks etapiks, sest nii ei teki patsiendil ebaõnnestumise tunnet (Mosimann 2005). Haigusega kaasnevad väljakutsed võivad lähedased viia läbipõlemiseni (Galvin jt 2011, Leggett jt 2011, Svendsboe jt 2016, Jones jt 2017, Park jt 2018, Rigby jt 2019, Vatter jt 2020), mistõttu on oluline, et lähedastele oleks tagatud piisava toe olemasolu (Ajon jt 2013, Armstrong jt 2018a, Bentley 2021, Killen jt 2021, Brown jt 2022). Sotsiaalne tugi aitab vähendada lähedaste psühholoogilist ja füüsilist koormust, sotsiaalset isoleeritust ning depressiooni (Park jt 2018). Olulised on ka haigusspetsiifilised koolitused, mis ei piirdu vaid meditsiiniliste teadmistega, pakkudes seeläbi tuge, ühendades emotsionaalse toe praktiliste oskuste arendamisega. Teadmiste ja kogemuste jagamine koolituste kaudu tugevdab kõiki osapooli, aidates neil paremini mõista haiguse dünaamikat ja toimetulekut ning luua toimivat sotsiaalset võrgustikku, kus igal inimesel on oma roll ja vastutus (Brown jt 2022). Siinkohal ilmneb LKD

kui haiguse laiem sotsiaalne mõju, mis ulatub patsiendist kaugemale. See rõhutab vajadust tervikliku käsitlemise järele, kus ravi- ja tugisüsteemid arvestavad ka omastehooldajate vajadustega. Omastehooldajad vajavad haiguspetsiifilisi koolitusi, et igapäevaelus paremini toime tulla ning muuta kvaliteetsemaks nii patsiendi kui ka enda elu.

Haiguse progresseerumisel kaob patsiendil võime enda eest otsuseid teha ning end väljendada (Sampson jt 2009, Kramberger jt 2017, Whitworth ja Whitworth 2021). Selleks, et lähedased ei tunneks survet teha patsiendi eest otsuseid, mille tegemises nad isegi kindlad pole, on oluline, et patsient looks koostöös tervishoiutöötaja ja lähedastega tulevikujuhised. Selles peaks olema dokumenteeritud patsiendi soovid oma raviga seonduvalt: elustamissoov või -keeld, invasiivsete vahendite kasutamise nõusolek või nendest keeldumine, samuti info, millist ravi ei soovita (Brooke ja Kirk 2014). Lisaks on oluline, et märgitud oleks patsiendi eelistused hoolduse osas, tema isiklikud vaated ja väärtused ning tema eestkostja nimi (Nimmons jt 2020). Oleme arvamusel, et tulevikujuhiste rakendamine on hea näide patsiendikeskse lähenemisest kaasaegses tervishoius, võimaldades säilitada patsiendi autonoomiat ka haiguse hilisemates faasides ning vähendades lähedaste otsustamise koormust.

Lõputöö autorid soovivad rõhutada tervishoiutöötajate ja lähedaste vahelise suhtluse olulisust. Asjakohase informatsiooni jagamine lähedastele ja patsiendile tõstab oluliselt nende elukvaliteeti ning tekitab neis tunde, et nad on hoitud. Lõputöö autorid leiavad, et Lewy kehakeste dementsuse käsitlemisel igapäevases öendustöös on oluline terviklik lähenemine, mis hõlmab nii patsiendi kui ka tema lähedaste igakülgset toetust. Patsiendi hooldus peaks keskenduma keskkonna kohandamisele, igapäevategevuste toetamisele, ravimite kõrvaltoimete jälgimisele ning psühholoogilisele ja emotsionaalsele abile. Interdistsiplinaarne koostöö ning paindlikud hooldusmeetodid aitavad tagada, et hooldus vastab haiguse progresseeruvast iseloomust tulenevatele väljakutsetele ning toetab nii patsienti kui tema peret.

Lõputöö autorid märgivad töö kitsaskohana saab välja tuua aspekti, et tehtud on mitmeid uurimusi seoses lähedaste ja patsientide toetamise vajaduste kohta ning mis keskenduvad peamiselt omastehooldajate hoolduskoormusele. Samas on oluline patsiendi toetamine, sealjuures nende ettevalmistamine haigusega elamiseks. Samuti toome välja asjaolu, et 28 kasutatud artiklist on kirjanduse ülevaated.

Eesti kontekstis, tuginedes lõputöö tulemustele, on Lewy kehakeste dementsuse käsitlemisel prioriteediks teadlikkuse järjepidev suurendamine. Laiem perspektiiv on vajalik terviklike hooldus- ja tugistrateegiate arendamiseks, et põhjalikumalt käsitleda haigusest tingitud väljakutseid. Kuna Eestis puuduvad teemakohased uurimused, siis järgnevatel uurimistöodes võiks keskenduda LKD-ga inimeste ja hooldajate kogemuse kirjeldamisele, et saada terviklikum arusaam haigusega kaasnevatest raskustest.

JÄRELDUSED

Lewy kehakeste dementsus on ajas progresseeruv degeneratiivne ajuhäire. Võrreldes kõigi teiste dementsussündroomidega on LKD diagnoosi suurusjärk 22–26%. Sümptomiteks on varane dementsus, visuaalsed hallutsinatsioonid, ekstrapüramidaalsed motoorsed sümptomid, treemorid, bradükineesia, lihaste jäikus, kõnnihäired, ebastabiilsus liikumisel, minestus, kukkumised, unehäired, depressioon ja deliirium. Diagnoosimiseks on kasutusel erinevad meetodid (anamnees, läbivaatus, uuringud), kuid farmakoloogilist ravi haigusele ei ole. Praegused olemasolevad ravimeetodid keskenduvad sümptomite leevendamisele.

LKD-ga patsiendid muutuvad keerukate sümptomite tõttu kiiresti kõrvalisest abist sõltuvaks. Patsientide toetamises on oluline rakendada nii mittefarmakoloogilisi kui ka farmakoloogilisi viise. Lähedased võivad tunda hoolduskoormuse suurenemisel stressi, läbipõlemist ja hirmu tuleviku ees. Tulevikujuhised aitavad lähedastel haiguse süvenedes toetada patsiendi soovidele ning annavad patsiendile kindlustunde, et tema soovid on lähedastele teada. On oluline, et nii lähedastele kui ka patsiendile oleks tagatud piisav kättesaadav info haiguse olemusest, ravist ning tulevikus tekkida võivatest raskustest. Haigusspetsiifiliste koolituste kättesaadavus nii patsiendile kui ka lähedastele aitab vähendada patsientidel ravimite kasutamist ning toetada lähedasi igapäevases hakkama saamises.

KASUTATUD ALLIKAD

Abey Suriya, R., Walker, Z. (2015). Dementia with Lewy bodies. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 11(3): 146–149.

Armstrong, M. J. (2021). Advances in dementia with Lewy bodies. *Sage Journals*, 14:1–14.

Armstrong, M. J.; Alliance, S; Taylor, A; Corsentino, P; Galvin, J. E.; Solari, Al . (2018a). End-of-life experiences in dementia with Lewy bodies: Qualitative interviews with former caregivers. *PLOS ONE*, 14(5): e0217039.

Armstrong, M. J., Alliance, S., Corsentino, P., DeKosky, S. T., Taylor, A. (2018b). Cause of death and end-of-life experiences in individuals with dementia with Lewy bodies. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 67(1): 67–73.

Armstrong, M. J., Gamez, N., Alliance, S., Majid, T., Taylor, A., Kurasz, A. M., Patel, B., Smith, G. (2020). Research priorities of caregivers and individuals with dementia with Lewy bodies: An interview study. *PloS one*, 15(10): e0239279.

Bentley, A., Morgan, T., Salifu, Y., Walshe, C. (2021). Exploring the experiences of living with Lewy body dementia: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 77: 4632–4645.

Boot, B. P. (2015). Comprehensive treatment of dementia with Lewy bodies. *Alzheimer's research & therapy*, 7(1): 45.

Brooke, J., Kirk, M. (2014). Advance care planning for people living with dementia. *ScienceDirect*, 107: 491–494.

Brown, L. J. E., Aldridge, Z., Pepper, A., Lero, i I., Dening, K. H. (2022). It's just incredible the difference it has made': family carers' experiences of a specialist Lewy body dementia Admiral Nurse service. *Age and Ageing*, 51(10): 1–5.

Dai, Y., Armstrong, M. J., Sovich, K., LaBarre, B., Paulson, H. L., Maixner, S. M., Fields, J. A., Lunde, A. M., Forsberg, L. K., Boeve, B.F., Manning, C. A., Galvin, J. E., Taylor, A. S., Li, Z. (2024). Caregiver experiences and burden in moderate-advanced dementia with Lewy bodies. *Neurology: Clinical Practice*, 14(3):e200292.

Davis-Fantauzzi, A. (2020). The Rise of Dementia With Lewy Bodies. *Journal of Neuroscience Nursing, Publish Ahead of Print*, 52: 311–313.

Entwistle, V. A., Carter, S. M., Cribb, A., McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7): 741–745.

- Ferman, T.J., Boeve, B.F. (2007). Dementia with Lewy Bodies. *Neurologic Clinics*, 25(3):741–760.
- Fritze, F., Ehrt, U., Hortobagyi, T., Ballard, C., Aarsland, D. (2011). Depressive symptoms in Alzheimer's disease and Lewy body dementia: A one-year follow-up study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 32(2): 143–149.
- Galvin, J. E., Balasubramaniam, M. (2013). Lewy Body Dementia: The Under-Recognized but Common FOE. *Cerebrum*, 13: PMC3999867.
- Gealogo, G. A. (2013). Dementia With Lewy Bodies: a comprehensive review for nurses. *American Association of Neurosciences Nurses*, 45: 352–357.
- Gomperts, S. N. (2016). Lewy body dementias: dementia with Lewy Bodies and Parkinson disease dementia. *American Academy of Neurology*, 22(2): 435–460.
- Haider A., Spurling B.C., Sanchez-Menso J. C. (2023). Lewy Body Dementia. *StatPearls*
- Hawco, S. (2016). Development of educational resources regarding Lewy body dementia for nurses in long-term care. Master's thesis: Memorial University of Newfoundland.
- Hea teadustava (2023). Tartu Ülikooli eetikakeskuse ja Eesti Teadusagentuuri tööriühm. Kättesaadav: https://eetika.ee/sites/default/files/2023-06/HEA%20TEADUSTAVA_2023.pdf (20.08.2024).
- Hershey, L. A., Coleman- Jackson, R. (2019). Pharmacological management of dementia with Lewy bodies. *Springer Link, Drugs and Aging*, 36: 310–317.
- Horn, S., Richardson, H., Xie, S.X., Weintraub, D., Dahodwala, N. (2019). Pimavanserin versus quetiapine for the treatment of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism & related disorders*, 69: 119–124.
- Hovendon, B., Kaufman, M. (2015). Dementia With Lewy Bodies: An Overview. *McGill Science Undergraduate Research Journal*, 10(1): 122–128.
- Hõbesaar, L. (2022). Õendusabi Alzheimeri tõvega patsientidele statsionaarses ravis. Lõputöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.
- Jackson, G.A.; Newbronner, L., Chamberlain, R., Borthwick, R., Yardley, C., Boyle, K. (2017). Caring for people with dementia with Lewy bodies and Parkinson's dementia in UK care homes— A mixed methods study. *European Geriatric Medicine*, 8(2): 146–152.

Karantzoulis, S., Glavin, J. E. (2013). Update on dementia with Lewy bodies. *Current Geriatrics Reports*, 2(3): 196–204.

Kershenbaum, A. D., Price, A. C., Cardinal, R.N., Chen, S., Fitzgerald, J. M., Lewis, J., Moylett, S., O'Brien, J. T. (2023). Mortality rates and proximal causes of death in patients with Lewy body dementia versus Alzheimer's disease: A longitudinal study using secondary care mental health records. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(5): e5937.

Killen, A., Darren, F., De Brun, A., O'Brien, N., O'Brien, J., Thomas, A. J., McKeith, I., Taylor, J-P. (2016). Support and information needs following a diagnosis of dementia with Lewy bodies. *International Psychogeriatrics*, 28(3): 495–501.

Killen, A., Flynn, D., O'Brien, N., Taylor, J-P. (2021). The feasibility and acceptability of a psychosocial intervention to support people with dementia with Lewy bodies and family care partners. *Dementia*, 21(1): 77–93.

Kramberger, M.G., Auestad, B., Garcia-Ptacek, S., Abdelnour, C., Olmo, J. G., Walker, Z., Lemstra, A. W., Londos E., Blanc F., Bonanni L., McKeith I., Winblad B., de Jong F. J., Nobili F., Stefanova E., Petrova M., Falup-Pecurariu C., Rektorova I., Bostantjopoulou S., Biundo R., Weintraub D., Aarsland, D. (2017). Long-Term Cognitive Decline in Dementia with Lewy Bodies in a Large Multicenter, International Cohort. *Journal of Alzheimer's Disease*, 57(3): 787–795.

Laja, R. (2019). Alzheimeri tõvega lähedase hooldamise mõju omastehooldaja heaolule. Lõputöö. Tartu Tervishoiu Kõrgkool, õe õppekava.

Larsson, V., Holmbom-Larsen, A., Torisson, G., Strandberg, E. L., Londos, E. (2019). Living with dementia with Lewy bodies: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, 9(1): e024983.

Leggett, A. N., Zarit, S., Taylor, A., Galvin, J. E. (2011). Stress and Burden Among Caregivers of Patients with Lewy Body Dementia. *The Gerontologist*, 51(1): 76–85.

Londos, E., Hanzsson, O., Hirsch, I. A., Janneskog, A., Bülow, M., Palmqvist S. (2013). Dysphagia in Lewy body dementia- a clinical observational study of swallowing function by videofluoroscopic examination. *BMC Neurology*, 13(1): 140–145.

Manabe, T., Mizukami, K., Akatsu, H., Teramoto, S., Yamaoka, K., Nakamura, S., Ohkubo, T., Kudo, K., Hizaw, N. (2015). Influence of pneumonia complications on the prognosis of patients with autopsy-confirmed Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies and vascular dementia. *Psychogeriatrics*, 16(5): 305–314.

Mosimann, U. P., McKeith, I. G. (2003). Dementia with Lewy bodies – diagnosis and treatment. *Swiss Medical Weekly*, 133: 131–134.

McKeith, I. , Boeve, F.B., Dickson, W. D., Halliday, G., Taylor, J-P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C.G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A., Duda, J. E., El-Agnaf, O., Feldman, H., Ferman, T. J., Ffytche, D., Fujishiro, H., Galasko, D., Goldman, J. E., Gomperts, S. N., Graff-Rafrod, N. R., Honig, L. S., Iranzo, A., Kantarci, K., Kaufer, D., Kukull, W., Lee, V. M. Y., Leverenz, J. B., Lewis, S., Lippa, C., Lunde, A., Masellis M., Masliah, E., McLean, P., Mollenahuer, B., Montine, T. J., Moreno, E., Mori, E., Murray, M., O'Brien, J. T., Orimo, S., Postuma, R. B., Ramaswamy, S., Ross, O. A., Salmon, D. P., Singleton, A., Taylor, A., Thomas, A., Tiraboschi, P., Toledo, J. B., Trojanowski, J. Q., Tsuang, D., Walker, Z., Yamada, M., Kosaka, K. (2017) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies, Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology Journals*, 89(1): 88–100.

Monfared, T., Abbas, A., Genevieve, M., Richard, P., Darren, J. (2019). Burden of Disease and Current Management of Dementia with Lewy Bodies: A Literature Review. *Neurology and Therapy*, 8(2): 289–305.

Mosimann, U. P (2005). Management und Therapie von Lewy-Körper-Demenz und Parkinson-Demenz. *Schweiz Med Forum*, 5: 919–924.

Mullick, A., Martin, J., Sallnow, L. (2013). An introduction to advance care planning in practise. *BMJ*, 347(3): 28–34.

Nimmons, D., Hatter, L., Davies, N., Sampson, E. L., Walters, K., Schrag, A. (2020). Experiences of advance care planning in Parkinson's disease and atypical Parkinsonian disorders: a mixed methods systematic review. *European Journal of Neurology*, 27(10): 1971–1987.

Naasan, G., Shdo, S. M., Rodriguez, E. M., Spina, S., Grinberg, L., Lopez, L., Karydas, A., Seeley, W.W., Miller, B. L., Rankin, K.P. (2021). Psychosis in neurodegenerative disease: differential patterns of hallucination and delusion symptoms. *Oxford Academic*, 144(3): 999–1012.

Neef, D., Walling, A. D. (2006). Dementia with Lewy bodies: an emerging disease. *American Family Physician*, 73(7): 1223–1229.

O'Shea, D. M., Arkhipenko, A., Galasko, D., Goldman, J. G., Sheikh, Z. H., Petrides, G., Toledo, J. B., & Galvin, J. E. (2024). Practical use of DAT SPECT imaging in diagnosing dementia with Lewy bodies: A US perspective of current guidelines and future directions. *Frontiers in Neurology*, 1–18.

Park, J., Tolea, M., Arcay, V., Lopes, Y., Galvin, J. (2018). Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with Lewy

bodies, Parkinson's disease dementia, or Alzheimer's disease. *Social Work in Mental Health*, 17(3): 253–278.

Popova, V. (2022). Alzheimeri tõvega seonduvad unehäired ja une parandamise võimalused kodus. Lõputöö. Tartu Tervishoiu Kõrgkool.

Riepe, M., Lanza, C. (2013). Demenz mit Lewy-Körpern. *PSYCH up2date*, 7(6): 337–348.

Rehelem, E. (2016). Perekonna probleemid dementsusega pereliikme hooldamisel kodustes tingimustes ja õendustegevus pere abistamisel. Lõputöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Sampson, E. L., Candy, B., Jones, L. (2009). Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD007209.

Sanford, A. M. (2018). Lewy body dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(4): 603–615.

Svendsboe, E., Terum, Toril T., Testad, I., Aarsland, D., Ulstein, I., Corbett, A., Rongve, A. (2016). Caregiver burden in family carers of people with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(9): 1075–1083.

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104: 333–339.

Zweig, Y. R., Galvin, J. E. (2014). Lewy body dementia: the impact on patients and caregivers. *Alzheimer's Research and Therapy*, 6: 1–7.

Vatter, S., Stanmore, E., Clare, L., McDonald, K.R., McCormick, S.A., Leroi, I. (2020). Care burden and mental ill health in spouses of people with Parkinson disease dementia and Lewy body dementia. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 33(1): 3–14.

Vossius, C. Rongve, A., Testad, I., Wimo, A., Aarsland D. (2014). The Use and Costs of Formal Care in Newly Diagnosed Dementia: A Three-Year Prospective Follow-Up Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4): 381–388.

Tang, E., Burn, D., Taylor, J., Robinson, L. (2015). Dementia with Lewy bodies: The emerging role of primary care. *European Journal of General Practice*, 22(1): 53–57.

Teor, L. (2022). Dementsuse sündroomiga patsiente toetav füüsiline keskkond. Lõputöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

The Role of Palliative and Hospice Care in Lewy Body Dementia. Lewy body Dementia Association.

<https://www.lbda.org/the-role-of-palliative-and-hospice-care-in-lewy-body-dementia/>
(17.09.2024).

Walker, Z., Possin, K. L., Boeve, B. F., Aarsland, D. (2015). *Lewy body dementias*. *The Lancet*, 386(10004): 1683–1697.

Whitworth, H. B., Whitworth, J. (2021). *A caregiver's guide to Lewy body dementia* (2nd ed.). Demos Health / Springer Publishing Company.

Winchester, S., Salji, M. (2016). Writing a literature review. *Journal of Clinical Urology*, 9(5): 308–312

Õun, A. (2020). *Dementsusega inimese omastehooldaja toimetulekuraskused Eestis*. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Yuuki, S., Hashimoto, M., Koyama, A., Matsushita, M., Ishikawa, T., Fukuhara, R., Honda, K., Miyagawa, Y., Ikeda, M., & Takebayashi, M. (2023). Comparison of caregiver burden between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 23(4): 682–689.

LISAD

LISA 1. Teadusartiklite väljavõtuleht

Bibliograafiline kirje (autor, aasta, pealkiri, väljaanne)	Uurimisprobleem, keskne küsimus	Eesmärk, ülesanded	Uurimistöö tüüp	Valim, populatsioon, andmete kogumise- ja analüüsimeetod	Olulisemad tulemused ja järeldused
Abey Suriya R., Walker Z. (2015). Dementia with Lewy bodies. <i>British Journal of Neuroscience Nursing</i>	LKD- ga inimestel on prognoos ja ellujäämisvõimekus halvemad kui Alzheimeri tõve puhul. Samuti tekitab LKD hooldajatele märkimisväärset koormust ja toob kaasa kulusid tervishoiuteenustele.	Töö eesmärk on kirjeldada LKD diagnoosimist, sümptomaatikat ja medikamentoosid ning mittemedikamentoosid raviviise.	Kirjanduse ülevaade	Töös oli kasutatud 18 teadusartiklit, mis olid publitseeritud ajavahemikes 1992-2009. Puudub info, milliseid andmebaase on kasutatud.	Lewy kehakestega dementsus on neurodegeneratiivne häire. Omaste hooldajad seisavad silmitsi mitmete keeruliste väljakutsetega, mis hõlmavad nii sotsiaalseid, meditsiinilisi kui ka majanduslikke aspekte. Visuaalsed hallutsinatsioonid tekivad tõenäolisemalt siis, kui patsientidel puudub stimulatsioon, seetõttu on kasulik võimaldada patsiendil tegeleda tegevustega, mis talle meelepärased on.
Armstrong M. J. (2021). Advances in dementia with Lewy bodies. <i>Sage Journals</i>	LKD diagnoosiga inimeste kliinilised uuringud on viimase 5 aasta jooksul sagenenud, keskendudes nii sümptomitele kui ka haiguse patoloogiale. Tõhusad ravimeetodid on siiski vajaka.	Eesmärgiks anda ülevaade hiljutistele edusammudele LKD alal. Keskendatakse kliinilise hoolduse kirjandusele.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaates on kasutatud 68 teadusartiklit, mis on publitseeritud ajavahemikus 1990-2021, mis on leitud andmebaasidest Crossref, PubMed, Web of Science, Google Scholar.	Haiguse progresseerudes lisanduvad vaimse võimekuse langus ja mäluhäired.
Armstrong, M. J.; Alliance, S.; Taylor, A; Corsentino, P; Galvin, J. E.; Solari, Al. (2018a). End-of-life experiences in dementia with Lewy bodies: Qualitative interviews with former caregivers. <i>PLOS ONE</i>	Ehkki LKD on levinuim neurodegeneratiivne dementsuse tüüp Ameerika Ühendriikides, on LKD diagnoosiga patsientide ja nende lähedaste kogemusi elu lõpust vähe uuritud.	Eesmärgiks uurida ja kirjeldada LKD diagnoosiga patsientide hooldajate kogemusi elulõpus.	Empiiriline uurimus, kvalitatiivne	Osalejad (n=30) värvati Lewy kehaste dementsuse assotsiatsiooni (LBDA) kaudu. Uuringus osalemise kriteeriumiteks pidi osaleja olema LKD diagnoosiga patsiendi hooldaja, pereliige või sõber ning patsient pidi olema surnud viimase viie aasta jooksul. Veebiküsitlus oli anonüümne, mille järgselt oli võimalus osaleda vabatahtlikult ka telefoniintervjuus. Analüüsiks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi.	LKD diagnoosiga patsientide hooldajad vajavad suuremat tuge elulõpu hooldusega seonduvalt. Mitmed sümptomid süvenesid enne patsiendi surma. Elulemus LKD diagnoosiga oli keskmiselt 5 aastat.

<p>Armstrong M. J., Alliance S., Corsentino P., DeKosky S. T., Taylor A. (2018b). Cause of death and end-of-life experiences in individuals with dementia with Lewy bodies. <i>J Am Geriatr Soc</i>,</p>	<p>LKD diagnoosiga inimeste surmapõhjustest ja elulõpu kogemustest on vähe teadmisi.</p>	<p>Eesmärgiks oli uurida LKD diagnoosiga patsientide surma põhjuseid ja elulõpu kogemusi.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvantitatiivne</p>	<p>20 küsimusega veebiküsitlus viidi läbi <i>Lewy Body Dementia Associationi</i> kaudu. Osalejateks LKD diagnoosiga inimeste hooldajad, perekond ja lähedased (n=658), kelle lähedase surmast oli möödas kuni viis aastat. Tulemusi analüüsiti kirjeldavalt, selleks kasutati tabeleid (Excel, Microsoft Corporation, Redmond, WA).</p>	<p>Enamik LKD diagnoosiga inimestest sureb haigusest tingitud tüsistuste tagajärjel. Enamus patsiente suri viie aasta jooksul pärast diagnoosi saamist.</p>
<p>Armstrong, M. J. ; Gamez, N; Alliance, S; Majid, T; Taylor, A; Kurasz, A. M.; Patel, B; Smith, Glenn; G, Stephen D. (2020). Research priorities of caregivers and individuals with dementia with Lewy bodies: An interview study. <i>PLOS ONE</i>,</p>	<p>LKD patsientidega koos elavate isikute ja hooldajate kohta on vähe uuringuid.</p>	<p>Eesmärgiks selgitada välja LKD-ga seonduvad uurimisvajadused antud valdkonnas.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvalitatiivne</p>	<p>Uuringus osales 20 LKD-ga inimest ja 25 hooldajat, kellega viidi läbi telefoniintervjuud. Intervjuude transkriptsioonide analüüsiks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi.</p>	<p>Uuring käsitles mitmesuguseid teadustöö kategooriaid, mille raames LKD-ga elavad isikud ja hooldajad tuvastasid olulisi uurimisteemasid kõigis neist. Nendeks olid teadlikkuse suurendamine, LKD põhjuse määramine, diagnoosimise parandamine, haiguse prognoosi ja staadiumite uurimine, LKD sümptomid, mis vajavad täiendavat uurimist, ravi, mis ennetaks, raviks või aeglustaks LKD progresseerumist, igapäevase funktsioneerimise ja elukvaliteedi parandamine, hooldus ja teadlikkuse suurendamist.</p>
<p>Bentley A., Morgan T; Salifu Y., Walshe C. (2021). Exploring the experiences of living with Lewy body dementia: an integrative review. <i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>LKD-l on ainulaadsed väljakutsed igapäevaelus, millega hooldajad peavad hakkama saama.</p>	<p>Eesmärgiks uurida LKD-ga isikute ja nende hooldajate kogemusi LKD diagnoosi ja eluga seonduvalt.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Andmeid koguti Medline'i, CINAHL'i, PsycINFO, AMED'i ja ALIOS'i andmebaasidest. Kokku analüüsiti 26 artiklit, mis olid publitseeritud ajavahemikus 1995-2020. Artikleid analüüsiti <i>Mixed-Methods Appraisal Tool</i>'i ja Gough'i <i>'Weight of Evidence'</i> abil. Andmete haldamist toetasid ATLAS.ti 8 ja COVIDENCE tarkvara.</p>	<p>Lewy kehakestega dementsuse (LKD) omastehooldajad seisavad silmitsi mitmete keeruliste väljakutsetega, mis hõlmavad nii sotsiaalseid, meditsiinilisi kui ka majanduslikke aspekte. Diagnoosimise järel vajavad uuringu põhjal patsiendid tuge leidmaks arsti, kes selgitaks neile haigust ja diagnoosi, toetus- ja ravivõimalusi.</p>

<p>Boot, B. P. (2015). Comprehensive treatment of dementia with Lewy bodies. <i>Springer Link</i>.</p>	<p>Raviotsuste tegemine on LKD diagnoosi korral keeruline, kuna ühe sümptomite rühma ravi võib põhjustada tüsistusi teistes sümptomite valdkondades.</p>	<p>Eesmärgiks oli kirjeldada LKD kompleksse ravi olemust.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Töös on kasutatud 106 artiklit, publitseeriti ajavahemikus 1992-2013 ning olid pärit andmebaasidest nagu CAS, Google Scholar, PubMed.</p>	<p>Kuna haigusega kaasnevad sageli lihaste jäikus, bradükineesia, treemorid ja raskused kõndimisel, on oluline varakult alustada füsioteraapiaga ja pöörata tähelepanu kodu ohutuks muutmisele, et vältida kukkumisi.</p>
<p>Brooke J., Kirk M. (2014). Advance care planning for people living with dementia. <i>ScienceDirect</i></p>	<p>Dementsus on tunnustatud terminaalne haigus, mistõttu on vajalik võimalikult varakult nii patsiendi kui ka lähedastega rääkida elulõpuravist ja hooldusplaani vormistamisest.</p>	<p>Eesmärgiks kirjeldada hooldusplaani koostamisega seonduvaid takistusi tervishoius.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Andmeid koguti PubMedist, CINAHList ja MEDLINEist. Ülevaate kirjutamiseks kasutati 34 artiklit, mis olid publitseeritud vahemikus 2005-2014.</p>	<p>hooldusplaani koostades on oluline arvestada patsiendi soove. Sellest rääkimine võib olla alguses hirmutav nii patsiendile kui ka lähedastele. Hooldusplaani peaks olema dokumenteeritud juhised oma ravi soovidest: millisest ravist keeldutakse, kas elustamist soovitakse või mitte, milliseid invasiivseid vahendeid võib kasutada.</p>
<p>Brown L. J. E., Aldridge Z., Pepper A., Leroi I., Dening K. H.. (2022). It's just incredible the difference it has made': family carers' experiences of a specialist Lewy body dementia Admiral Nurse service. <i>Age and Ageing</i></p>	<p>LBD-ga inimese pereliikmest hooldajaks olemine võib olla väljakutseid pakkuv ning sageli kaasneb sellega suur stress, depressioon ja ärevus.</p>	<p>Eesmärgiks oli uurida omastehooldajate kogemusi LKD-ga <i>Admiral Nurse</i> teenusega.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvalitatiivne</p>	<p>Intervjueeriti 14 Lewy kehakeste dementsusega patsiendi omastehooldajat LKD <i>Admiral Nurse</i> teenuse kogemuste kohta. Andmete analüüsimisel kasutati temaatilist analüüsi.</p>	<p>USAs on loodud LKD diagnoosiga patsientidele ja nende hooldajatele Lewy Body Dementia Association, mis pakub tuge enam kui 30-s USA osariigis. Alzheimeri tõve ühing ja <i>National Institute on Aging</i> pakuvad teavet Lewy kehakeste dementsuse diagnoosimise ja progresseerumise kohta ning samuti teavet hooldusvõimaluste ja tugirühmade kohta. Ühendkuningriigis on dementsusega inimeste hooldajate toetamiseks loodud <i>Admiral Nursing Dementia UK</i> heategevusorganisatsioon, kus dementsusele spetsialiseerunud registreeritud õed pühenduvad dementsusega perede elukvaliteedi parandamisele. Samuti koolitavad, juhendavad ja toetavad nad üldisi tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialiste dementsuse patsiendi hoolduses.</p>
<p>Dai Y., Armstrong M. J., Sovich K., LaBarre B.,</p>	<p>LKD on levinud degeneratiivne haigus, kuid puuduvad uuringud</p>	<p>Uurida hooldajate kogemust mõõduka-raske LKD korral.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvantitatiivne</p>	<p>Uuringus osalejad (n=143) värvati erakliinikutest,</p>	<p>Hooldajad olid enamasti abikaasad (84.7%) ja naised (83,5%), keskmine vanus 68aastat,</p>

<p>Paulson H. L., Maixner S. M., Fields J. A., Lunde A. M., Forsberg L. K., Boeve B.F., Manning C. A., Galvin J. E., Taylor A. S, Li Zhigang. (2024). Caregiver experiences and burden in moderate-advanced dementia with Lewy bodies. <i>Neurology: Clinical Practice</i>.</p>	<p>hooldajate kogemuste kohta haiguse hilistes staadiumites.</p>	<p>Teha kindlaks, mida on vaja hoolduse ja toe parandamiseks.</p>		<p>huvikaitseorganisatsioonidest ja uuringuregistritest. Uuringus koguti demograafilisi andmeid, haigusega seotud näitajaid ja hooldaja kogemuse näitajaid, mis seostuvad: hooldaja toetuse, koormuse, enesetõhususe, leina, elukvaliteedi, depressiooni ja toimetulekuga. Hooldaja kogemuse näitajate seoseid patsiendi ja hooldaja muutujatega hinnati Spermani korrelatsioonikordajate ja Wilcoxon'i astaksumma testide abil - neid teste kohandati mitmekordseks testimiseks.</p>	<p>vahemik 37-85 eluaastat. Umbes 40% hooldajatest teatas depressioonist ja suurest hoolduskoormusest. Suurem hoolduskoormus seostus halvema elukvaliteedi, suurema depressiooni ja leinaga. Kõige sagedasemad murekohad olid: suutmatus tulevikku planeerida, LKD-ga patsientide vajaduste ettepoole seadmine oma vajadustest; kartus, et LKD-ga patsient jääb hooldajast 3aks. Meditsiinimeeskonna toega oldi üldiselt rahul. Madalam rahulolu oli seotud haiguse progresseerumise kohta ning meditsiinimeeskondade omavahelise teabe jagamisega. Kõige sagedamini hooldajaid häirivad sümptomid: päevane väsimus/unisus, fluktuatsioonid. Lisaks kusetee sümptomid, millele järgnesid kõhukinnisus ja ortostaas.</p>
<p>Davis-Fantauzzi, A. (2020). The Rise of Dementia With Lewy Bodies. <i>Journal of Neuroscience Nursing, Publish Ahead of Print</i>.</p>	<p>LKD esinemissagedus ja eaka elanikkonna suurenemine on omavahel tihedalt seotud. Ödede teadmised antud haigusest on vajalikud haiguse mõistmiseks.</p>	<p>Eesmärk oli uurida ja kirjeldada praegu olemasoleva kirjanduse baasil LKD olemust, pereliikmete füüsilisi ja psühhosotsiaalseid vajadusi, õendusabi olemust.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kirjanduse ülevaate jaoks otsiti artikkelid CINAHL Complete'ist ja Google Scholarist, ajavaheajaks viimased kuus aastat. Läbi töötati 86 artiklit, millest 27 osutusid valituks. Artiklid avaldatud aastatel 2015-2020.</p>	<p>LKD diagnoosi suurusjärguks on teiste dementsussündroomidega võrreldes 26%. LKD diagnoosiga inimesed vajavad võimalikult palju turvatunnet, mistõttu on igapäevaste rutiinide juures oluline keskenduda väikestele edusammudele.</p>
<p>Entwistle, V. A., Carter, S. M., Cribb, A., & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. <i>Journal of General Internal Medicine</i></p>	<p>Isikuautonoomiat on tavaliselt seostatud sellega, et patsiendid saavad ise otsustada, milliseid sekkumisi nad soovivad ja milliseid mitte. Otsustust vajavatel hetkedel on aga raske teha olulisi otsuseid.</p>	<p>Eesmärgiks on uurida, kuidas arsti ja patsiendi vahelised suhted võivad suurendada patsiendi autonoomiat tervishoiuasutustes.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kirjanduse ülevaade, mille kirjutamisel on kasutatud 26 teadusartiklit 1989-2009 vahemikus. Andmebaasidest kasutatud Google Scholarit, PubMedi, PMC free article'i.</p>	<p>Haiguse progresseerumine seab tervishoiutöötajad silmitsi keerulise eetilise väljakutsega. Oluline on leida tasakaal patsiendi väljendatud soovide ja tema tegeliku võime vahel. Haiguse süvenedes muutub protseduuride jaoks informeeritud nõusoleku saamine üha problemaatilisemaks.</p>
<p>Ferman TJ., Boeve BF (2007). Dementia with Lewy Bodies. <i>Neurologic Clinics</i>.</p>	<p>LKD eristamine AD-st on oluline, kuna osad ravimid võivad halvendada vale diagnoosi korral patsiendi elukvaliteeti.</p>	<p>Eesmärk oli kirjeldada LKD-le iseloomulikke kliinilisi tunnuseid, medikamentooseid ja mittefarmakoloogilisi vahendeid</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kirjanduse ülevaade, milles kasutati 193 teadusartiklit, mis olid PubMedist ja Google Scholarist. Teadusartiklid olid välja antud aastatel 1987-2007.</p>	<p>LKD on teine kõige levinum dementsuse vorm. Mittefarmakoloogiliste sekkumiste puhul tuleks patsiendi ettearvamatu käitumise kontrollimisel</p>

		raviviise.			keskenduda mitte patsientide muutmisele, vaid tegurite kohandamisele, mis võivad probleemi põhjustada või süvendada. Teisisõnu- kuna patsiendid ei saa end muuta, peavad nende ümber olevad inimesed kohanduma, mis hõlmab endas ka keskkonna muutmist (nt mitte esemeid ümber tõsta, tagatud hea valgustus, häiriva müra vähendamine). Patsiendi rahustamiseks on oluline vältida liigseid küsimusi ja olla võimalikult konkreetne.
Fritze F., Ehrh U., Hortobagyi T., Ballard C., Aarsland D (2011). Depressive Symptoms in Alzheimer's Disease and Lewy Body Dementia: A One-Year Follow-Up Study. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i>	Uuringutest selgub, et depressioon on sagedasem LKD-ga patsientidel võrreldes Alzheimeri tõvega patsientidel.	Võrrelda depressiooni esinemissagedust LKD patsientidel võrreldes Alzheimeri tõvega patsientidega.	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne	Uuringu alguses viidi läbi hindamine, kus osalejad tegid läbi testid nagu Montgomery ja Åsbergi depressiooniskoor (MADRS) ning Neuropsühhiaatrilise Inventuuri (NPI). Need testid andsid ülevaate patsientide algsest seisundist, sealhulgas nende depressioonisümptomitest ja kognitiivsest tasemest. Valimiks oli 199 patsienti, kellel oli diagnoositud kergem dementsus, nad jagunesid 3 grupi vahel: LKD, Parkinsoni tõve dementsus ja Alzheimeri tõbi. Analüüsi, kuidas depressioon dementsusega patsientidel muutub ajas ning millised tegurid sellele mõjutust avaldasid (ühe aasta möödudes).	Selgus, et depressioon on sagedasem LKD-ga ja Parkinsoni tõvega patsientidel võrreldes Alzheimeri tõvega pt. Madalam skoor MADRS-s (Montgomery ja Åsbergi depressiooniskoor) viitab sellele, et sümptomid jäävad püsima ka ühe aasta möödudes.
Gealogo G. A. (2013). Dementia With Lewy Bodies: a comprehensive review for nurses. <i>American Association of Neuroscience Nurses</i> ,	Kuigi LKD alane teadlikkus on suurenenud, näitab LKD puudumine õendusuringutes, et see teadlikkus ei hõlma õenduse vaatenurka ja selle praktilisi tegevusi.	Eesmärk oli anda õdedele põhjalik ülevaade LKD-st, võrreldes seda Parkinsoni ja Alzheimeri tõvega, ning pakkuda välja olulised õendussekkumised kliiniliseks praktikaks.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaade, mis koosnes 62-st artiklist, mis oli välja antud aastatel 2002-2011. Andmebaasidest teadaolevalt kasutatud PubMedi.	Kukkumisohtu vähendamiseks on võimalik kasutada erinevaid abivahendeid: liikumisabivahendid, kõne peale reageerivad valgustid. LKD omastehooldajatel on sageli suuremad teadmised haiguse olemusest, kui tervishoiutöötajatel, kes nende lähedasi hooldavad. Hoolimata lähedaste suuremate

					teadmistest võivad nad siiski vajada täiendavat teavet LKD haiguse kulgemise ja pikaajaliste tagajärgede kohta. Lisaks on dementsusega patsientidel, sealhulgas LKD patsientidel, sageli raskusi oma hoolduses aktiivselt osaleda. Õdedel on oluline roll nii patsientide, hooldajate kui ka teiste tervishoiutöötajate harimisel LKD kohta. Nad peavad looma ja rakendama patsiendikeskseid sekkumisi, mis tuginevad parimale teaduslikule tõendusmaterjalile ning püüavad maksimeerida patsiendi panust hooldusplaani koostamisse ja elluviimisse.
Gomperts S. N. (2016). Lewy body dementia: dementia with lewy bodies and parkinson disease dementia. <i>American Academy of Neurology</i> ,	LKD ja Parkinsonismi motoorsed ja kongitiivsed defitsiidid ilmnevad erinevatel aegadel, kuid on sümptomaatika osas üsna sarnased, mistõttu on oluline eristada neid kahte haigust üksteisest.	Eesmärk oli kirjeldada LKD ja Parkinsoni tõve dementsuse kliinilisi tunnuseid, neuropatoloogilisi leide, diagnostilise kriteeriume ja ravi.	Kirjanduse ülevaade	Töös kasutati 61 teadusartiklit, mis olid välja antud aastatel 1990-2014. Andmebaasideks PubMed ja Google Scholar.	LKD on Alzheimeri tõve järel teine kõige levinum neurodegeneratiivne dementsuse tüüp. LKD-d iseloomustavad varajane dementsus, visuaalsed hallutsinatsioonid, tähelepanu kõikumised, ärritatus, parkinsonismi motoorsed ilmingud. LKD psühhhoosi korral võib olla kasu kvetiapiinist ja klosapiinist. Füsioteraapia ja koduohutuse hinnang on olulised LKD-ga patsiendi elukvaliteedi tõstmisel. Esineda võivad REM-une käitumishäired, mis tähendab, et patsient võib läbi une lüüa ja karjuda.
Haider A., Spurling B.C., Sanchez-Menso J. C. (2023). Lewy Body Dementia. <i>StatPearls Publishing</i> .	LKD etioloogia teadmata. Arvatakse, et geneetikal, keskkonnateguritel ja vananemisega seonduvatel muutustel võib olla haiguse avaldumisel oma roll ja selleks on vajalik täiendav uurimistöö.	Kirjeldada LKD histopatoloogiat. Vaadata üle LKD patsiendid. Teha kokkuvõtte LKD ravist. Tuua välja kui oluline on parandada hoolduse koordineerimist kutsealadevaheliste meeskonnaliikmete vahel selleks, et parandada LKD all kannatavate patsientide ravitulemusi.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaade, kus analüüsiti 16 teadusartiklit, mis olid publitseeritud aastatel 2017-2019 PubMedis.	Haiguse algaasis võivad esineda korduvad kukkumised, minestamine, teadvuse kaotamine, inkontinentsus, hallutsinatsioonid, depressioon, hiljem lisanduda vaimse võimekuse langus ja mäluhäired. LKD on ajas progresseeruv degeneratiivne ajuhäire. Lewy kehakeste asukohad määravad kliinilise pildi. Kui Lewy kehakesed tekivad kõigepealt ajutüves ja ajukoores, siis tekib dementsus varakult ja seda nimetatakse LKD-ks. Kui Lewy kehakesed arenevad esialgu ainult aju tüves, tekkides ajukoore hiljem, tekib dementsus haiguse

					hilisemas faasis ja sedanimetatakse Parkinsoni tõve dementsuseks. Ükski test LKD diagnoosi kinnitada ei saa. Surmajärgne lahkamine on praegusel ajal ainus võimalus diagnoosi kinnitamiseks. Surma põhjusteks enamasti: kukkumised, ravimite kõrvaltoimed, kopsupõletik, neelamisprobleemid, enesetapp.
Hershey L. A., Coleman-Jackson R. (2019). Pharmacological management of dementia with Lewy bodies. <i>Springer Link, Drugs and Aging</i> .	Neurodegeneratiivsed haigused on USA-s surmapõhjustajana 6ndal kohal. LKD on Alzheimeri ja Parkinsoni tõve järel kolmandal kohal (USA-s 52 juhtu 100 000 kohta).	Eesmärgiks oli kirjeldada uusi diagnoosimise võimalusi, mis parandaksid LKD diagnostilist täpsust.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaade, mis toetub 71 teadusartiklile, mille avaldamis aastad on vahemikus 1997-2018. Andmebaasideks PubMed ja Google Scholar.	Kui patsiendi psühhootilised sümptomid on negatiivse dünaamikaga, määratakse ravi atüüpiliste antipsühhootikumidega. REM-unehäirete raviks kasutatakse klonasepaami, melatoniini, nelotanseriini ja intepirdiini.
Horn S., Richardson H., Xie S. X., Weintraub D., Dahodwala N. (2019). Pimavanserin versus quetiapine for the treatment of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. <i>Neurology Journals</i> .	LKD ja Parkinsoni tõvega patsientide seas on levinud psühhoo. Tõhusaid psühhoo ravimeetodeid on uuritud vähe.	Eesmärgiks võrrelda pimavanseriini ja kvetiapiiniga ravitud patsientide kliinilisi kogemusi ja tulemusi LKD psühhoo ravis.	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne	Uuringus võrreldi Parkinsoni tõve I ja LKD-ga patsiente, kes said psühhoo raviks kvetiapiini (n=47) ja/või pimavanseriini (n=45). Uuringuks vajalikud andmed võeti haigusloost ajavahemikus aprill 2016 kuni mai 2018. Andmed analüüsiti T-testi, Wilcoxon astme summa, Chi-ruudu ja Fisheri testiga. Lisaks kasutati Coxi proportsionaalset regressiooni.	Psühhoo korral kasutatakse enamasti ravimite kvetiapiini või pimavanseriini. Patsiendid on katkestanud suurema tõenäosusega kvetiapiini tarbimise kõrvaltoimete tõttu, pimavanseriini aga ebaefektiivsuse tõttu.
Hovendon B., Kaufman M. (2015). Dementia With Lewy Bodies: An Overview. <i>McGill Science Undergraduate Research Journal</i> .	Dementsus on neurokognitiivne häire, mis hõlmab mitmesuguseid kognitiivseid defitsiite, sealhulgas mälu kahjustust. Dementsus esineb erinevate haigusprotsesside korral, sealhulgas Alzheimeri tõve ja Lewy kehakeste dementsuse puhul, mis on kaks kõige levinumat neurokognitiivset	Artikkel annab ülevaate Lewy kehakeste dementsuse (LKD) sümptomitest, neuropatoloogiast, diagnoosimisest, prognoosist ja ravist.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaates oli kasutatud 24 teadusartiklit, mis olid välja antud aastatel 1994-20123. Andmebaasidest kasutatud EBSCOhost.	Haiguse raviks võib kasutada nii farmakoloogilisi kui ka mittefarmakoloogilisi sekkumisi. Farmakoloogilised ravimeetodid hõlmavad koliinesteraasi inhibiitoreid, levodopat ning selektiivseid serotoniini tagasihaarde inhibiitoreid või serotoniini-norepinefriini tagasihaarde inhibiitoreid. Mittefarmakoloogilised sekkumised hõlmavad tegevusteraapiat, kognitiivset stimulatsiooni ja füüsilist

	haigust.				aktiivsust.
Jackson G.A.; Newbronner L., Chamberlain R., Borthwick R., Yardley C., Boyle K. (2017). Caring for people with dementia with Lewy bodies and Parkinson's dementia in UK care homes – A mixed methods study. <i>European Geriatric Medicine</i> .	LKD ja Parkinsoni dementsusega patsientide arv ning hooldevajadused hooldekodudes on vähe uuritud.	Eesmärgiks on hinnata hoolduse pakkumisega seotud probleeme ja teha kindlaks hooldustöötajate teadmised nendest.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaade, milles kasutati 27 teadusartiklit. Artiklid on välja antud aastatel 1984-2016. Andmebaasidest on kasutatud PubMed, Google Scholar.	LKD on suhteliselt vähetuntud haigus. LKD patsientide hooldamisel on tähtsad lihtsad ülesanded, järjepidevad rutiinid, regulaarne füüsiline tegevus, uni ja puhkus.
Karantzoulis S., Glavin J. E. (2013). Update on dementia with Lewy bodies. <i>Current Geriatrics Reports</i> .	Lahkamised on näidanud madalat LKD diagnoosimise taset, mistõttu on oluline LKD varajasem ja täpsem avastamine patsientidele sobivaima ravi eesmärgil.	Eesmärgiks uuema info avaldamine LKD ravi kohta.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaade. Kasutatud on 73 teadusartiklit. Artiklid on aastast 1990-2013. Andmebaasidest on kasutatud PubMedi ja Google Scholarit.	LKD on teine kõige levinum dementsuse vorm. LKD-ga patsiendid on ülitundlikud neuroleptikumidele. Reaktsioonid võivad olla erinevad: äkiline kognitsioonihäire, segasus, psühhootilised episoodid, parkinsonismi sümptomite (jäikus, liikumatus) ägenemine. LKD-ga patsiente võivad rahustid ja unerohud aktiveerida.
Kershenbaum A. D., Price A. C., Cardinal R. N., Chen S., Fitzgerald J. M., Lewis J., Moylett S., O'Brien J. T. (2023). Mortality rates and proximal causes of death in patients with Lewy body dementia versus Alzheimer's disease: A longitudinal study using secondary care mental health records. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> .	Varasemad uuringud LKD-st on näidanud väiksemat elulemust võrreldes Alzheimeri tõvega, kuid selle põhjuseid ei ole välja selgitatud.	Eesmärgiks oli teha kindlaks peamised surma põhjused LKD ja Alzheimeri tõvega patsientidel.	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne	Uuringus osalesid dementsusega patsiendid, kes olid suunatud CPFT vaimse tervise keskusesse aastatel 2005-2019. Surma põhjused kategoriseeriti 12 kategooriasse, Kokku osales uuringus 3624 patsienti, kellest 610 olid LKD diagnoosiga, 268 Parkinsoni tõve diagnoosiga ja 2746 Alzheimeri tõve diagnoosiga.	Kuna haigus on neuroloogiline, võib olla see üks põhjustest, miks LKD-ga patsientidel on enamasti surma põhjusteks respiratoorsed või urogenitaalsüsteemiga seonduvad haigused.
Killen A., Darren F., De Brun A., O'Brien N., O'Brien J., Thomas A. J.,	Lewy kehakestega dementsuse patsientide ja nende perede info ning toetuse vajaduste kohta	Eesmärgiks saada teada LKD-ga patsientide ja nende lähedaste piisava info kättesaadavus.	Empiiriline uurimus, retrospektiivne uuring	Küsitlus toimus 2014 aasta mai kuus veebis. Küsitlusele vastas 125	Oluline on inimesi ka ise suunata usaldusväärsete teabeallikate juurde ja

McKeith I., Taylor J-P. (2016). Support and information needs following a diagnosis of dementia with Lewy bodies. <i>International Psychogeriatrics</i> .	diagnoosimise ajal on vähe teadmisi.			täiskasvanut. Enamik olid LKD patsientide lähisugulased või abikaasad (n = 107, 86%). Tuvastati 13 erinevat infovajaduste kategooriat.	asjakohaste võimaluste leidmine eakaaslastelt toe saamiseks.
Killen A., Flynn D., O'Brien N., Taylor J-P. (2021). The feasibility and acceptability of a psychosocial intervention to support people with dementia with Lewy bodies and family care partners. <i>Dementia</i> .	LKD patsientide ja nende hooldajate psühhosotsiaalne toetus on tihti puudulik.	Eesmärgiks on uurida toimetulekuvõime suurendamiseks ettenähtud sekkumiste reaalsel teostatavust ja vastuvõetavust.	Empiiriline uurimus, kvalitatiivne	Uuringus osalejad värvati Kirde-Inglismaa kliinikust. Kriteeriumiks oli LKD tõenäoline diagnoos eelneva 12 kuu jooksul, millest olid teadlik nii patsient kui ka tema partner. Uuringus osales 19 paari. Viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud.	Dementsusega seotud kättesaadav teave on enamasti üldine ning kohaldatav teiste dementsuse tüüpidega. LKD-ga seotud füsioloogilisi aspekte, toimetulekuviise ja haigusega seotud kehalisi ning vaimseid spetsiifilisi aspekte käsitletakse eraldi harva.
Kramberger M.G., Auestad B., Garcia-Ptacek S., Abdelnour C., Olmo J. G., Walker Z., Lemstra A. W., Londos E., Blanc F., Bonanni L., McKeith I., Winblad B., de Jong F. J., Nobili F., Stefanova E., Petrova M., Falup-Pecurariu C., Rektorova I., Bostantjopoulou S., Biundo R., Weintraub D., Aarsland D. (2017). Long-Term Cognitive Decline in Dementia with Lewy Bodies in a Large Multicenter, International Cohort. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> .	Lewy kehakeste dementsusega patsiendi profiil on keeruline.	Kirjeldada LKD kognitiivset langust ning võrrelda tulemusi Alzheimeri tõve ja Parkinsoni tõve dementsusega patsientidega.	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne	1290 patsiendi (835 LKD, 198 Parkinsoni tõvega ja 257 Alzheimeri tõvega) Mini-Mental State Examination'i (MMSE) pikaajalised skoorid olid saadaval 18 keskuses kuni kolme aasta pikkuste andmete kogumite põhjal. MMSE languse modelleerimiseks ajas kasutati lineaarseid segamõjude analüüse koos sobivate segajatega. Tehti mitmeid alamrühma analüüse, määratletud vastavalt anti-dementsuse ravimite kasutamisele, algse MMSE skoorile ja LKD peamistele tunnustele.	Haigusega seonduv kognitiivne langus on kiirem nendel patsientidel, kellel on lisaks LKD-le ka Alzheimeri tõbi.
Larsson V., Holmbom-Larsen, A.,	LKD-ga patsientide heaolu ja hooldajate hakkamasaamist ei ole	Eesmärgiks oli teada saada LKD diagnoosiga patsientide	Empiiriline uurimus, kvalitatiivne	Uuring viidi läbi mälukliinikus Malmös, Lõuna-Rootsis. Osalejateks	Antud uuring oli esimene, mis viidi läbi LKD-ga diagnoositud patsientidega. LKD on

<p>Torisson, G., Strandberg, E. L., Londos, E. (2019). Living with dementia with Lewy bodies: an interpretative phenomenological analysis. <i>BMJ Open</i></p>	<p>põhjalikult uuritud.</p>	<p>subjektiivselt elust, nende haiguskoormused ja patsiendi heaolu mõjutavatest teguritest.</p>		<p>oli viis meessoost patsienti, kes olid vanuses 78-88 eluaastat ning kellel oli haigus kestnud 1,5-7 aastat. Välja valiti kolm põhiteemat: sümptomite mõju elukvaliteedile, enesetunnetus ja toimetulekustrateegiad ning pereliikmete, sõprade ja tervishoiutöötajate tähtsus. Intervjuud viidi läbi näost-näku ajavahemikus 2015 detsember kuni 2017 juuni. Saadud andmed analüüsiti interpretatiivse fenomenoloogilise analüüsiga.</p>	<p>teine kõige levinum dementsuse vorm. Uuringus osalejad pidasid peamiseks murekohtadeks kukkumisohtu ja hirmu teistest sõltuvaks muutuda. Sotsialiseerumine valmistas raskusi, kuna mõtete sõnastamine võtab aega või väljendatakse end sõnaliselt valesi. See võib viia endasse tõmbumise, vältimise ja usalduse puudumiseni.</p>
<p>Leggett, A. N., Zarit, S., Taylor, A., Galvin, J. E. (2011). Stress and Burden Among Caregivers of Patients with Lewy Body Dementia. <i>The Gerontologist</i>.</p>	<p>LKD-ga patsientidel võivad esineda väljakutseid tekitavad sümptomid võrreldes teiste dementsustega. Motoorsed häired, käitumis- ja emotsionaalsed probleemid ja diagnostilised raskused mõjutavad hooldajate koormust.</p>	<p>Eesmärgiks oli välja selgitada ja kirjeldada LKD diagnoosiga hooldaja hooldusraskusi.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvantitatiivne</p>	<p>Uuring kasutas andmeid Lewy keha dementsuse assotsiatsiooni poolt läbi viidud internetiküsitlusest. Küsitluses osales 611 inimest, kes andsid teada, et nad hoolitsevad hetkel oma sugulase eest, kellel on LKD. Subjektiivne koormus hinnati Zariti koormuse intervjuu 12-punktilise lühiversiooniga.</p>	<p>LKD patsientide hooldajad kogevad suurt koormust, mida suurendavad käitumis- ja emotsionaalsed probleemid, häiritud igapäevaelu tegevused, isoleerituse tunne ja diagnostikaga seotud väljakutsed.</p>
<p>Londos E., Hanzsson O., Hirsch I. A., Janneskog A., Bülow M., Palmqvist S. (2013). Dysphagia in Lewy body dementia- a clinical observational study of swallowing function by videofluoroscopic examination. <i>BMC Neurology</i>.</p>	<p>Düsfaagia võib põhjustada aspiratsiooni-pneumooniat ja surma. See on sage probleem dementsuse ja Parkinsoni tõvega patsientide seas. LKD ja Parkinsoni tõvega patsientide düsfaagia kohta on vähe uuringuid.</p>	<p>Eesmärgiks oli uurida neelamishäiret LKD ja Parkinsoni tõvega patsientide seas.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvantitatiivne</p>	<p>Kliinilises jälgimisprogrammis osales 82 LKD ja Parkinsoni tõvega patsienti. Düsfagia olemasolul osalesid patsiendid videofluoroskoopilise neelamisuuringus. Kirjeldati neelamishäire tüüpi ning registreeriti selle levimus.</p>	<p>Neelamishäirete peamiseks põhjuseks neelu düsfunktsioon, mis võib tuleneda Parkinsonismist. Neelu düsfunktsioon on üks peamisi põhjuseid aspiratsioonipneumoonia tekkeks, mis omakorda on üks peamisi surma põhjuseid.</p>
<p>Macijauskienė J., Lesauskaitė V. (2012). Dementia With Lewy Bodies: the Principles of Diagnostics, Treatment, and Management. <i>Medicina</i></p>	<p>Lewy kehakestega dementsus on üks levinuimaid progresseeruv dementsuse tüüp. Haiguse kohta olemasolev teaduskirjandus on puudulik.</p>	<p>Eesmärk oli uurida olemasolevat tõendusmaterjali, et saada parem arusaam LKD ravist, kliinilisest sümptomitest ning koormusest, mis langeb omastehooldajate õlgadele.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kirjanduse ülevaade, milles kasutati 75 teadusartiklit, millede ilmumisaastad oli vahemikus 1998-2010. Andmebaasidest kasutatud PubMedi.</p>	<p>Esimesed konsensusjuhised LKD kliiniliseks diagnoosimiseks ilmusid 1996. aastal ja neid täiendati hiljem 2005. aastal. LKD on teine kõige levinum dementsuse vorm, moodustades 0-30,5% kõikidest dementsuse juhtudest. Diagnoosimiseks on oluline patsiendi elu</p>

					anamnees, patsiendi läbivaatus ja vaimse võimekuse hindamine, lisaks laboratoorsed vereanalüüsid. Ravi keskendub kognitiivsete, psühhiaatriliste ja motoorsete sümptomite leevendamisele.
Manabe T., Mizukami K., Akatsu H., Teramoto S., Yamaoka K., Nakamura S., Ohkubo T., Kudo K., Hizawa N. (2015). Influence of pneumonia complications on the prognosis of patients with autopsy-confirmed Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies and vascular dementia. <i>Psychogeriatrics</i>	Kopsupõletik on dementsusega patsientidel peamine haigus. Kopsupõletiku mõju erinevate dementsussündroomidega patsientidele ei ole piisavalt uuritud.	Võrrelda elulemust Alzheimeri, LKD ja vaskulaarse dementsusega patsientide puhul, kellel oli diagnoositud kopsupõletik ja kellel ei olnud, ning hinnata kopsupõletikku haigestumise mõju alates dementsuse algusest kuni surmani.	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne uuring	Analüüsiti haiguslugusid, lahkamisaruandeid, neuropatoloogilisi läbivaatusi. Valimis olid patsiendid, kes olid hospitaliseeritud ja surnud vahemikus jaanuar 2005 kuni detsember 2014, neid oli kokku 230. Kõikide valimis olnute puhul oli nende aju lahatud. Andmete analüüsiks kasutati Kaplan-Meieri meetodit dementsusega surnute (kopsupõletikuga või ilma kopsupõletikuta) analüüsiks. Coxi proportsionaalse ohu mudelit kasutati kõigi ellujäämise riskifaktoriga patsientide uurimiseks.	Elulemus LKD-ga patsientidel on 1,8–9,5 aastat. Olenemata dementsuse tüübist kogesid paljud patsiendid kopsupõletiku komplikatsioone. Dementsusega patsientidel võib kopsupõletikku põhjustada nõrgenenud immuunsüsteem, mistõttu on suurenenud oht hingamisteede infektsioonideks. LKD-ga patsientidel esineb haiguse süvenedes neelamishäireid, mis omakorda võivad põhjustada kopsupõletikku. Kui patsiendil on ühe korra esinenud kopsupõletik, võib ka see vähendada hingamisfunktsiooni ning halvendada elulemust. Eluea pikendamiseks on oluline kopsupõletiku teket ennetada, mis omakorda vajab üle 75 aasta vanuste patsientide põhihaiguse korrektset kliinilist ravi.
McKeith I., Boeve F, B, Dickson W. D jt. (2017) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies, Fourth consensus report of the DLB Consortium. <i>Neurology Journals.</i>	LKD konsortium on täpsustanud oma soovitusi LKD kliinilise ja patoloogilise diagnoosi osas. Konsortiumi kriteeriumid eristavad nüüd selgelt kliinilisi tunnuseid ja diagnostilisi biomarkereid ning annavad juhiseid nende optimaalseks määramiseks ja tõlgendamiseks.	Eesmärgiks anda värskemat infot LKD kohta.	Kirjanduse ülevaade	Kirjanduse ülevaates on kasutatud 60 teadusartiklit, mille avaldamise aastad on vahemikus 2000-2016. Andmebaasidest oli kastautd PubMedi ja PMC-d.	Lewy kehakestega dementsusega patsientide ravi on keeruline ja nõuab mitmekülset lähenemist. LKD-ga patsientidel on kaasvate meditsiiniliste seisundite korral kalduvus vaimse seisundi halvenemisele, sealhulgas deliiriumile.

<p>Mosimann, U. P., & McKeith, I. G. (2003). Dementia with Lewy bodies – diagnosis and treatment. <i>Swiss Medical Weekly</i>.</p>	<p>Ravi on keeruline, kuna neuroleptikumid võivad põhjustada tõsiseid kõrvaltoimeid ja antiparkinsonismi ravimid võivad psühhootilisi sümptomeid süvendada. Uuringud viitavad, et koliinesteraasi inhibiitorid on ohutu valik kognitiivsete ja neuropsühhiaatriliste sümptomite raviks.</p>	<p>Artikkel keskendub LKD kliinilistele omadustele, diferentsiaaldiagnoosile ja ravistrateegiatele.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kirjanduse ülevaates on kasutatud 94 teadusartiklit, mis on välja antud aastatel 1992-2003. Andmebaasideks PubMed ja Google Scholar.</p>	<p>Lewy kehakeste dementsus (LKD) moodustab 15–20% vanemas eas kinnitatud dementsuse juhtudest. Sellele on iseloomulikud kõikuva kognitiivse languse, visuaalsete hallutsinatsioonide ja parkinsonismi (ekstrapüramidaalsed motoorsed häired) sümptomid.</p>
<p>Mosimann U. P (2005). Management und Therapie von Lewy-Körper-Demenz und Parkinson-Demenz <i>Schweiz Med Forum</i>.</p>	<p>Patsientide hooldamine ja ravi koordineerimine nõuab multidistsiplinaarset koostööd, millesse kaasatakse ka pereliikmed. Lähedased vajavad lisaks informatsioonile ka spetsiaalset tuge ja juhendamist. Sellised organisatsioonid nagu Alzheimeri ja Parkinsoni ühingud mängivad selles protsessis olulist rolli. Kuna ravis keskendutakse vaid sümptomite leevendamisele, on oluline anda patsientidele ja nende lähedastele selge ülevaade ravi võimalikest mõjudest ja riskidest, et kujundada realistlikud ootused.</p>	<p>Peamine fookus on kolme peamise sümptomi – ekstrapüramidaal-motoorsed häired, visuaalsed hallutsinatsioonid ning kognitsiooni ja tähelepanu kõikumine – sümptomaatilisel ravil. Nende sümptomite ravi on eriti keeruline, kuna ühe peamise sümptomi paranemine toob sageli kaasa teise halvenemise.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kirjanduse ülevaates on kasutatud 10 allikat, mis on välja antud aastatel 1999-2005.</p> <p>Puudub info, milliseid andmebaase on kasutatud, kuid on kasutatud teadusajakirju (<i>Neurology, Lancet</i> ja <i>New England Journal of Medicine</i>), samuti meditsiiniõpikut <i>Harrison's Principles of Internal Medicine</i> (16. väljaanne).</p>	<p>LKD ja parkinsoni ravi on nagu kõiel kõndimine, kus motoorse funktsiooni parandamine on sageli seotud neuropsühhiaatriliste sümptomite halvenemisega (ja vastupidi). Ravi käigus tuleb kaasata patsiendi lähedasi. Eelistada tuleks järjestikuseid sekkumisi (üks teise järel) paralleelsetele (mitmele samaaegsele) sekkumistele. Neuropsühhiaatriliste sümptomite ravis tuleks esmalt keskenduda mittefarmakoloogilistele teraapiatele ja Parkinsoni ravimite lihtsustamisele, enne kui kaalutakse täiendavaid ravimeid. DLB ja parkinsoni tõve puhul võivad antikolinergilised ravimid põhjustada ortostaatilist hüpotensiooni ja kukkumisi, deliiriumit ning suurenenud hallutsinatsioone. Samas võivad teatud DLB-ga ja PDD-ga patsientidel koliinesteraasi inhibiitorid leevendada neuropsühhiaatrilisi sümptomeid ja parandada kognitiivset funktsiooni. Neuroleptilisi aineid tuleks võimaluse korral vältida, kuna DLB-ga ja parkinsoniga-ga patsientidel on sageli kalduvus tundlikkusreaktsioonidele.</p>
<p>Monfared T., Abbas A., Genevieve M., Richard P., Darren J. (2019). Burden of Disease and Current</p>	<p>LKD kohta on vähe kirjandust.</p>	<p>Eesmärgiks oli kirjeldada LKD ravi, kliinilisi juhtumeid ja haiguskoormust.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Süsteemiline kirjanduse ülevaade hõlmas LKD uuringuid, mis käsitlesid juhuslikult valitud kontrollitud uuringuid, epidemioloogiat, haiguse</p>	<p>LKD on teine kõige levinum dementsuse vorm. LKD ravi keeruline, kuna puuduvad kindlad diagnostilised ravialased juhised üle maailma. Dementsuse puhul on haiglaravi peamine</p>

Management of Dementia with Lewy Bodies: A Literature Review. <i>Neurology and Therapy</i>				arengut ja majanduslikku koormust. Artiklite avaldamise ajad 1.jaanuar 2007- 26. märts 2018. Töö kirjutamiseks kasutati 55 uuringut, mis olid peamiselt pärit Euroopast, USA-st ja Jaapanist. Andmebaasidest kasutati PubMedi.	kuluosa.
Nimmons D., Hatter L., Davies N., Sampson E. L., Walters K., Schrag A. (2020). Experiences of advance care planning in Parkinson's disease and atypical Parkinsonian disorders: a mixed methods systematic review. <i>European Journal of Neurology</i> .	On vajadus sihipäraste uuringute järele, mis annaks teavet hooldusplaani protsesside praktika parandamiseks.	Eesmärgiks oli kirjeldada Parkinsoni tõve ja atüüpiliste parkinsoni tõvega inimeste seas hoolduse planeerimise kogemusi.	Kirjanduse ülevaade	Töös kasutati nii kvalitatiivset kui ka kvantitatiivset uuringu meetodit. Kirjanduse ülevaateks kasutati artikleid MEDLINE, Embase, PsycINFO, AMED ja EBSCO CINAHL allikatest. Kasutati 53 teadusartiklit, mis olid välja antud aastatel 2007-2019. Valim hõlmas erinevaid uuringuid, mis kirjeldasid patsientide, hooldajate ja tervishoiutöötajate kogemusi seoses hooldusplaaniga.	Kui inimene ei soovi hooldusplaani kohe koostada, on oluline talle selgitada, et selle planeerimine vähendab hilisemas haiguse faasis koormust lähedastele ning temaga tuleks võimalusel uuel visiidil antud teemast uuesti rääkida. Veel võiks seal kirjas olla patsiendi isiklikud vaated ja väärtused, eelistused hoolduse osas. Määratud võiks dokumendis olla ka patsiendi eestkostja.
Naasan G., Shdo S. M., Rodriguez E. M., Spina S., Grinberg L., Lopez L., Karydas A., Seeley W.W., Miller B. L., Rankin K.P. (2021). Psychosis in neurodegenerative disease: differential patterns of hallucination and delusion symptoms. <i>Oxford Academic</i> .	Vähesed uuringud on võrrelnud haigusega seotud psühhooi esinemissagedust, mistõttu ebaselge, kuidas erinevad psühhooi olemus ja psühhooi ise.	Eesmärgiks hinnata psühhooi avaldumist erinevate neurodegeneratiivsete seisundite korral.	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne	Valimiks 1999-2017 aastatel California ülikooli San Francisco Mälu- ja Geriaatriakeskusesse lahkamisele viidud 830 patsienti, kelle lahkamisel oli kinnitatud esmase neurodegeneratiivse haiguse olemasolu. Kõik analüüsid viidi läbi SPSS 25 versiooniga: esmasena määrati kindlaks hallutsinatsioonide ja luulude sagedused ning kõik sümptomite alatüübid, seejärel viidi läbi Fisheri hii-ruudu testid.	Haiguse alguses on hallutsinatsioonid ilma heli, lõhna ja puudutuseta ning emotsionaalselt neutraalsed. Visuaalsete hallutsinatsioonide korral tõlgendatakse valesti reaalseid objekte: näiteks nurgalampi peetakse inimeseks. Hallutsinatsioonid võivad olla ka paranoilised: nähakse truudusetust, sissetungijaid või muud sarnast.
Neef D., Walling A. D. (2006). Dementia with Lewy bodies: an emerging disease. <i>American Family Physician</i> .	Lewy kehakeste kohta vähe on infot.	Eesmärgiks Lewy kehakeste ravi kirjeldamine, diagnoosi erinevus Alzheimeri tõvest ja Parkinsoni tõvest.	Kirjanduse ülevaade	Kasutatud on 33 teadusartiklit, mis on välja antud aastatel 1984-2002. Puudub info, milliseid andmebaase on kasutatud.	Sümptomiteks võivad olla minestus, kukkumised, unehäired ja/või depressioon, deliirium. Antud seisundit iseloomustavad päevane unisus, letargia, kaugusesse pikalt vaatamine ja segane kõne

<p>O'Shea, D. M., Arkhipenko, A., Galasko, D., Goldman, J. G., Sheikh, Z. H., Petrides, G., Toledo, J. B., & Galvin, J. E. (2024). Practical use of DAT SPECT imaging in diagnosing dementia with Lewy bodies: A US perspective of current guidelines and future directions. <i>Frontiers in Neurology</i></p>	<p>Lewy kehakeste dementsuse diagnoosimine on keeruline, kuna selle kliinilised tunnused kattuvad teiste neurodegeneratiivsete haigustega.</p>	<p>Edendada teadlikkust ja koostööd: Rõhutatakse multidistsiplinaarse koostöö olulisust, et parandada patsientide hooldust ja ravi LKD kontekstis.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kasutatud on 111 teadusartiklit, mis on välja antud 1997-2024. Andmebaasidest on kasutatud PubMed, Google Scholar, Crossref.</p>	<p>LKD diagnoosimiseks on vajalik kognitiivse häire olemasolu koos vähemalt ühe tunnusega: parkinsonism, visuaalsed hallutsinatsioonid, kognitiivsed kõikumised või unehäired.</p>
<p>Park, J., Tolea, M., Arcay, V., Lopes, Y., Galvin, J. (2018). Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia, or Alzheimer's disease. <i>Social Work in Mental Health</i>.</p>	<p>Dementsusega inimesed sõltuvad üha rohkem hooldajatest, eriti lähedastest pereliikmetest, kes aitavad neil igapäevaelu tegevustes ja käitumuslike ja psühholoogiliste sümptomite juhtimisel. Dementsusega patsiendi hooldamine on sageli nõudlik ja emotsionaalselt kurnav haiguse kestuse ja hooldatava funktsionaalse sõltuvuse tõttu. Vastutus võib olla stressirohke ja tõsine koormus, eriti kui käitumisprobleemid kestavad pikka aega (eriti LKD korral).</p>	<p>Eesmärgiks oli uurida tegureid, mis on seotud depressiivsete sümptomitega omastehooldajatel, kes hoolitsevad Lewy kehakestega dementsuse, Alzheimeri tõve või Parkinsoni tõve dementsusega pereliikme eest.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvantitatiivne</p>	<p>Internetipõhine küsitlus, millele vastas 606 inimest. Uuringus olid küsimused läbipõlemise, depressiivsete sümptomite, sotsiaalse toetuse ja dementsusega inimeste hooldajate psühholoogilise heaoluga seonduvalt. Analüüsiks kasutati kolme tüüpi statistikat: kirjeldavat statistikat, Pearsoni r ning mitme muutujaga lineaarset regressiooni.</p>	<p>Omastehooldajatel puudub sageli teadlikkus olemasolevatest ametlikest teenustest ning haiguse varajases avastamisest ja ennetamisest. Hooldajate koormust, stressi ja elukvaliteedi langust põhjustavad eelkõige patsiendi neuropsühhiaatrilised sümptomid. Sotsiaalse toe olemasolu on oluline selleks, et vähendada psühholoogilist ja füüsilist koormust, sotsiaalset isolatsiooni ja depressiooni. Sotsiaalset tuge spetsiifiliselt uuritud ei ole.</p>

<p>Riepe M., Lanza, C., Demenz mit Lewy-Körpern. (2013). <i>PSYCH up2date</i>.</p>	<p>LKD esinemissagedus ja millised patoloogilised muutused ajus selle haigusega seotud.</p>	<p>Esitada põhjalik ülevaade LKD-se kliinilistest sümptomitest, sealhulgas mootorsetest ja kognitiivsetest kahjustustest, ning selgitada, kuidas need sümptomid erinevad teistest neurodegeneratiivsetest haigustest.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Kirjanduse ülevaate koostamisel on kasutatud 84 allikat, mis on leitud Crossref'ist, Google Scholarist ja PubMedist. Kasutatud allikad on välja antud aastatel 1987-2013.</p>	<p>Üha vananeva ja kauem elava ühiskonna suur murepunkt on märkimisväärne dementsussündroomi kasv. Lewy kehakeste dementsus (edaspidi LKD) on degeneratiivse dementsuse üks levinuim vorm. Kõikuv kognitiivne seisund võib toimuda minutite, tundide või päevade lõikes ning on üks olulisemaid sümptome eristamiseks LKD-d Alzheimeri tõvest. Kognitiivset sümptomaatikat iseloomustab düseksektiivne sündroom ja teabe töötlemise kiiruse vähenemine. Otsmikusagara funktsiooni kahjustuse ulatus näib ületavat isegi Parkinsoni tõvega patsientide kahjustuse ulatust.</p>
<p>Sampson E. L., Candy B., Jones L. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. (2009). Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. <i>Cochrane database syst review</i>.</p>	<p>Enteraalne toitmine on levinud kaugelearenenud dementsusega patsientidel, kelle toitumises on toimunud negatiivse dünaamikaga muutused. Enteraalse toitumise kahju ja kasu on aga ebaselge. Dementsuse all on mõeldud patsiente Alzheimeri tõvega, vaskulaarse dementsusega, Lewy kehakeste dementsusega ja frontaaltemporaalset dementsust.</p>	<p>Eesmärgiks hinnata kaugelearenenud dementsusega inimestel, kellel on tekkinud söömis- ja neelamishäired, sonditoitmise tulemuslikkust.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Teadusartikleid otsiti Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl, Lilacs. Kasutatud 43 allikat, mis on välja antud aastatel 1990-2009.</p>	<p>Enteraalsel sonditoidul patsientidest ühelgi ei ilmenud suurenenud elulemust. Kaugelearenenud dementsusega patsientidel puudub arusaamine ja võime teha iseseisvalt otsuseid, mistõttu ei ole neil endal võimalik antud protseduuri jaoks anda teadlikku nõusolekut või keeldumise soovi, mis paneb koorma aga lähedastele. Antud juhul oleks abiks hoolduse planeerimine.</p>
<p>Sanford A. M. (2018). Lewy body dementia. <i>Clinics in Geriatric Medicine</i>.</p>	<p>LKD on sageli aladiagnoositud või vale diagnoositud.</p>	<p>Eesmärgiks kirjeldada LKD sümptomeid, diagnoosimist, prognoosi ja sümptomite leevendamise võimalusi.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Töös on kasutatud 60 teadusartiklit, mille avaldamise aastad jäävad vahemikku 1999-2017. Andmebaasidest oli kasutatud Google Scholarit, PubMedi, Scopus't, Crossref'i.</p>	<p>Kliiniliste kattumiste tõttu teiste dementsusvormidega on LKD sageli aladiagnoositud või valediagnoositud. Hetkel ei ole olemas haiguse kulgu muutvaid ravimeetodeid ega ravi. Ravi on suunatud spetsiifiliste sümptomite leevendamisele. LKD toob kaasa suure hoolduskoormuse, vähenenud elukvaliteedi ja kõrgemad tervishoiukulud võrreldes teiste dementsusvormidega.</p>

<p>Svendsboe E., Terum, Tori, Testad, I., Aarsland, D., Ulstein, I., Corbett, A., Rongve, A. (2016). Caregiver burden in family carers of people with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>.</p>	<p>LKD ja Alzheimeri tõvega patsientide hooldajate koormuse mõistmine on oluline nende vajaduste tõhusamaks rahuldamiseks sihipärasemate uurimuste abil, mis arvestavad igale haigusseisundile omaseid väljakutseid.</p>	<p>Eesmärk on analüüsida stressitaset hooldajate seas, kes põetavad Lewy kehakehakestega dementsusega (LKD) ja Alzheimeri tõvega patsiente, et eristada ning parandada hooldajate toetusmeetodeid.</p>	<p>Empiiriline uurimus, kvantitatiivne</p>	<p>Andmeid koguti kahest suuremast Norra uuringust, DemVestist (n= 265) ja Norra dementsuse registrist (n=2220). Valimiks olid Alzheimeri tõvega patsiendid (AD) (n=100) ning LKD diagnoosiga inimesed (n = 86) ja nende hooldajad. Andmed hooldatavate kohta hõlmasid neuropsühhiaatrilisi sümptomeid, kaasuvate haiguste esinemist ja igapäevaelu tegevuste (ADL) skoori. Kasutati lineaarset regressioonanalüüsi, esmalt ilma kohandusteta ja seejärel samm-sammult kohandatuna, lisaks kirjeldav analüüs.</p>	<p>LKD-ga inimeste lähedaste koormus on märkimisväärselt suurem võrreldes Alzheimeri tõvega patsientide lähedastega. Lähedaste jaoks on peamine stressiallikas hooldatava neuropsühhiaatrilised sümptomid. LKD-ga patsientide hooldajatest 40% tundis mõõdukat või suurt koormust, mis tõi endaga kaasa suurenenud riski psühhiaatriliste häirete tekkeks dementsuse varajases staadiumis.</p>
<p>Tang, E., Burn, D., Taylor, J., & Robinson, L. (2015). Dementia with Lewy bodies: The emerging role of primary care. <i>European Journal of General Practice</i>.</p>	<p>LKD on aladiagnoositud, ehkki on üks kõige sagedasem dementsuse tüüp. Sagedased on vale diagnoosi panek patsiendile ning viivitused esmatasandi arstiabis.</p>	<p>Eesmärk näidata loomulikke raskusi, mis võivad esmatasandi arstil tekkida, kui talle satub LKD kahtlusega patsient.</p>	<p>Empiiriline uurimus, juhtumianalüüs</p>	<p>Juhtumianalüüs. Patsient oli 63-aastane meesterahvas. Juhtumiaruanne kirjeldab mäluprobleemide ja sugestatiivsete tunnustega seonduvaid puudujääke (depressioon, mõõduv teadvusekaotus, kukkumised) LKD korral, tõstes ka esile diagnostilise ebakindluse ja viivituse haigusseisundiga seonduva diagnoosi saamisel. Haigusloo analüüs ja kliinilised hindamised.</p>	<p>LKD diagnoosimise teeb raskeks selle sümptomite sarnanemine Alzheimeri tõve ja parkinsonismi sümptomitega. LKD-ga patsientide tavapärased sümptomid on kalduvus kukkumisele ja minestamisele, tekkida võivad mõõduvad seletamatud teadvuskaotused, uriinipidamatus ja kõhukinnisus. Kukkumisi saab ennetada, jälgides patsiendi hüdratsiooni, soola tarbimist ja vältides pikaajalist istumist-kasutades kompressioonsukki, kohandades ümbritsevat keskkonda ning vaadates üle patsiendi tarvitavad ravimid.</p>
<p>Zweig, Y. R., Galvin, J. E. (2014). Lewy body dementia: the impact on patients and caregivers. <i>Alzheimer's Research and Therapy</i>.</p>	<p>Diagnoosimisel tekib viivitus, mis piirab tervishoiuteenuste osutajate võimet ravitulemusi maksimeerida ning tõhustada seeläbi patsiendi ja hooldaja elukvaliteeti.</p>	<p>Eesmärgik on LKD kirjeldamine patsientide ja hooldajate vaatenurgast.</p>	<p>Kirjanduse ülevaade</p>	<p>Pubmed Centralist, CASist, Google Scholarist, Pubmedist. Töö koosneb 39 teadusartiklist, mis olid välja antud aastatel 2005-2014.</p>	<p>Vähesed teadmised LKD-st arstide, patsientide ja nende pere seas võivad põhjustada diagnoosi saamise viivitust, valedes esialgsete diagnooside saamist ja vajadust pöörduda diagnoosi kinnitamiseks mitme arsti poole. Üle 90% LKD diagnoosiga inimestest ei olnud võimelised käima ise poes ja endale süüa tegema ning üle 60% vajasis abi igapäevaste toimingutega hakkama saamisel. Hallutsinatsioonide</p>

					tekkimisel võib inimene näha vargusi, võõraste inimeste elamist oma kodus ning seda, et tema elu on ohus– kõik need meelepetted võivad haiguse süvenedes progresseeruda. Pereliikmete suhted patsiendiga võivad haiguse tõttu muutuda. Läbipõlemise vältimiseks on oluline, et inimesed tunneksid oma piire ja teaksid, millal abi otsida. Läbipõlemise risk võib olla tingitud puudulikest teadmistest võimaliku kättesaadava abi osas.
Vatter, S., Stanmore, E., Clare, L., McDonald, K.R., McCormick, S.A. and Leroi, I., 2020. Care burden and mental ill health in spouses of people with Parkinson disease dementia and Lewy body dementia. <i>Journal of geriatric psychiatry and neurology</i> .	Abikaasade vaimne ja emotsionaalne koormus LKD-ga patsientide eest hoolitsemisel on vähe uuritud.	Eesmärgiks uurida ja võrrelda vaimse tervise, hoolduskoormuse ja suhtega rahulolu kerge kognitiivse häire või Parkinsonismi või LKD dementsusega inimeste ja neid hooldavate abikaasade vahel.	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne	Suurbritannias läbiviidud uuringus osales 136 abikaasat, kes hooldas LKD või Parkinsoni tõve diagnoosiga elukaaslast. Uuringus kasutati erinevaid skaalasid: Zarit Burdeni, Likerti, Dyadic suhteskaala, ärevuse- ja deperessiooniskaala. Uuringud viidi läbi vahemikus aprill 2016 - jaanuar 2018. Kirjeldavad muutujad esitati protsentidena. Parameetrised ja mitteparameetrised testid viidi läbi vastavalt vajadusele.	Koormus, stress, suhtega vähene rahulolu ning pahameel LKD ja Parkinsoni tõvega patsientide abikaasade seas on levinud probleemid. LKD diagnoosiga patsientide abikaasade seas oli kõrgem ärevuse tase ning madalam vaimne tervise tase. Igapäevased hoolduse tunnid ületasid 14h enam kui poolel vastanutest.
Vossius, C. Rongve, A., Testad, I., Wimo, A., Aarsland D. (2014). The Use and Costs of Formal Care in Newly Diagnosed Dementia: A Three-Year Prospective Follow-Up Study. <i>The American Journal of Geriatric Psychiatry</i> .	Professionaalsete teenusepakkujate osutatavate hooldusteenuste kasutamise vajadus kasvab aja jooksul märkimisväärselt.	Eesmärk on uurida hoolduskulusid esimese kolme aasta jooksul pärast diagnoosi saamist (sh Lewy kehakeste dementsusega patsientide puhul).	Empiiriline uurimus, kvantitatiivne	Patsiendid valiti välja Lääne-Norras tehtud pikaajast dementsuse esinemissageduse uuringust, Norra DemWest. 2005. aasta märtsist kuni 2007. aasta märtsini kaasati kokku 196 esmakordse diagnoosiga ja kerge dementsusega patsienti (määratletud <i>Mini-Mental State Examination</i> 'i skooriga 20 või vähem). Andmete analüüsiks oli vajalik: diagnostiliste kriteeriumite ja protseduuride põhjalik kirjeldus, demograafilised ja kliinilised andmed, tarvitavad ravimid. Erinevate testide väärtused	Uuring tõi esile LKD märkimisväärse majandusliku mõju. Kolme aasta jooksul pärast kerge dementsuse diagnoosi saamist olid LKD-ga patsientide hoolduskulud oluliselt kõrgemad võrreldes Alzheimeri tõvega patsientidega, ulatudes vastavalt 3247 ja 1855 euronit kuus. Eriti märkimisväärne on see, et institutsionaalne hooldus moodustas koguni 75% kõigist LKD-ga seotud kuludest. Need leiud rõhutavad vajadust pakkuda LKD-ga patsientide hooldajatele ja patsientidele endale paremat tuge. On oluline arendada sekkumisi,

				muudeti z-skooridesse, et saada andmed, mis keskendusid keskmistele, vaadati ka standardhälvet.	mis suurendaksid sotsiaalset tuge, parandaksid haigusest teadlikkust, suunaksid inimesi kogukondlike teenuste juurde ning aitaksid luua tõhusamaid dementsuse hooldusplaanid. Sellised meetmed võiksid vähendada hooldajate koormust ja parandada nii patsientide kui ka hooldajate elukvaliteeti, aidates ühtlasi vähendada institutsionaalse hoolduse vajadust ja sellega seotud kõrgeid kulusid.
--	--	--	--	---	---

