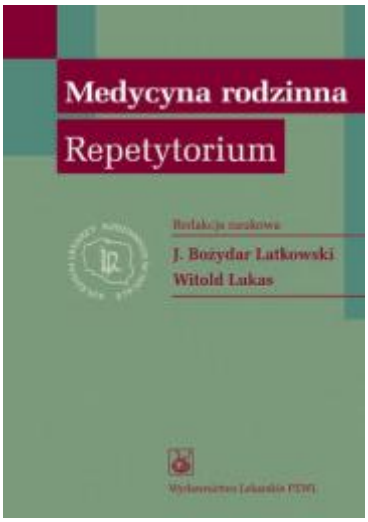
mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.



Tekst pochodzi z książki: "Medycyna Rodzinna. Repetytorium." Autor podręcznika: J.Bożydar Latkowski, Witold Lukas
Pigułkę przygotował: Magdalena Cabaj

Dlaczego powstała ta pigułka?

Specyfika metabolizmu i homeostazy organizmu w wieku podeszłym sprawiają, iż wiele typowych schorzeń leczonych jest z innymi celami terapeutycznymi. Dzięki tej pigułce poznasz różnice diagnostyczne oraz terapeutyczne pacjentów w wieku podeszłym.

Po przeczytaniu będziesz wiedział:

- Jak zmienia się metabolizm człowieka wraz z wiekiem?
- Jakie są najczęstsze problemy wynikające z wieku podeszłego?
- Jakie są różnice w leczeniu i celach terapeutycznych w geriatrii?

---

1. Starzenie się człowieka

Do wielkich problemów gerontologii (nauki zajmującej się późnym okresem ontogenezy) należą:

1) poznawanie istoty procesów starzenia się, szczególnie człowieka,

2) starość jako określony i jakościowo szczególny etap rozwoju osobniczego, względnie jako charakterystyczny stan z jego ograniczeniami, zwłaszcza zdrowotnymi,

3) procesy chorobowe występujące w późnym okresie życia:

a) „swoiste” dla starości, nazywane *of aging*,

b) przebiegające odmiennie w tym okresie życia – *in aging*

Cechy charakterystyczne procesu starzenia się:

a) wieloprzyczynowość

b) dwuwymiarowość

c) kilkupłaszczyznowość (płaszczyzny: biologiczna, psychologiczna oraz społeczna i socjalna),

d) trudny do ustalenia początek (biologicznie już od około 30.–35. roku życia),

e) rozciągnięcie w czasie (od początku aż do fizjologicznej śmierci),

f) ustawiczna progresja i brak odwracalności lub prawie żadna ich odwracalność,

g) zróżnicowanie gatunkowe, osobnicze, a nawet układowe, dotyczące zarówno tempa, jak i nasilenia zmian starczych oraz ich uciążliwości.

Etiologiczny podział na czynniki determinujące (jak zakodowany plan ontogenezy i własny metabolizm organizmu) oraz czynniki modyfikujące starzenie:

- wpływy środowiskowe, wszelkie stany
- chorobowe, czynniki psychologiczne
- warunki społeczne i socjalne.

Biologiczne (osobnicze) starzenie zmienia strukturę organizmu na drodze apoptozy, przez

- zaniki,
- odwodnienie,
- zwłóknienia,
- zwyrodnienia (lipofuscynowe, amyloidowe)
- wpływ na podstawowe atrybuty materii ożywionej:

- metabolizm,

- zdolność do autoodnowy (regeneracji, reparacji uszkodzeń tkankowych, a przede wszystkim do naprawiania *nabytych* defektów DNA),

- wydolność adaptacyjną, obejmującą obronność humoralną i tkankową,

- tolerancję stresów oraz układy stabilizujące homeostazę.

Epidemiologia:

Frakcja osób starszych, jednoznacznie określająca starość populacji, wynosi ostatnio w Europie od ponad 15% (Słowacja) do prawie 23% we Włoszech.

Polski wskaźnik to 16,7%, zaliczamy się więc (według WHO) do społeczeństw

bardzo starych.

Przeciętne dalsze trwanie życia (DT¯60)

- jest wskaźnikiem „gerontologicznym”,
- obrazuje przeżywalność osób w okresie starości
- wynosi w Polsce około 21 lat dla kobiet oraz 16,5 dla mężczyzn
- w Szwecji odpowiednio 24 i 20 lat

Różna dla obu płci dalsza przeżywalność po 60. roku życia, jak również wcześniejsza „nadumieralność” (głównie sercowo-naczyniowa) mężczyzn leżą u podstaw dużej feminizacji populacji w okresie starości (w Polsce: 162 kobiety na 100 mężczyzn powyżej 65. roku życia)

Okres starości to znacząco długa, wymierna część ontogenezy, czyli osobniczego życia człowieka, mierzona i oceniana na kilka różnych sposobów:

- według samopoczucia („na ile lat się czujemy”),
- według wyglądu zewnętrznego („na ile lat wyglądamy”),
- według kryteriów tzw. wieku biologicznego, czyli przez ocenę bardzo wielu parametrów biologicznych i biochemicznych, niepoddających się wpływom ćwiczeń treningowych,
- według tzw. wieku sprawnościowego – w pewnym zakresie zależnym od gerontologicznej aktywności prewencyjnej,
- według uniwersalnej (jednakowej dla wszystkich, chociaż niekiedy mylącej) skali wieku kalendarzowego.

W ontogenezie wyróżnić można (umownie) kilka głównych okresów:

1) **wiek młody (okres rozwojowy)** – od urodzenia do około 29. roku życia,

2) **wiek średni (okres twórczy)** – pomiędzy 30. a 59. rokiem życia (często zresztą bywa przedłużony),

3) **okres starości** – powyżej 60. roku życia:

- starość wczesna, czyli „wiek podeszły lub III wiek” to lata między 60. a 74. rokiem życia,
- starość pośrednia (właściwa) między 75. a 89. rokiem życia,
- starość późna (zaawansowana, długowieczność) – 90 lat i więcej.

Tak czy inaczej definiowany okres starości charakteryzuje się znacznym nagromadzeniem (podczas procesów starzenia się) wielu cech nazywanych „zmianami starczymi”, dotyczącymi wszystkich trzech podstawowych płaszczyzn starzenia się człowieka: biologicznej, psychologicznej oraz społecznej i socjalnej.

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

2. Chorowanie osób starszych

Na przebieg chorowania seniorów mają wpływ:

a) wymienione zmiany starcze,

b) charakterystyczna epidemiologia z narastającą z wiekiem zapadalnością oraz wielochorobowością (według GUS w Polsce przypada średnio 3,6 przewlekłej choroby na każdą osobę starszą),

c) niewydolność rozpoznawcza – diagnozowanie zbyt późne, bez chętnej współpracy chorego, zebrane dane bywają niepewne, nie zawsze prawidłowo interpretowane – „wynik stosowny do wieku", znaczna tolerancja wyników patologicznych, trudne różnicowanie – starość czy choroba, która choroba jest najważniejsza przy równoczesnym występowaniu kilku chorób,

d) specyficzny u osób starszych przebieg procesów chorobowych z bardzo niepewnym rokowaniem, znacznie wyższymi kosztami leczenia, wydłużonym okresem zdrowienia oraz bardzo trudną i rzadko dostępną rehabilitacją.

Schorzenia geriatryczne

Upadki :

- sporadyczne – spowodowane przyczynami zewnętrznymi (środowiskowymi),
- spontaniczne – w następstwie przyczyn wewnętrznych (ustrojowych), takich jak zmiany starcze lub chorobowe.

Niezależnie od przyczyny mechanizm upadków zawsze polega na braku korygowania przesunięcia środka ciężkości ciała poza zakres jego podstawy z powodu fałszywej informacji receptorowej (wzrok, czucie głębokie, równowaga) lub niesprawności odruchów, np. wynikającej ze słabości mięśni.

Na postępowanie okołoupadkowe *składają się:*

- zaopatrzenie szkód somatycznych,
- psychoterapia mobilizująca do aktywności ruchowej (mimo wszystko) i do rehabilitacji,
- ustalenie czynników ryzyka (wiek, słaba budowa, upadki w wywiadzie, choroby, leki, środowisko),
- oszacowanie ryzyka powtarzania się upadków (test Tinetti),
- nauka wstawania i sygnalizowania upadku oraz wzywania pomocy,
- korekta czynników ryzyka – oświetlenie, okulary, rewizja farmakoterapii
- regulacja ciśnienia, wyrównanie krążenia

- zastosowanie odpowiedniego oprotezowania (balkoniki, kule, laski)

Odleżyny.

Każda starsza osoba z ograniczoną mobilnością powinna mieć:

- wykonaną ocenę zagrożenia (skala Nortona), a po skrupulatnym badaniu przedmiotowym –
- dokładny opis ewentualnych odleżyn,
- opracowany tryb zmian pozycji ciała (nawet co 2 godziny),
- zapewnione oprzyrządowanie przeciwodleżynowe (materace, podkładki)
- zapewnione przestrzeganie zasad higieny

Leczenie:

- stosuje się opatrunki pochłaniające wydzielinę
- środki stymulujące gojenie się odleżyn
- wyeliminowanie zewnętrznych (nikotynizm, niektóre leki, niedostateczna pielęgnacja) lub wewnętrznych (niewydolność krążenia, cukrzyca, niedokrwistość, depresja) czynniki zagrożenia odleżynami.

Nietrzymanie moczu.

- przejściowe (polekowe, okołoinfekcyjne, przy zaparciach stolca itp.),
- utrwalone

Nietrzymanie moczu utrwalone występuje przy:

- nadpobudliwości mięśnia wypierającego mocz, jako nietrzymanie wysiłkowe (częściej u wieloródek),
- z przepełnienia pęcherza moczowego, gdy mięsień wypierający jest zbyt słaby lub droga odpływu zwężona (np. przerostem prostaty).

Każde nietrzymanie moczu wymaga :

- dokładnego badania urologicznego,
- oceny dynamiki mikcji,
- leczenia przyczynowego,
- ćwiczeń usprawniających,
- postępowania osłonowego (pampersy, pieluchomajtki), a w ostateczności i tylko wyjątkowo także umiejętnego cewnikowania pęcherza

Nietrzymanie stolca.

Przyczynami bywają:

- zaparcia (zwalczane środkami przeczyszczającymi),
- brak neurologicznej kontroli defekacji (po lekach psychotropowych, względnie w zaawansowanej cukrzycy)
- organiczne choroby jelita grubego.
- jeżeli leczenie przyczynowe jest nieskuteczne, należy doprowadzić do zaparć, ale przerywanych 2 razy w tygodniu wlewkami oczyszczającymi (*enema*).

Osteoporoza. *Osteoporoza jest chorobą metaboliczną kośćca, w której* dochodzi do zmniejszenia masy kostnej, do zmian w mikroarchitekturze *kości i do wzrostu ryzyka złamań, które niestety mogą być czasem pierwszym* objawem schorzenia. Choroba omawiana jest najczęściej w grupie chorób reumatycznych.

Otępienie.

Otępienie jest chyba najtrudniejszym zagadnieniem zdrowotnym okresu starości zarówno dla lekarza, jak i dla opiekunów oraz społeczeństwa; może najmniej dla samego chorego.

Ten stan chorobowy jest w istocie zespołem różnych jednostek klinicznych, wśród których przeważa (u około 50% chorych) choroba Alzheimera, której patomechanizm polega na pierwotnych procesach zwyrodnieniowych (beta-amyloid, zwyrodnienie neurofibrylarne neuronów) w mózgu.

Przebieg:

- różnicowanie otępienia z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi
- podstępny początek,
- przebieg równo postępujący,
- wiek starczy (po 60. roku życia),
- narastające uzależnienie od pomocy innych osób.

Diagnostyka:

- test MMSE
- test zegara jednakże ze względu na brak pewnych kryteriów klinicznych chorobę Alzheimera rozpoznaje się jako prawdopodobną lub możliwą,
- jako pewną jedynie na podstawie obrazu histologicznego.

Leczenie:

- we wczesnej fazie choroby inhibitory acetylocholinesterazy (donezepil, rywastygmina), względnie prekursory acetylocholiny (lecytyna, cholina), a także preparaty neuroprotekcyjne i naczyniowo aktywne.

Depresja.

Podobnie jak demencja, także depresja (melancholia) ma różne obrazy kliniczne.

Do klasycznych objawów należą:

- obniżenie nastroju,
- anhedonia (brak odczuwania przyjemności),
- utrata energii.

Do drugoplanowych objawów zalicza się:

- zaburzenia snu,
- zaburzenia łaknienia,
- uporczywe myśli rezygnacyjne i czasami samobójcze,
- obniżone poczucie własnej wartości, urojone poczucie winy, zaburzenia uwagi i ogólne spowolnienie (niekiedy przeciwnie – ujawnia się podniecenie chorego).

Leczenie:

- Leki trójpierścieniowe (na ogół źle tolerowane)
- Inhibitory zwrotnego wchłaniania serotoniny (preferowane)

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

3. Choroby o geriatrycznie odmiennym przebiegu

Nadciśnienie tętnicze.

Charakterystyka nadciśnienia tętniczego w okresie starości:

1. Granica nadciśnienia (140 mm Hg, ewentualnie 90 mm Hg) obowiązuje we wszystkich przedziałach wieku.

2. Częstość nadciśnienia (z przewagą izolowanego skurczowego) sięga po 60. roku życia nawet 80% (kobiety).

3. Pomiary ciśnienia w tym wieku może zakłócać pseudonadciśnienie (ucisk twardej tętnicy wymaga większego nacisku niż przerwanie przepływu krwi) oraz występowanie przerwy osłuchowej, co może obniżać wynik pomiaru.

4. Charakterystyczna jest znaczna chwiejność parcia krwi ze skłonnością do hipotonii na stojąco, po lekach i po posiłkach.

5. Nadciśnienie pojawiające się dopiero w tym wieku może być następstwem miażdżycowych zwężeń tętnic nerkowych.

6. Objawy są bardzo zmienne i zawodne, czasem dopiero całodobowe monitorowanie ciśnienia (ABPM) pozwala na pewną diagnozę.

7. Ryzyko powikłań naczyniowych jest w okresie starości znacznie większe, gdyż wiek powyżej 55 lat dla mężczyzn i 65 lat dla kobiet stanowi istotny czynnik zagrożenia.

8. Bezlekowe postępowanie przeciw nadciśnieniowe jest u seniorów mało skuteczne.

9. Leczenie hipotensyjne najlepiej prowadzić według zasady *start low-go slow* – zaczynając od małych, stopniowo zwiększanych dawek racjonalnie dobranego leku.

10. Osoby z nadciśnieniem w okresie starości wymagają wyjątkowej dokładności w postępowaniu i częstszych kontroli lekarskich niż osoby młode.

Choroba niedokrwienna serca.

- bezbólowy przebieg,
- nietypowa symptomatologia
- znacznie gorsze rokowanie.

W dziedzinie terapii na podkreślenie zasługuje eliminowanie starości z wykazu przeciwwskazań do leczenia inwazyjnego.

Niewydolność krążenia.

Wyróżnia się znacznym odsetkiem niewydolności typu rozkurczowego z niekorzystnym reagowaniem na leki inotropowo dodatnie.

Zaburzenia regulacyjne. Cukrzyca typu 2 jest klasycznym, geriatrycznym wariantem zaburzonego metabolizmu. Odwodnienie organizmu wynika z osłabienia wrażliwości osmoreceptorów, unikania przez seniorów dostatecznego picia płynów.

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

4. Określenie funkcjonalnej wydolności seniorów

Osoby starsze powinny mieć u lekarza pierwszego kontaktu dokumentację aktualnego poziomu ich funkcjonalnej wydolności psychofizycznej.

Oceny przeprowadza się, stosując najczęściej podstawowe skale, takie jak:

- skrócony test oceny sprawności umysłowej,
- skalę oceny sprawności według podstawowych czynności życia codziennego.

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

5. Pytanie

Który z czynników wywiera wpływ na procesy starzenia się?

○ stan psychologiczny
○ środowisko naturalne
○ choroby przewlekłe
○ warunki ekonomiczne
○ wszystkie powyższe mogą wpływać na proces starzenia się

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

6. Pytanie

Do oceny ryzyka powstania odleżyn wykorzystuje się skalę:

○ APACHE
○ GCS
○ Norton
○ Fontaine
○ Katowice

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

7. Pytanie

Umownie za wiek rozwojowy uważa się wiek do :

○ 15 rż
○ 21 rż
○ 25 rż
○ 29 rż
○ 34 rż

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

8. Pytanie

Ryzyko powikłań naczyniowych jest w okresie starości znacznie większe, gdyż wiek powyżej 55 lat dla mężczyzn i 65 lat dla kobiet stanowi istotny czynnik zagrożenia.

○ Oba zdania są prawdziwe i pozostają ze sobą w związku przyczynowo skutkowym
○ Oba zdania są prawdziwe, lecz nie pozostają ze sobą w związku przyczynowo skutkowym
○ Pierwsze zdanie jest prawdziwe, a drugie fałszywe.
○ Pierwsze zdanie jest fałszywe, drugie prawdziwe.
○ Oba zdania są fałszywe

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

9. Pytanie

Test Tinetti polega na:

○ ocenie ryzyka zgonu na przestrzeni kolejnych 10 lat życia
○ oszacowaniu ryzyka powtarzania się upadków spontanicznych
○ ocenie ryzyka powikłań odleżyn
○ oszacowaniu ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych w przebiegu migotania przedsionków
○ oszacowaniu ryzyka krwawienia w terapii doustnymi antykoagulantami

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

10. Pytanie

Dla depresji wieku podeszłego charakterystyczne są poniższe objawy z wyjątkiem:
○ zaburzenia widzenia
○ zaburzenia snu
○ zaburzenia snu
○ zwiększenie łaknienia
○ zaburzenia uwagi

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

11. Pytanie

Do pierwszorzędowych (klasycznych) objawów depresji należy/ą

○ anhedonia
○ bezsenność
○ utrata łaknienia
○ poprawne b i c
○ wszystkie odpowiedzi poprawne

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

12. Pytanie

Przejściowe nietrzymanie moczu może być spowodowane:

○ reakcją polekową
○ infekcją
○ przerostem gruczołu krokowego
○ prawidłowe b i c
○ prawidłowe a i b

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

13. Pytanie

W leczeniu choroby Alzheimera wykorzystuje się następujące leki **z wyjątkiem:**

○ riwastygminy
○ fizostygminy
○ donepezilu
○ piracetamu
○ galantaminy

---

mediPIGUŁKI

Problemy wieku podeszłego w praktyce lekarza medycyny rodzinnej.

14. Pytanie

Najczęstszą formą otępienia u osób starszych jest:

○ choroba Alzheimera
○ otępienie naczyniopochodne
○ otępienie w przebiegu choroby Parkinsona
○ otępienie wtórne polekowe
○ otępienie czołowo–skroniowe

IBUK libra

Czytelnia czynna całą dobę!

PWN

Czytaj, gdzie chcesz i jak chcesz!

Z KAŻDEGO MIEJSCA:

dom

biblioteka

uczelnia

praca

NA KAŻDYM URZĄDZENIU:

komputer

laptop

tablet

smartfon

24/7 POGOTOWIE CZYTELNICZE

CHCESZ SKORZYSTAĆ Z PLATFORMY IBUK LIBRA?

Sprawdź czy Twoja biblioteka (instytucja) ma wykupiony dostęp do wybranych publikacji!

www.libra.ibuk.pl

CHCESZ ZAPEWNIĆ DOSTĘP SWOIM CZYTELNIKOM, WSPÓŁPRACOWNIKOM, KLIENTOM?

Skontaktuj się z nami: kontakt@libra.ibuk.pl

WYDAJ WSZYSTKICH SWOICH BOHATERÓW

rozpisani.pl

Projektujemy. Edytujemy. Drukujemy. Wydajemy.
Dystrybuujemy i sprzedajemy Twoją książkę.

Ty zajmij się tym,
co kochasz. PISZ!

Więcej na: info@rozpisani.pl | fb.com/rozpisani

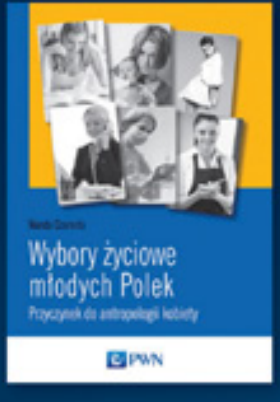
rozpisani·pl

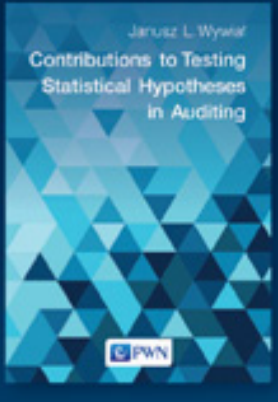
PWN publikujznami.pl PZWL

Od ponad 60 lat upowszechniamy dorobek polskiej i światowej nauki oraz wyznaczamy standardy w popularyzowaniu i podnoszeniu wiedzy. Skorzystaj z naszego wieloletniego doświadczenia!

ZAPEWNIAMY:

- Doradztwo w zakresie umów wydawniczych
- Kompleksowe usługi edytorskie
- Usługi produkcyjne
- Usługi dystrybucji, promocji i sprzedaży
- Zasoby PWN FOTO





SKONTAKTUJ SIĘ Z NAMI:

e-mail: publikujznami@pwn.pl; publikujznami@pzwl.pl

tel. (22) 695 40 67, (22) 695 42 27

PZWL

CZASOPISMA MEDYCZNE
WYDAWNICTWA LEKARSKIEGO

DOŁĄCZ DO GRONA
NASZYCH PRENUMERATORÓW

PZWL

PZWL Wydawnictwo Lekarskie Sp. z o. o.
Grupa PWN
ul. G. Daimlera 2
02-460 Warszawa

email: prenumeraty@pzwl.pl
tel. 502 796 171
czasopisma.pzwl.pl