

### Literatura:

1. GUS, Prognoza ludności na lata 2014-2050, <http://www.stat.gov.pl> dostęp: 01.07.2017.
2. Wieczorowska-Tobis K., Geriatric medicine in Poland, *Eur Geriatr Med* 2015; 6: 136.
3. NIK, Informacja o wynikach kontroli. Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf> dostęp: 01.07.2017
4. Leszko M, Zając-Lamparska L, Trempala J., Aging in Poland. *Gerontologist* 2015; 55: 707-715.
5. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, <https://www.cmkp.edu.pl> dostęp: 01.07.2017.

**Parużyńska A., Lindner K., Szymala-Pędzik M.**

Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

### MODELOWA OPIEKA GERIATRYCZNA

*Artykuł omawia zasady kompleksowej oceny i opieki geriatrycznej, zmierzającej do podniesienia jakości życia chorych w podeszłym wieku poprzez poprawę ich stanu zdrowia i funkcjonowania w środowisku.*

Parużyńska A., Lindner K., Szymala-Pędzik M.

Medical University, Wrocław, Poland

### MODEL OF GERIATRIC CARE

*This article describes the principles of comprehensive geriatric assessment and care aimed at raising the quality of life of the elderly by improving their health and functioning in the environment.*

Proces starzenia się populacji ogólnoswiatowej postawił wiele nowych wyzwań przed medycyną, dotyczących przede wszystkim poprawy jakości życia osób w wieku podeszłym, a także ich dalszego zaangażowania w życie społeczne. Odpowiedzią na te wyzwania stała się nowa dyscyplina lekarska – geriatryka. W zakres oceny geriatrycznej wchodzi: ocena funkcjonowania i niezależności pacjenta, uwzględniająca czynniki fizyczne, psychosocjalne, środowiskowe, a także ocena funkcji poznawczych, równowagi i zaburzeń chodu, a także kompleksowa ocena schorzeń i stosowanych leków [1, 2].

Jednym z pojęć wprowadzonych od niedawno praktyki geriatrycznej jest «zespół kruchości» (*frailty syndrome*) odnoszący się przede wszystkim do funkcjonowania pacjenta geriatrycznego i definiowany jako utrata niezależności. «Zespół kruchości» podzielić możemy na łagodny, kiedy chory wymaga pomocy jedynie w złożonych czynnościach życia

codziennego (zarządzania domowymi finansami, korzystania ze środków transportu publicznego, używania telefonu, samodzielnego przygotowania posiłków, wykonywania prac domowych, itd.); umiarkowany, dotyczący pacjentów wymagających pomocy w pracach domowych, transporcie poza miejsce spaceru, czy też kąpaniu, oraz ciężki «zespół kruchości», gdy chory zależy od pomocy innych osób w podstawowych czynności życia codziennego. Do objawów zespołu kruchości należą: utrata masy ciała, wyczerpanie, mała aktywność fizyczna, spowolnienie chodu oraz słabość mięśni [3, 4].

Kolejnym aspektem oceny geriatrycznej jest ocena funkcji poznawczych, która zrealizować można dzięki specjalnym skalom. Najpowszechniejszą jest *Mini Mental Examination State*, pozwalająca na szybką ocenę zarówno funkcji poznawczych pacjenta, jak i wzrokowo-przestrzennych. Uzyskiwany wynik mieści się w przedziale 0-30 i pozwala na ocenę stopnia otępienia, a także jego etiologii. W krajach rozwiniętych najczęściej obserwuje się otępienia pochodzenia alzheimerowskiego, a w krajach rozwijających się mamy częściej do czynienia z otępieniem o etiologii mieszanej i naczyniopochodnej: w USA otępienie alzheimerowskie stanowi ok. 70%, natomiast w Polsce ok. 50%, co przemawia to za mniej skuteczną profilaktyką sercowo-naczyniową [5].

Do oceny funkcji poznawczych skonstruowano wiele podręcznych skal, pozwalających na przesiewową ocenę. Należą do nich m.in.: Montrealska Skala Ocena Funkcji Poznawczych, Skala Niedokrwienna Hachinskiego, Skrócony Test Sprawności Umysłowej Hodgkinsona. W przypadku pacjentów w wieku podeszły należy pamiętać o ocenie psychologicznej, a przede wszystkim ocenie narażenia na depresję, stanowiącej powszechny i poważny problem w tej populacji ze względu na ograniczenie aktywności w życiu codziennym, a także wycofanie społeczne. Zdarzają się sytuacje, w których objawy kliniczne depresji są mylnie rozpoznawane jako progresja zespołu otępiennego. Geriatryczna Skala Oceny depresji, w wersji pełnej (30-punktowej) lub w wersji skróconej (15-punktowej) jest stałym elementem badania geriatrycznego. W przypadku nieprawidłowości w badaniu przesiewowym konieczna jest dalsza ocena psychiatryczna, pomoc psychologiczna lub włączenie farmakoterapii, które w znaczący sposób wpływają na aktywizację pacjenta.

Kolejnym istotnym elementem badania geriatrycznego jest ocena chodu i równowagi pacjenta, która ukazuje ewentualne narażenie na upadki, stanowiące równie poważny problem kliniczny, ze względu wtórnie unieruchomienie pacjenta lub urazy. Najpoważniejszymi urazami występującymi w tej grupie chorych i mającymi bezpośredni związek ze

wzrostem śmiertelności są przede wszystkim złamanie szyjki kości udowej oraz urazy głowy (zwiększone ryzyko krwawienia śródczaszkowego). Ponadto sam upadek może wywoływać u pacjenta silny lęk przed ponownym tego typu zdarzeniem, a w rezultacie znacznie ograniczać dotychczasową aktywność. Dążeniem lekarza geriatry powinna być jak najwcześniejsza mobilizacja chorego po urazie. Pamiętać musimy o tym, iż im dłużej pozwalamy na unieruchomienie, tym większe jest ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, jak choroba zakrzepowo-zatorowa, utrata masy mięśniowej, postępujące osłabienie i tym dłuższy będzie proces samej rehabilitacji. Profilaktykę przed upadkami realizować możemy poprzez odpowiednią edukację pacjentów, zmniejszenie lub wyeliminowanie przyczyn zawrotów głowy, jak choćby odstawienie leków psychoaktywnych (powszechnie nadużywanych benzodiazepin) czy zaopatrzenie w odpowiedni sprzęt medyczny (chodziki, kule, balkoniki) [6].

Ocena medyczna pacjenta geriatrycznego wiąże się z usystematyzowaniem wszystkich objawów klinicznych i schorzeń oraz ustalenie odpowiedniego postępowania poprawiającego stan kliniczny. Zaznaczyć należy, że rolą lekarza geriatry nie jest zastąpienie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a raczej rzetelnie prowadzony nad tą opieką nadzór. W efekcie, chory z licznymi obciążeniami sercowo-naczyniowymi powinien w dalszym ciągu pozostawać pod opieką kardiologiczną, a pacjent ze schorzeniami przewodu pokarmowego pod opieką gastroenterologiczną. Rolą geriatry jest dokładne zaznajomienie się z dotychczasową historią medyczną pacjenta, zaleceniami specjalistycznymi i ich uporządkowanie w celu optymalizacji leczenia. Bardzo ważnym elementem tego nadzoru jest również ocena przyjmowanych przez chorego leków, a co za tym idzie odpowiednie dobranie dawki (np. w zależności od funkcji nerek) lub zmniejszenie ich liczby w celu uniknięcia zjawiska polipragmazji. Szczególną uwagę poświęca się schorzeniom występującym częściej wśród populacji chorych powyżej 60. roku życia. Przykładowo, nadciśnienie tętnicze występuje u ponad połowy tych pacjentów, a przez to stanowi częsty problem zdrowotny. Zadaniem lekarza jest tym wypadku edukacja na temat odpowiedniej profilaktyki przeciwmiażdżycowej oraz zachęcanie wszystkich chorych do wykonywania regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego.

Kolejnym szeroko rozpowszechnionym problemem jest choroba zwyrodnieniowa stawów, prowadząca do ograniczenia ruchowego pacjenta oraz będąca najczęstszą przyczyną dolegliwości bólowych. Odpowiednie postępowanie w tym wypadku obejmuje dobranie odpowiednich ćwiczeń ruchowych, rehabilitację, a także ustalenie bezpiecznego i wystarczającego

leczenia przeciwbólowego. Szczególnego zainteresowania wymagają również zaburzenia widzenia i słuchu (niedosłuch), wymagające odpowiedniego leczenia zabiegowego (np. operacja zaćmy), czy też aparatowania niedosłuchu. Im szybciej takie leczenie jest zastosowane, tym większa szansa dla pacjenta do zaadaptowania się do nowej sytuacji. Bardzo dobrym przykładem jest właśnie aparatowanie niedosłuchu, ukazujące, że zastosowanie pierwszego aparatu u chorego powyżej 80. roku życia ma mniejsze szanse powodzenia niż u pacjentów młodszych.

Wśród aspektów geriatrycznej opieki medycznej znajduje się również planowanie odpowiednich badań przesiewowych, jak endoskopia, stężenia cholesterolu i hormonów tarczycy, czy też witamin, głównie D<sub>3</sub> i B<sub>12</sub>, ze względu na ich częste niedobory wśród populacji osób starszych. Ważny element stanowi ocena stanu odżywienia, wykonanie odpowiednich testów diagnostycznych, a w razie potrzeby ustalenie postępowania żywieniowego, prowadzącego do optymalizacji masy ciała osoby starszej.

Ostatnim punktem nadzoru geriatrycznego jest opieka nad pacjentem w stanie terminalnym, mająca na celu zoptymalizowanie jakości ostatniego etapu życia, poprzez minimalizowanie uciążliwych objawów, w tym bólu.

#### **Literatura:**

1. Rubenstein L., Wieland D., Comprehensive Geriatric Assessment. *Ann Rev Gerontol Geriatr* 1989, 9: 145-192.
2. Ramani L., Furmudge D.S., Reddy S.P., Comprehensive Geriatric Assessment, *Br J Hosp Med (Lond)* 2014, 75 (8): C122-C125.
3. Chen X., Mao G., Leng S., Frailty syndrome: an overview, *Clin Interv Aging* 2014, 9:433-441.
4. Xue Q., The Frailty Syndrome: Definition and Natural History, *Clin Geriatr Med* 2011, 27(1): 1-15.
5. Solfrizzi V., Panza F., Colacicco A. M., D'Introno A. et al., Vascular risk factors, incidence of MCI, and rates of progression to dementia, *Neurology*, 2004, 63(10): 1882-1891.
6. Lee A., Lee K., Khang P., Preventing Falls in the Geriatric Population, *Perm J* 2013, 17(4): 37-39.