View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by Via Medica Journals

Uwarunkowania pomyślnego starzenia

Determinants of successful aging

Maria Laskowska-Szcześniak[1], Elżbieta Kozak-Szkopek[2]

[1]Oddział Internistyczno-Kardiologiczny, Poradnia Geriatryczna Okręgowego Szpitala Kolejowego w Lublinie
[2]Klinika Geriatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

W rozwoju człowieka wyróżnić można poszczególne okresy życia: płodowy, niemowlęcy, dziecięcy, młodzieńczy, dorosłości i okres starzenia się. Każdy z nich ma swój czas trwania, charakterystyczny przebieg, prawa i zagrożenia, każdy może obfitować w zdrowie lub choroby. Okres młodzieńczy i wczesnej dorosłości to czas budowania maksymalnego potencjału naszego organizmu (masa kostna, masa mięśniowa, wydolność wysiłkowa, oddechowa, nerek). Okres starzenia się to okres utraty rezerw życiowych organizmu. Pomyślne starzenie to proces powolny, wolny od chorób przewlekłych, z zachowaną sprawnością i aktywnością społeczną.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 6, 287–294

słowa kluczowe: pomyślne starzenie, profilaktyka gerontologiczna

ABSTRACT

We can differentiate particular periods of life in human development: fetal, infant, childhood, adolescence, adulthood and the aging period. Each of them has its own duration, characteristic course, rights and threats, each of them may abound in health or diseases. The period of adolescence and early adulthood is the time of developing the maximum capacity of our body (osseous mass, muscle mass, exercise, respiratory and renal efficiency). The aging period is the time of loss of vital reserve of the body. Successful aging is a slow process, free from chronic diseases, with retained fitness and social activity.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, vol 7, no 6, 287–294

key words: successful aging, prevention of gerontology

„Czas robi swoje.
A Ty, człowieku?"
Stanisław Jerzy Lec

WPROWADZENIE

Wielki znawca procesu starzenia się, angielski gerontolog Tom Kirkwood, zapytany, jak długo chciałby żyć, odpowiedział: „Chciałbym żyć tak długo, jak długo jakość mojego życia będzie dobra i z radością będę witał każdy nowy dzień." [1]. Poczucie zdrowia, pogoda ducha, zdolność do samodzielnej egzystencji, mimo istniejących przewlekłych chorób, to świadectwo dobrej jakości życia. Osoby starsze cierpią

Adres do korespondencji:
dr n. med. Elżbieta Kozak-Szkopek
Klinika Geriatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. W. Oczki 4, 02–007 Warszawa,
tel./faks.: (22) 622 96 82, 602 647 649
e-mail: elzbieta.kozaksz@wp.pl

Copyright © 2013 Via Medica
ISSN 1897–3590

średnio na 3–4 choroby jednocześnie. Starzenie wiąże się z wielochorobowością, a choroby przyśpieszają proces starzenia, ograniczają sprawność i zwiększają ryzyko zależności od otoczenia. Na pomyślne starzenie należy pracować przez całe życie. Dbać o zdrowie, utrzymywać sprawność zarówno fizyczną, jak i intelektualną. Właściwe zachowania prozdrowotne wpajane już od dziecka mogą zahamować lub znacznie spowolnić niekorzystne dla zdrowia zmiany. Profilaktyka wtórna i trzeciorzędowa zapobiega przejściu chorób w stan przewlekły, rozwojowi powikłań chorób, niepełnosprawności, zależności od osób drugich, pogorszeniu jakości życia. Dopóki zachowana jest niezależność, sprawność fizyczna i psychiczna, świadomość, że w pobliżu jest ktoś bliski, dla kogo warto żyć, że jest się jeszcze komuś potrzebnym, dopóty człowiek chce żyć, ma poczucie zdrowia i może być szczęśliwy [2].

Celem medycyny geriatrycznej jest pomyślne starzenie

POMYŚLNE STARZENIE

Starzenie fizjologiczne jest to proces postępujących, regresywnych i nieodwracalnych zmian w tkankach i narządach organizmu, zdeterminowanych przez czynniki genetyczne i modyfikowanych przez współistniejące choroby, styl życia i czynniki środowiskowe. Optymalna modyfikacja tych trzech czynników umożliwia zachowanie homeostazy organizmu i pozwala na pomyślne starzenie (*successful aging*) [3, 4].

Starzenie jest procesem wielopłaszczyznowym. Rozważać go należy na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej i społeczno-socjalnej.

Na płaszczyźnie biologicznej w procesie fizjologicznego starzenia dochodzi do zmian fizykochemicznych w komórkach pod postacią atrofii, degeneracji, apoptozy, odkładania się lipofuscyny i amyloidu; następuje zwolnienie metabolizmu, upośledzenie zdolności do samoregulacji, adaptacji i regeneracji organizmu. Mimo tych zmian u osób starszych utrzymuje się homeostaza, z czasem jednak ulega ona zawężeniu, czyli dochodzi do homeostenozy. Obniża się funkcja komórek odpornościowych, w strukturze międzykomórkowej następuje spadek kolagenu, co powoduje utratę sprężystości tkanek, narasta skłonność do chorób zapalnych, degeneracyjnych. W miarę postępu procesu starzenia pogarsza się sprawność fizyczna i mobilność osoby starszej.

Na płaszczyźnie psychicznej dochodzi do zmniejszania się aktywności psychofizycznej, w mniejszym stopniu zaś do nadaktywności, prowadzącej do nadwrażliwości psychicznej. Nierozmnażające się komórki nerwowe obumierają (apoptoza) lub ulegają uszkodzeniu (mimo że nie tracą telomerów). Spada poziom neuroprzekaźników, narasta zwyrodnienie włókienkowe. Może rozwinąć się otępienie, w tym choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, depresja. Zaostrzają się cechy charakteru i uwydatniają wady. Następuje „usztywnianie" się postawy życiowej. Im większe doświadczenie życiowe, im większa liczba lat nauki, im większa aktywność umysłowa, tym człowiek dłużej utrzymuje swoją sprawność intelektualną. Podtrzymywanie sprawności fizycznej i umysłowej wymaga jednak nadal regularnych ćwiczeń, tak aby służyły one do późnych lat.

Także w aspekcie społecznym dochodzi do szeregu zmian. Zmniejsza się możliwość kontaktów międzyludzkich, ubywa przyjaciół, następuje zjawisko „pustego gniazda" (usamodzielnianie się dzieci i odchodzenie z rodzinnego domu), śmierć współmałżonka i członków rodziny. W miarę pogarszania się sprawności intelektualnej i fizycznej może dojść do utraty zdolności do samostanowienia, narasta potrzeba opieki osób drugich lub opieki instytucjonalnej.

Starzenie pomyślne definiujemy jako starzenie z niskim ryzykiem rozwoju chorób przewlekłych (sercowo-naczyniowych, cukrzycy, nowotworów) i następowego niedołęstwa, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymywaną aktywnością życiową.

Należy wcześniej przygotować się do życia na emeryturze poprzez zdrowy styl życia, racjonalne odżywianie, aktywność ruchową, wykonywanie badań przesiewowych w kierunku chorób przewlekłych. Równowaga emocjonalna, satysfakcja życiowa, utrzymywanie więzi rodzinnych, pozostawanie w związku małżeńskim, podtrzymywanie przyjaźni, rozwijanie hobby, zabezpieczenie autonomii swojego życia są istotnymi czynnikami funkcjonalnej długowieczności [5, 6].

ZASADY ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

Aby zachować zdrowie do późnej starości, należy przestrzegać sprawdzonych zasad zdrowego stylu życia: stosownie się odżywiać; zachować właściwą masę ciała; stosować odpowiedni wysiłek fizyczny i ruch; hartować się; realizować szczepienia, według kalendarza szczepień w okresie dziecięcym i młodzieńczym, a następnie coroczne szczepienia przeciw grypie, jednorazowe przeciw pneumokokowemu zapaleniu płuc (według wcześniejszych rekomendacji co 5–8 lat); wcześnie wykrywać choroby i skutecznie je leczyć; przestrzegać zaleceń lekarza; nie nadużywać leków; unikać czynników szkodliwych dla zmysłów, w tym wzroku i słuchu; dbać o środowisko życia; nie ulegać nałogom; nauczyć się radzić ze stresem; być przyjaźnie nastawionym do świata i ludzi [7–9].

ZASADY RACJONALNEGO ŻYWIENIA

Pożywienie osoby starszej winno być urozmaicone, zawierać niezbędne składniki odżywcze, witaminy, mikroelementy, pokrywać zapotrzebowanie kaloryczne odpowiednie do wieku i wysiłku fizycznego [10, 11]. W 60. roku życia średnie zapotrzebowanie energetyczne dla kobiet wynosi 2100 kcal/d., a dla mężczyzn 2450 kcal/d. (przy umiarkowanej aktywności fizycznej), natomiast później zmniejsza się o około 30%. Białka w pożywieniu powinny stanowić 10–15% całkowitej energii diety, tłuszcze 25–30% całkowitej ilości energii, węglowodany 55–75%, w tym cukry proste (dżemy, miód, wyroby cukiernicze) 15–25%, a cukry dodane (cukier, słodzik) poniżej 10%. Każdy posiłek powinien zawierać warzywa i owoce [12]. Codziennie należy spożywać mleko i przetwory mleczne (1 szklanka mleka i 1 szklanka mleka fermentowanego, jak jogurt, zsiadłe mleko, kefir, maślanka) celem dostarczania białka i wapnia. Mięso należy spożywać 2–3 razy w tygodniu w umiarkowanych ilościach, co najmniej 2 razy w tygodniu ryby — najlepiej morskie, zawierające witaminę D. Ograniczać należy tłuszcze zwierzęce, zamieniając je na oleje i oliwę, zawierające tłuszcze nienasycone. Pieczywo winno być mieszane. Gruboziarniste pieczywo i otręby zawierają witaminy z grupy B, ponadto pomagają w pasażu treści jelitowej. Należy spożywać jak najmniej cukru i słodyczy, które powodują nadwagę, zaparcia stolca, zakwaszają środowisko jamy ustnej, co sprzyja próchnicy i zapaleniu przyzębia. Należy zmniejszyć o około 10% podaż soli do potraw i starać się spożywać produkty świeże, nieprzetworzone. Powinno się wybierać produkty bogate w witaminę D. Rośliny i drożdże zawierają formę D2 (ergosterol). Forma D3 (cholekalcyferol), która jest trzykrotnie łatwiej przyswajalna przez organizm, znajduje się w tranie, rybach (łosoś, dorsz, tuńczyk) i nieco mniej w jajkach.

Witamina D łącząc się poprzez aktywne metabolity z receptorem jądrowym w licznych komórkach, reguluje gospodarkę fosforowo-wapniową, a także wpływa na wiele układów i funkcji całego organizmu. Niedobór witaminy D ma znaczenie w rozwoju nowotworów (raka prostaty, sutka, jelita), a także w chorobach serca, cukrzycy typu 1, w chorobach psychicznych. Niedobór tej witaminy szczególnie często występuje u dzieci (zagrożenie krzywicą) i ludzi starszych. Do przyczyn tego niedoboru w wieku starszym należy: niedostateczna podaż z pożywieniem, niewystarczająca ekspozycja na światło słoneczne i zbyt mała zdolność syntetyzowania witaminy w skórze oraz upośledzona przemiana jej do czynnej formy na poziomie wątroby i nerek z uwagi

Dieta osoby starszej powinna być urozmaicona z uwzględnieniem suplementacji witaminy D

na malejącą z wiekiem funkcję tych narządów. **U osób powyżej 65. roku życia zaleca się suplementację witaminy D w dawce 800–1000 j.m./ /dobę przez cały rok przy jednoczasowej podaży wapnia**. Takie postępowanie stanowi istotny element profilaktyki złamań osteoporotycznych [13, 14].

Osoby starsze z powodu utraty pragnienia są narażone na ryzyko odwodnienia

PROBLEMY Z PRAWIDŁOWYM ŻYWIENIEM OSÓB STARSZYCH

U osób starszych zmiany regresyjne w przewodzie pokarmowym utrudniają przyswajanie pokarmów, a niskie emerytury nie pozwalają na zakup zbyt drogich produktów spożywczych. Pogarszająca się mobilność i trudności w przygotowywaniu posiłków powodują, że pożywienie seniorów jest jedno- lub dwuskładnikowe, co generuje przewlekłe niedobory żywieniowe. Wiek starszy i samotność sprzyja nadużywaniu alkoholu. Picie piwa (nawyk z młodych lat) uszkadza wątrobę, sprzyja otyłości brzusznej (obecna w piwie lupulina). Dieta u ludzi starszych, jak i u młodzieży (w okresie wzrostu) powinna zawierać więcej białka, które jest podstawowym budulcem mięśni, a także ma wpływ na wyrównywanie białek odpornościowych i nośnikowych. Podobnie jest z witaminą D. U dzieci i młodzieży przy jej udziale wzrasta masa kostna i mięśniowa, a w wieku starszym należy bronić się przed ich utratą. W tym okresie życia następuje także utrata wody w organizmie do około 40% w stosunku do okresu noworodkowego. Zmniejszające się uczucie pragnienia, leki moczopędne, które seniorzy często przyjmują, łatwo prowadzą do odwodnienia. Należy uzupełniać niedobory płynowe. Pić co najmniej 20–30 ml/kg mc. W upalne dni, a także jeśli w mieszkaniu jest zbyt wysuszone powietrze (kaloryfery), pić o 500 ml więcej [15].

Niekorzystna jest otyłość. Sprzyja bowiem wielu chorobom, jak: cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa stawów; pogarsza sprawność fizyczną. W wieku starszym częściej występuje otyłość brzuszna. Najlepszym jej wskaźnikiem jest obwód pasa (pomiar na poziomie pępka, bez wciągania brzucha). Prawidłowy obwód pasa u mężczyzn nie powinien przekraczać 102 cm, a u kobiet 88 cm.

Po 70. roku życia masa ciała ulega zwykle zmniejszeniu. **Niezamierzone zmniejszenie masy ciała powyżej 5% w okresie 6–12 miesięcy jest związane ze zwiększonym ryzykiem zgonu.** Brak przestrzegania zaleceń podaży pokarmów białkowych i zapotrzebowania kalorycznego, szczególnie przy współistnieniu chorób przewlekłych, może prowadzić do rozwoju groźnego dla życia zespołu niedożywienia białkowo-energetycznego. Niedożywienie w populacji osób starszych jest szczególnie częste wśród pensjonariuszy domów opieki (30%) oraz wśród hospitalizowanych (nawet do 60%). U osób zagrożonych niedożywieniem zaleca się stosowanie doustnych suplementów pokarmowych [16].

SPRAWNOŚĆ RUCHOWA

W miarę upływu lat w bardzo widoczny sposób pogarsza się sprawność ruchowa. Odpowiadają za to zmiany zachodzące podczas procesu starzenia, do których można zaliczyć: spadek elastyczności kolagenu, zmniejszenie elastyczności mięśni, ścięgien i więzadeł, zużywanie się powierzchni stawowych, zmniejszenie ruchomości stawów, spadek masy i siły mięśniowej (sarkopenia), procentowy wzrost tkanki tłuszczowej, spadek beztłuszczowej masy ciała, spadek masy kostnej i jej sztywności, pogorszenie koordynacji mięśniowo-nerwowej, wydłużony czas reakcji, spowolnienie ruchów, zmniejszenie płynności i elastyczności ruchów, pogorszenie sprawności zmysłów, spadek napędu życiowego [17].

Na pogorszenie sprawności ruchowej wraz z wiekiem ma również wpływ niedobór witaminy D. Przewlekły jej niedobór powoduje wtórną nadczynność przytarczyc, wysoki obrót kostny i w konsekwencji utratę masy kostnej, prowadząc do osteoporozy. Jednoczesny wpływ witaminy D na ośrodkowy układ nerwowy, mięśnie i równowagę staje się istotnym

elementem przeciwdziałającym zagrożeniu upadkami. Każdy upadek może być przyczyną poważniejszych konsekwencji (urazy, złamania, zespół stresu poupadkowego) [18].

Stanem przejściowym między zachowaną sprawnością a już grożącą niesprawnością, niezależnie od współistniejących schorzeń, nawet w przypadku otyłości, jest zespół słabości, inaczej kruchości (*frailty syndrome*). Zespół ten rozpoznaje się, gdy współistnieją co najmniej 3 z 5 następujących czynników:

— niezamierzona utrata masy ciała (5 lub więcej kg w ciągu roku);
— uczucie zmęczenia;
— osłabienie siły mięśniowej (mierzone uściskiem dłoni);
— wolne tempo poruszania się (mierzone szybkością chodu);
— niski poziom aktywności fizycznej.

Stan taki wymaga wnikliwej obserwacji, bowiem szybko może przejść w narastającą niesprawność. U osób z zespołem kruchości łatwo dochodzi do dekompensacji wydolności poszczególnych narządów i całego organizmu [3, 17].

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA A POMYŚLNA STAROŚĆ

Poprawa aktywności fizycznej to jeden z najważniejszych i najbardziej efektywnych sposobów prewencji i eliminacji problemów zdrowotnych w wieku starszym. Aktywność fizyczna łagodzi wpływy wieku, chroni przed infekcjami, nowotworami jelita grubego i piersi, zapobiega otyłości i dyslipidemii, cukrzycy, osteoporozie, zanikom mięśni, ułatwia utrzymanie równowagi, przeciwdziała upadkom. Ruch poprawia sprawność układu oddechowego i krwionośnego, reguluje pracę przewodu pokarmowego. Aktywność fizyczna rozładowuje stres, zapobiega agresji, korzystnie wpływa na psychikę, zmniejsza tendencję do depresji, poprawia kontakty międzyludzkie i sprawność intelektualną. Trening fizyczny również łagodzi bóle i zmniejsza konieczność przyjmowania leków przeciwbólowych. Osoba bardziej sprawna czuje się młodsza. Brak aktywności fizycznej, siedzący tryb życia ma niekorzystny wpływ na wiele układów i funkcji organizmu, co pogarsza samopoczucie, sprzyja chorobowości i zwiększa śmiertelność [9, 19].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, World Health Organization) opracowała program minimalnej aktywności fizycznej u osób starszych [20]:

— 5 razy w tygodniu po 30 minut umiarkowanej aktywności fizycznej lub
— 3 razy w tygodniu po 20 minut intensywnego wysiłku ewentualnie;
— kombinacja umiarkowanej i intensywnej aktywności fizycznej;
— 8–10 ćwiczeń oporowych po 8–12 powtórzeń każdego ćwiczenia co najmniej 2 razy w tygodniu oraz
— ćwiczenia równoważne i poprawiające gibkość.

Ćwiczenia należy kontynuować w sposób systematyczny i długotrwały, dobierając sobie odpowiednie formy. Aktywność fizyczna o umiarkowanym zużyciu tlenu (3–6 METs) to między innymi marsz, taniec, praca w ogrodzie, prace domowe, polowanie, zbieranie grzybów, jagód w lesie, gry i zabawy z dziećmi, spacer z psem, malowanie, dźwiganie do 20 kg. Wysiłki o dużej intensywności (> 6 METs) to na przykład bieg, marsz pod górę, szybka jazda na rowerze, szybkie pływanie, gry sportowe (gry w piłkę), odśnieżanie, kopanie ziemi, dźwiganie powyżej 20 kg [9, 21, 22].

Rekreacja ruchowa jest podstawą profilaktyki gerontologicznej. Bardzo dużą rolę w tej dziedzinie powinny odgrywać uniwersytety trzeciego wieku [23].

BADANIA PRZESIEWOWE

Wydłużenie życia spowodowało, że wydłużył się okres starości i chorowania. Warto więc zapobiegać chorobom, a jeśli już do nich dojdzie, wcześnie je rozpoznawać i skutecznie leczyć. W tym celu zaleca się wykonywanie badań przesiewowych.

Kontrola stomatologiczna — co pół roku. Wykrywa ubytki, choroby przyzębia, zapobiega

Zachowanie sprawności ruchowej zapobiega rozwojowi zespołu słabości

przedwczesnej utracie uzębienia, która powoduje gorsze przeżuwanie pokarmów i trawienie. Właściwa higiena jamy ustnej (szczotkowanie, nitkowanie, płukanie płynami bakteriobójczymi lub odświeżającymi oddech) przeciwdziała próchnicy, chorobom przyzębia, zapewnia komfort w jamie ustnej. W przypadku bezzębia wskazane jest protezowanie. W Polsce 40% seniorów (65+) jest bezzębnych.

Systematyczne wykonywanie badań przesiewowych jest warunkiem wczesnego wykrywania chorób

Badanie krwi — morfologia, OB, poziom glukozy — raz w roku, co pozwoli na wczesne wykrycie najczęstszych chorób krwi, stanów zapalnych i cukrzycy. Badanie TSH co 3 lata — celem oceny pracy gruczołu tarczowego, który ma wpływ na przemiany metaboliczne i zaburzenia pamięci.

Badanie poziomu cholesterolu — w wieku 18–30 lat raz na 5 lat, później co 3 lata, po 45. roku życia raz w roku. Umożliwia wczesne wykrycie dyslipidemii, której następstwem może być miażdżyca, nadciśnienie i ich powikłania.

Badanie ogólne moczu — raz w roku. Można wcześnie rozpoznać stany zapalne dróg moczowych, cukrzycę, żółtaczkę, uszkodzenie miąższu nerek.

Badanie ciśnienia tętniczego krwi — co pół roku lub najlepiej co kilka miesięcy. Wczesne rozpoznanie i leczenie nadciśnienia tętniczego może zapobiec uszkodzeniu serca, nerek, ochronić przed zawałem serca, udarem mózgu, utratą mobilności i niezależności.

Elektrokardiogram — raz na 2 lata w wieku 30–50 lat, raz na rok po 50. roku życia. Pozwala na wykrycie zaburzeń rytmu i przewodnictwa oraz zmian niedokrwiennych.

Badanie wzroku — do 30. roku życia co 3 lata, między 30. a 50. rokiem życia raz na 2 lata, a następnie co rok, po 40. roku życia konieczny pomiar ciśnienia śródgałkowego w oku przynajmniej raz w roku. Starczowzroczność, zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki i inne choroby oczu nierozpoznane w porę i nieleczone prowadzą nieuchronnie do utraty widzenia, a w efekcie do pogorszenia kontaktu z otoczeniem (niemożność czytania, korzystania z mediów), ograniczenia zdolności do samoobsługi, utraty samodzielności i niezależności.

Badanie słuchu — w wieku 30 lat raz na 5 lat, u 40-latków raz na 3 lata, a później raz na 2 lata. Niedosłuch znacznie ogranicza kontakt z otoczeniem, korzystanie z mediów, rozmowy przez telefon, uniemożliwia słuchanie muzyki, czyni życie smutnym, powoduje osamotnienie, sprzyja depresji. Zastosowanie aparatu słuchowego może poprawić funkcjonowanie.

Badanie rentgenowskie klatki piersiowej — u palaczy po czterdziestce rozważyć wykonanie raz w roku. Obecnie brak rekomendacji wykonywania systematycznego badania radiologicznego klatki piersiowej. Wczesne rozpoznanie zmian nowotworowych daje większą szansę całkowitego wyleczenia. Rak płuc to najczęstszy nowotwór u mężczyzn i drugi pod względem częstotliwości występowania u kobiet. Wczesne wykrycie gruźlicy płuc umożliwi skuteczne leczenie i zabezpieczy przed zakażeniem innych ludzi.

Badanie USG jamy brzusznej — raz na trzy lata, przydatne nieinwazyjne badanie, wykrywające większość nieprawidłowości dotyczących narządów wewnętrznych jamy brzusznej.

Badanie ginekologiczne — raz w roku. Cytodiagnostyka (od momentu inicjacji seksualnej) — raz w roku; przy 3 kolejnych prawidłowych wynikach badań cytologicznych, dalsze powinny być wykonywane co 2–3 lata; u kobiet powyżej 70. roku życia, u których w ciągu ostatnich 10 lat były 3 kolejne prawidłowe wyniki badania, można zaniechać dalszych badań cytologicznych.

Badanie mammograficzne — w ramach profilaktyki raka piersi co 2 lata u kobiet w wieku 50–69 lat, w grupie wiekowej 40–49 lat i po 70. roku życia w zależności od indywidualnej oceny ryzyka. Od momentu dojrzałości płciowej — samobadanie piersi w każdym wieku przynajmniej raz w miesiącu.

Badanie prostaty i oznaczenie PSA — u mężczyzn po 50. roku życia raz w roku, łącznie z oceną objawów za pomocą kwestionariusza. To proste i cenne badanie. Umożli-

wia ocenę stanu gruczołu krokowego, ewentualne wczesne rozpoznanie raka prostaty, podjęcie szybkiego i jeszcze skutecznego leczenia.

Badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego rozpoczynamy u osób po 50. roku życia:

— co roku badanie obecności krwi utajonej w kale;
— co 5 lat badanie sigmoidoskopowe;
— co 10 lat badanie kolonoskopowe [24].

Badanie gęstości kości (densytometria metodą DXA) bliższego końca kości udowej i/lub kręgosłupa lędźwiowego — wskazane u kobiet po okresie menopauzy i u mężczyzn po 50. roku życia przy obecności czynników ryzyka złamania kości. Dalsza częstotliwość badań uzależniona jest od wyniku pierwszego badania [25].

Pomocnym narzędziem oceniającym 10-letnie bezwzględne ryzyko złamania kości jest algorytm FRAX. Uwzględnia on następujące czynniki: wiek, płeć, BMI, przebyte złamania osteoporotyczne w wywiadzie, złamanie bliższego końca kości udowej u rodziców, aktualne palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, przewlekłe leczenie glikokortykosterydami, reumatoidalne zapalenie stawów, wczesna menopauza — to jest poniżej 45. roku życia. Algorytm FRAX określając ryzyko złamania bliższej nasady kości udowej pozwala na wcześniejsze podjęcie działań profilaktycznych i leczenie [26].

Całościowa ocena geriatryczna, która jest podstawowym narzędziem pracy lekarza geriatry, obejmuje badanie pamięci za pomocą krótkiej skali oceny stanu umysłowego (Test MMSE), ocenę nastroju przy użyciu Geriatrycznej Skali Depresji Yesavage'a, badanie chodu i utrzymania równowagi przy pomocy testu Tinetti, ocenę stanu odżywienia oraz ocenę zdolności do wykonywania prostych (skala Katza) i złożonych (skala Lawtona) czynności życia codziennego, co pozwala na określenie wydolności czynnościowej, poznanie potrzeb zdrowotnych, psychicznych, socjalnych chorego, wczesne wykrycie patologii i objęcie jej leczeniem [27, 28].

LECZENIE OSÓB STARSZYCH

Osoby starsze szczególnie powinny unikać polipragmazji. Odmienne warunki farmakokinetyki i farmakodynamiki mogą w organizmie starszego pacjenta spowodować wiele niepożądanych objawów związanych z zażywanymi lekami. **W leczeniu osób starszych należy stosować się do zasady: leczyć rozpoznaną chorobę, wybierać leki sprawdzone i skuteczne, zaczynać od małych dawek i stopniowo zwiększać do dawki skutecznej.** Po hospitalizacji pacjent w wieku starszym pozostaje pod kontrolą lekarza rodzinnego. Zbyt mała ciągle jest dostępność do placówek geriatrycznych. Pamiętać należy o leczeniu efektywnym, aby nie dopuścić do przejścia choroby w stan przewlekły. W przypadku chorób przewlekłych nie wolno dopuścić do powikłań skutkujących niedołęstwem. Ogromna rolę odgrywa tu dobra pielęgnacja i rehabilitacja. Kinezyterapia, fizykoterapia, muzykoterapia, ćwiczenia logopedyczne i wiele innych metod jest możliwych do zastosowania w przeciwdziałaniu utracie sprawności i w jej odzyskiwaniu. Potrzebna jest tylko lepsza do nich dostępność [28–30].

PODSUMOWANIE

Na jakość życia osób w starszym wieku oprócz chorób, przed którymi należy chronić, a jeśli do nich dojdzie umiejętnie leczyć, największy wpływ ma utrzymanie zdolności do samoobsługi i umiejętność porozumiewania się z ludźmi. Dlatego szczególny nacisk w opiece geriatrycznej winniśmy kłaść na utrzymywanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej seniorów. Ruch, ćwiczenia rehabilitacyjne, stymulacja umysłu, możliwość kontynuacji pracy i nauki, dostęp do ochrony zdrowia, ośrodków rehabilitacji to bardzo ważne elementy w prewencji i leczeniu chorób późnego wieku. Dotychczas w Polsce opieka nad niesprawnymi seniorami głównie opierała się na opiece we własnym środowisku najbliższej rodziny. Obecnie jest to coraz trudniejsze. Potrzebny jest rozwój opieki geriatrycznej z dostępem do rehabilitacji, zmniejszającej częstość hospitalizacji

Całościowa Ocena Geriatryczna umożliwia wczesne wykrycie zaburzeń funkcjonalnych, umysłowych i psychicznych

Stosowanie zasad farmakoterapii geriatrycznej zapobiega powikłaniom jatrogennym

i wydłużającej pobyt seniorów we własnym środowisku. Regularna aktywność ruchowa jest wskazana w każdym wieku. W przypadkach powikłań chorobowych, pogłębiających niesprawność, konieczna jest pomoc opieki długoterminowej. Możliwość przebywania we własnym środowisku, wśród bliskich osób i w samodzielności do późnej starości zapewnia radość z życia, dobre samopoczucie, a to stanowi o pomyślnej starości.

PIŚMIENNICTWO

1. Kirkwood T. Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka. Charaktery. Kielce 2005.
2. Gryglewska B. Medycyna przeciwstarzeniowa. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2006: 47–52.
3. Duda K. Proces starzenia się. W: Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A. Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja. Wydawnictwo Naukowe PWN, Kraków 2012: 1–31.
4. Phelan E., Larson E. 'Successful aging' — where next? J. Am. Geriatrics Soc. 2002; 50: 1306–1308.
5. Walker A. Active ageing: Maintaining health and autonomy across the life course. W: Geriatrics. Proceedings of the International Congress of Elderly Health, Istanbul 2006: 107–113.
6. Abramowska-Kmon A. Indywidualne demograficzno-społeczne determinanty stanu zdrowia osób starszych – próba kwantyfikacji ich wpływu. W: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.). Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu. Wydawnictwo Biblioteka Łódź, 2008: 206–218.
7. Wizner B. Promocja zdrowia i aktywności prozdrowotnej. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.(red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2006: 53–59.
8. Zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej u dorosłych i zasady stosowania 23-walentnej szczepionki polisacharydowej. Medycyna Praktyczna Zakażenia 2011: 1–15.
9. Kozdroń E., Leś A. Physical activity and successful ageing. Advances in Rehabilitation 2010; 24: 49–57.
10. Jarosz M. Żywienie osób w wieku podeszłym. PZWL, Warszawa 2008.
11. Volkert D., Berner Y.N., Berry E. i wsp. ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. Clinical Nutrition 2006; 25: 330–360
12. Sahyoun N.R., Zhang X.L., Serdula M.K. Barriers to the consumption of fruit and vegetables among older adults. J. Nutr. Elder. 2005; 24: 5–21.
13. Kupisz-Urbańska M., Galus K. Epidemiologia niedoboru witaminy D u osób w podeszłym wieku — wybrane zagadnienia. Gerontologia Polska 2011; 19: 1–6.
14. Bischoff Ferrari H.A., Shao A., Dowson-Hughes B. i wsp. Benefit — risk assessment of vitamin D supplementation. Osteoporosis Int. 2009; 3: 187–195.
15. Gabrowska E., Sporadyk M. Zasady żywienia osób w starszym wieku. Gerontologia Polska 2006; 14: 57–62.
16. Persson M., Hytter-Landahl A., Brismar K., Cederholm T. Nutritional supplementation and dietary advice in geriatric patients at risk of malnutrition. Clin. Nutr. 2007; 26: 216–224.
17. Budzińska K. Wpływ starzenia się organizmu na biologię mięśni szkieletowych. Gerontologia Polska 2005; 13: 1–7.
18. Guła Z., Korkosz M. Osteoporoza u osób w wieku podeszłym – patogeneza, ocena ryzyka złamań i skuteczność przeciwzłamaniowa leków. Medycyna Wieku Podeszłego 2011; 1: 23–28.
19. Makuła W. Kultura fizyczna starzejących się pokoleń w świetle badań wybranych autorów polskich i zagranicznych. Antropomotoryka 2010; 52: 119–130.
20. The WHO guidelines for promoting physical activity among older persons. J. Aging Phys. Activity 1997; 5: 1–8.
21. Baker J., Meisner B.A., Logan A.J., Kungl A.-M., Weir P.L. Physical activity and successful aging in Canadian older adults. Journal of Aging and Physical Activity 2009; 17: 223–235.
22. Parkatti T., Perttunen J., Wacker P. Improvements in functional capacity from nording walking: a randomized controlled trial among older adults. Journal of Aging and Physical Activity 2012; 20: 93-105.
23. Kaczmarczyk M., Trafiałek E. Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. Gerontologia Polska 2007; 15: 116–118.
24. Krzakowski M., Fijuth J., Jarosz J. i wsp. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Via Medica, Gdańsk 2011.
25. Martin F., Lopez-Bastida J., Diez-Perez A. i wsp. Bone mineral density referrel for dualenergy X-ray absorptiometry using quantitative ultrasound as a prescreening tool in postmenopausal women from the generel population: a cost-effectiveness analysis. Cacif. Tissue Int. 2004; 74: 277–285.
26. Kanis J.A., Johnell O., Oden A. i wsp. FRAXtrade mark and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. Osteoporos. Int. 2008; 19: 385–397.
27. Scanlan B.C. The value of comprehensive geriatric assessment. Care Management Journals 2005; 6: 2–8.
28. Bień B. Specyfika geriatrii – odrębności i zasady postępowania. W: Galus K. (red.). Geriatria. Wybrane zagadnienia. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2007: 29–38.
29. Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. Fizjoterapia w Geriatrii. PZWL, Warszawa 2011.
30. Szczerbińska K. (red.). Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań. Wydawnictwo UJ, Kraków 2006.