

PORADNIK OPIEKUNA

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

wsparciedlaopiekuna.pl

wydanie bezpłatne

numer 1/2021 (5)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 530, +48 12 44 67 590, e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

■ SPIS TREŚCI

Od redakcji	3
Niewydolność serca u osób w podeszłym wieku	4
Typowe cechy nadciśnienia tętniczego w starości i jego rozpoznawanie	6
Odmienności choroby niedokrwiennej serca u osób w starszym wieku	8
Jak żyć z niewydolnością serca?	10
Wskazówki edukacyjne dla osób starszych z nadciśnieniem tętniczym	11
Wysiłek fizyczny u pacjentów w podeszłym wieku z chorobami układu krążenia	13
Leczenie niewydolności serca – zalecenia dla chorego i opiekunów	15
Kontrola podstawowych parametrów życiowych w niewydolności serca	16
Wielkie problemy geriatryczne – majaczenia	19
Centrum Wsparcia Opiekunów pomaga osobom niesamodzielnym w czasie pandemii COVID-19	21

Poradnik opiekuna

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 500, www.mco.krakow.pl

Realizacja: Wydawnictwo KA, ul. Opolska 23c, 42-600 Tarnowskie Góry

Publikacja bezpłatna, współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020
w ramach IX Osi Priorytetowej Region spójny społecznie

Szanowni Czytelnicy

Z wielką przyjemnością, w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa ręk – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnymi w wersji on-line piąty numer Kwartalnika. Publikacja zawiera treści publikowane na portalu www.wsparciedlaopiekuna.pl

Witamy w styczniowym wydaniu. Za nami świąteczne i noworoczne emocje, a przed nami zadanie, by dzielnie przetrwać chłodne, krótkie dni, podmuchy lodowatego wiatru w wyjątkowym czasie – epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 i choroby COVID-19. Mamy nadzieję, że pyszne ziołowe napary, gorąca herbata z miodem, imbirem, lub sokiem malinowym, wspaniały poświąteczny nastrój, są na wagę złota w utrzymaniu zdrowia.

Bieżący numer rozpoczynamy od omówienia niewydolności serca, która rozwija się jako skutek uszkodzenia mięśnia sercowego przez różne stany chorobowe. U ludzi w wieku podeszłym głównymi przyczynami są: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, wady zastawkowe. Poruszamy w tym numerze bardzo ważny temat, jakim jest przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz prowadzenie samokontroli w niewydolności serca. Wiele ważnych treści odnajdziecie Państwo w tekście, choćby na temat tzw. wielkich problemów geriatrycznych, jak majaczenia, które są stanami nagłymi i sygnałem bezpośredniego zagrożenia życia chorego. Mamy nadzieję, że znajdą Państwo w niniejszym wydaniu cenne informacje na temat tego, jak szczególnego zaangażowania, nadzoru, pielęgnacji ze strony opiekuna formalnego w szpitalu i nieformalnego w domu wymaga osoba z majaczeniem.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzymy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa. Liczymy, że to wydanie okaże się cennym źródłem wiedzy.

Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Życzymy miłej lektury
Redakcja



Niewydolność serca u osób w podeszłym wieku

Niewydolność serca (NS) jest schorzeniem układu sercowo-naczyniowego, którego występowanie stale wzrasta w krajach wysoko rozwiniętych. Jest stanem, w którym uszkodzone serce nie może zapewnić wszystkim narządom i tkankom niezbędnego przepływu krwi. Jest jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji i zgonów w starości.

Wnajwiększym stopniu pogarsza jakość życia chorego. Rozpowszechnieniu niewydolności serca sprzyja paradoksalnie postęp medycyny w zakresie leczenia farmakologicznego i chirurgicznego choroby niedokrwiennej serca, który powoduje zwiększenie odsetka osób z przewlekłą pozawałową niewydolnością serca. Proces ten nasila rosnąca częstość innych czynników ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, wady serca, otyłość, cukrzyca.

Przebieg niewydolności serca w podeszłym wieku

Do najczęstszych przyczyn zaostrzeń niewydolności serca należą: czynniki sercowe, pogłębiające niewydolność serca, czynniki poza sercowe, wpływające na wydolność układu krążenia, czynniki zależne od pacjenta i interakcje lekowe. Dekompensację niewydolności serca mogą wywołać: zakażenia, cukrzyca, anemia, niewydolność nerek, zaostrzenia w przebiegu chorób przewlekłych, depresja, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, zatorowość płucna. Ze strony pacjenta, to: nadmierna podaż płynów, nieprawidłowe przyjmowanie leków, stosowanie używek, nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych, nadmierny wysiłek fizyczny, brak współpracy spowodowany niedostateczną wiedzą, wynikającą z nieadekwatnego sposobu jej przekazania przez personel medyczny lub ze zbyt małego zaangażowania się

w proces terapii chorego. Przyczyną trudności w terapii chorych z niewydolnością serca w podeszłym wieku może być negatywny wpływ niewydolności serca na ośrodkowy układ nerwowy, prowadzący do zaburzeń poznawczych, a w skrajnej postaci do demencji. Zaburzenia przepływu mózgowego skutkują osłabieniem pamięci krótkotrwałej, koncentracji, a te pogarszają współpracę pacjenta z personelem medycznym, rodziną, samokontrolę i opóźniają reakcję chorego na objawy zaostrzeń niewydolności serca. Powoduje to pogorszenie stanu pacjenta, większą liczbę hospitalizacji i dalsze pogłębianie zaburzeń poznawczych.

Rozpoznanie niewydolności serca

Objawy subiektywne: (1) **Duszność** – początkowo pojawia się podczas wysiłku fizycznego, w zaawansowanym stadium – w pozycji leżącej. Może pojawiać się napadowo w nocy, zmuszając chorego do przyjęcia pozycji siedzącej. Często pacjent musi używać kilku poduszek w czasie leżenia, bowiem źle toleruje pozycję płaską podczas snu. U osób starszych może nie występować, gdyż osoby te nie podejmują dużych wysiłków fizycznych, przez współistniejące schorzenia oraz zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu. (2) **Zmęczenie** – początkowo związane jest z wysiłkiem fizycznym, ale wraz z postępem choroby,

może utrzymywać się stale, nawet po nocnym wypoczynku. (3) **Obrzęki kończyn dolnych** – początkowo w okolicy kostek, w zaawansowanym stadium mogą obejmować całe podudzia, a nawet sięgać wyżej. Obrzęki najmniejsze są rano i narastają w ciągu dnia. U chorych leżących lokalizują się w najniższej położonych częściach ciała (okolica łędźwiowo-krzyżowa). Obrzęki na kończynach dolnych mogą nie pojawiać się u pacjentów spędzających większość dnia w łóżku. Przyczyną obrzęków u osób starszych mogą być: choroby żył, niewydolność nerek, hypoalbuminemia. (4) **Nykturia** – częste oddawanie moczu w nocy. Poza niewydolnością serca, u osób w podeszłym wieku jej przyczyną może być: przerost gruczołu krokowego, infekcja dróg moczowych, nietrzymanie moczu.

Objawy obiektywne: (1) **Trzeszczenia nad dolnymi polami płuc**, u osób starszych ich przyczyną może być też: gruźlica, zwłóknienie z powodu zapalenia płuc lub niedodmy, przewlekle unieruchomienie. (2) **Przyspieszenie akcji serca, arytmia**, u osób w starszym wieku z powodu ograniczenia wysiłku fizycznego, zmniejszonej wrażliwości na stymulację β -adrenergiczną u osób w podeszłym wieku tachykardia może nie występować. (3) **Poszerzenie żył szyjnych** – jest najbardziej wiarygodnym objawem NS, jest to związane z zalegającą w nich krwią, która zmierza do serca, jednak nie jest przepompowywana w odpowiednim tempie. (4) **Potwierdzenie obecności obrzęków obwodowych**, którym w zaawansowanym stadium towarzyszyć ból w jamie brzusznej związany z powiększeniem wątroby. Może wystąpić żółtaczką. Pojawiać się może również płyn w płucach, czego efektem będzie kaszel napadowy. Obrzękowi oskrzeli towarzyszyć będzie rzęzenie w oskrzelach. (5) **Skurcze mięśni** – pojawiające się bez określonej przyczyny, mogą być objawem choroby tętnic obwodowych. Prowadzi ona do zwężenia lub niedrożności dużych tętnic, omijając tętnice wieńcowe, łuk aorty i tętnice mózgu. (6) **Zawroty głowy** – nieprawidłowy rytm serca powoduje zaburzenia w przepływie krwi do wszystkich organów, w tym mózgu. Zawroty głowy, które pojawiają się nie wiadomo skąd, mogą świadczyć o problemach z prawidłową pracą serca. Czasem arytmia jest tak silna, że może nawet powodować omdlenia. (7) **Kaszel** – zwykle kojarzony jest z przeziębieniem lub chorobami górnych dróg oddechowych. Czasem jednak, szczególnie jeśli pojawia się gwałtownie i trwa kilka tygodni, może świadczyć o problemach z sercem. Gwałtowne napady kaszlu są jednym z objawów zastoinowej niewydolności serca. Pojawiają się w wyniku gromadzenia się płynów w płucach. To właśnie z tego powodu dokuczają świszczący oddech i kaszel, który z czasem coraz bardziej się nasila. (8) **Częste zadyszki** – są spowodowane niewystarczającym natlenieniem organizmu, z powodu nieprawidłowej pracy serca. (9) **Zwiększenie lub ubytek masy ciała** – zwiększenie masy ciała wiąże się z nasileniem niewydolności serca i nasileniem obrzęków. Ubytek masy ciała pojawia się natomiast u chorych z wieloletnią, bardzo zaawansowaną i nieprawidłowo leczoną niewydolnością serca. Dochodzi u nich do upośledzenia wchłaniania pokarmu w przewodzie pokarmowym na skutek zastój w żyłach błon śluzowych żołądka i jelit. Pojawiają się też zaparcia. (10) **Zewnętrzne objawy niedokrwienia** – chorzy mają często blade twarze, zimne kończyny. (11) **Zmniejszenie amplitudy ciśnienia krwi** – następuje podwyższenie ciśnienia rozkurczowego, jest to związane z osłabieniem serca, które nie jest w stanie efektywnie pompować krwi. (12) **Objawy ze strony OUN** (ośrodkowego układu nerwowego) – na skutek zabu-

rzeń przepływu w mózgu dochodzić może do szeregu objawów neurologicznych, zaburzeń percepcji, świadomości, osobowości. (13) **Zaburzenia termoregulacji** – obkurczenie naczyń skórnych powoduje utrudnione wydalenie ciepła, osoby cierpiące na niewydolność serca są szczególnie narażone na udar cieplny, mogą doświadczać podwyższonej temperatury ciała nawet na co dzień. (14) **Oddech Cheyne’a-Stokesa** – jest to niefizjologiczny sposób oddychania, z występującymi momentami bezdechu, które mogą trwać nawet kilkanaście sekund. Po epizodzie bezdechu następuje powrót oddechu, który jest coraz szybszy i głębszy. Po osiągnięciu maksymalnej częstości i głębokości oddech zaczyna zwalniać i słabnąć, aż do ponownego pojawienia się bezdechu. Jest on związany z niewydolnością układu oddechowego, do której dochodzi w przebiegu niewydolności serca. (15) **Depresja** – pacjenci kardiologiczni po zawale serca wykazują objawy obniżenia nastroju. (16) **Zaburzenia erekcji** – jednym z powodów zaburzeń erekcji jest nieprawidłowy przepływ krwi w organizmie. (17) **Migreny** – osoby, które cierpią na ten rodzaj bólów głowy są bardziej narażone na zawał serca. U osób z problemami sercowo-naczyniowymi migrena jest objawem miażdżycy naczyń. (18) **Brak apetytu** – jeśli niechęć do jedzenia utrzymuje się przez dłuższy czas, warto skonsultować się z lekarzem. (19) **Brak włosów na nogach** – włosy do wzrostu potrzebują składników odżywczych. Jeśli serce działa nieprawidłowo i przepływ krwi jest zaburzony, składniki te nie są dostarczane do wszystkich komórek. Włosy na nogach znajdują się najdalej od serca, dlatego to one zaczną zanikać jako pierwsze.

U osób starszych obraz kliniczny NS często jest nietypowy. Dominujące objawy mogą być niespecyficzne, takie jak: senność, splątanie, dezorientacja, zmęczenie, osłabienie. Kluczowym objawem NS jest nietolerancja wysiłku fizycznego, stopień zaawansowania jej oceniamy na podstawie klasy czynnościowej NYHA (*New York Heart Association*): I klasa – oznacza brak zakłócenia codziennej aktywności przez chorobę. Chory nie doświadcza duszności, zmęczenia czy kołatania serca; II klasa – oznacza niewielkie upośledzenie codziennej aktywności przez chorego. W momencie wykonywania aktywności fizycznej mogą pojawiać się objawy takie jak duszności czy kołatanie serca; III klasa – chorzy mają znacznie ograniczoną aktywność życiową na skutek towarzyszących jej objawów sercowych. W spoczynku objawy te jednak nie występują; IV klasa – chorzy są praktycznie wykluczeni z codziennych aktywności, a objawy sercowe występują nawet w spoczynku.

Obok wywiadu, badania fizykalnego, konieczne jest wykonanie badań dodatkowych, celem wykluczenia np. niedokrwistości (morfologia krwi), nadczynności tarczycy (TSH i ew. FT3 i FT4), POChP (spirometria), niewydolności nerek (badanie moczu, klirens kreatyniny), hypoalbuminemii (elektroforeza białek). Następnym krokiem diagnostycznym są testy oceniające choroby serca: EKG, RTG klatki piersiowej, stężenie peptydów natiuretycznych. W następnej kolejności, w wypadku stwierdzenia nieprawidłowości w powyższych badaniach, zaleca się wykonanie badania echokardiograficznego. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarcka D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Typowe cechy nadciśnienia tętniczego w starości i jego rozpoznawanie

Nadciśnienie tętnicze przez wiele lat uznawano za cechę wieku podeszłego, ponieważ jego częstość wzrasta wraz z wiekiem i przekracza 70% u osób po 70. roku życia.

Dominującą postacią jest izolowane nadciśnienie skurczowe (podwyższona wartość ciśnienia skurczowego, a ciśnienie rozkurczowe w normie), występujące u około 2/3 chorych w podeszłym wieku. Zdecydowanie rzadsze jest nadciśnienie skurczowo-rozkurczowe (30%), najrzadsze zaś (2-5%) izolowane nadciśnienie rozkurczowe (podwyższona wartość ciśnienia rozkurczowego, a ciśnienie skurczowe w normie). U starszych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym częściej występuje hipotonia ortostatyczna oraz większa wrażliwość na leki o działaniu wazodilatacyjnym (rozkurczającym mięśnie gładkie w ścianie naczyń krwionośnych i obniżający ciśnienie krwi). W procesie starzenia obie wartości ciśnienia rosną do około 60. roku życia, w późniejszych latach ciśnienie rozkurczowe zaczyna nieco spadać. W związku ze stałym wzrostem ciśnienia skurczowego obserwuje się dużą rozpiętość między ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym, czyli duże ciśnienie tętna, jego wartość ≥ 63 mm Hg wiąże się ze znacząco większą częstością występowania powikłań sercowo-naczyniowych. W rozwoju nadciśnienia w podeszłym wieku podstawowe znaczenie przypisuje się narastającej sztywności dużych naczyń tętniczych (aorty

i jej rozgałęzień), upośledzonej wazodylatacji (wrażliwości baroreceptorów tętniczych) w odpowiedzi na stymulację, uszkodzeniu śródbłonna naczyniowego i związanym z wiekiem zmianom w nerkach.

Kryteria rozpoznania nadciśnienia tętniczego w podeszłym wieku

Kryteria rozpoznawania nadciśnienia tętniczego u osób w starszym wieku i u osób młodszych nie różnią się w istotny sposób, tj. wartości ciśnienia w pomiarach gabinetowych $\geq 140/90$ mm Hg, a w pomiarach domowych $\geq 135/85$ mm Hg. Wartość graniczna ciśnienia upoważniająca do rozpoznania choroby nie zależy od wieku. Rozpoznanie musi się opierać na kilku pomiarach dokonanych podczas co najmniej dwóch wizyt. Ze względu na fakt zwiększonej częstości miażdżycy tętnic obwodowych, dysfunkcji baroreceptorów, nasilonego efektu białego fartucha, szczególną uwagę należy przykładąć do pomiaru ciśnienia na obydwu rękach, przeprowadzenia próby ortostatycznej podczas pierwszej wizyty i przy każdej zmianie leków, pomiarów domowych lub automatycznego

monitorowania ciśnienia tętniczego, oceny tętna i ciśnienia na tętnicach dolnych, a także poszukiwania szmerów nad tętnicami obwodowymi. Badaniami dodatkowymi, na które należy zwrócić szczególną uwagę w diagnostyce pacjenta w starszym wieku są: ocena funkcji nerek (zawsze z oceną klirensu kreatyniny) i stężenia tyreotropiny (TSH). Poza **nadciśnieniem pierwotnym**, w okresie starości mamy do czynienia z **nadciśnieniem wtórnym**, pochodzenia nerkowego (niewydolność nerek), naczyniowo-nerkowego (miażdżycy tętnic nerkowych), w przebiegu chorób tarczycy (nadczynność i niedoczynność tarczycy), wynikającym ze stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Inne postacie nadciśnienia wtórnego, związane np. z zespołem Conna, Cushinga występują rzadziej niż u osób w średnim wieku. U chorego z podejrzeniem nadciśnienia naczyniowo-nerkowego należy wykonać badanie USG nerek z oceną wielkości nerek i przepływu w tętnicach nerkowych, a badaniem rozstrzygającym o rozpoznaniu jest angiografia nerek. W rozpoznaniu pomocna może być spiralna tomografia komputerowa tętnic nerkowych i rezonans magnetyczny.

Nadciśnienie tętnicze a ryzyko powikłań narządowych

Ryzyko powikłań związanych z nadciśnieniem jest u osób starszych większe niż u młodych, m.in. udaru mózgu, choroby wieńcowej, niewydolności krążenia, incydentów sercowo-naczyniowych. Szczególne zagrożenie stwarza obecność izolowanego nadciśnienia skurczowego.

Leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego

Ogólne zasady leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego nadciśnienia nie różnią się u młodych i starszych pacjentów. Należy jednak pamiętać o pewnych ograniczeniach, które zależą od zmian wynikających z procesu starzenia organizmu i współistnienia chorób. Celem leczenia jest zapobieganie powikłaniom, poprawa jakości życia i jego wydłużenie oraz **normalizacja ciśnienia do wartości poniżej 140/90 mm Hg, a w przypadku cukrzycy i niewydolności nerek <130/85 mm Hg**. Normalizacja ciśnienia powinna prze-

biegać wolniej niż u osób młodych, z uwzględnieniem reakcji ortostatycznej, wartości ciśnienia w pomiarach domowych, analizy ciśnienia w nocy.

Najnowsze zalecenia dotyczące terapii chorych z nadciśnieniem tętniczym w podeszłym wieku, dopuszczają rozpoczęcie leczenia od monoterapii. Przy braku szczególnych wskazań należy wybierać spośród leków długodziałających: diuretyków w małej dawce, inhibitorów konwertazy, β -blokerów, antagonistów wapnia, antagonistów receptorów dla angiotensyny II lub preparatów złożonych z małych dawek leków hipotensyjnych. W nadciśnieniu tagodnym i umiarkowanym należy zaczynać od najmniejszych dawek leków, w ciężkim dopuszczalne jest rozpoczęcie leczenia od dawek większych lub od terapii skojarzonej dwoma lekami w pełnych dawkach. W przypadku chorych w podeszłym wieku, należy stosować zasadę indywidualizacji terapii ze względu na współistnienie wielu chorób przewlekłych, znaczne ryzyko niepożądanych objawów i interakcji leków w związku ze zmianami farmakokinetyki i farmakodynamiki leków w starości. Ze względu na możliwość efektu pierwszej dawki, należy zaczynać od małych dawek – zredukowanych do połowy dawki stosowanej u osób młodych; bardzo wolno zwiększać dawkowanie; nieco wcześniej niż u młodych można wdrażać leczenie skojarzone. Leki hipotensyjne o przedłużonym działaniu są szczególnie polecane u osób starszych, ze względu na lepszą współpracę z pacjentem, równomierne obniżenie ciśnienia w ciągu doby, zapobieganie wzrostowi ciśnienia w godzinach porannych. Należy zwrócić uwagę na korzyści wynikające ze stosowania leczenia wspomagającego – kwasu acetylosalicylowego w małych dawkach i statyn, w prewencji powikłań udaru mózgu, zawału serca. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Odmienności choroby niedokrwiennej serca u osób w starszym wieku

Choroba niedokrwienność serca (ChNS) jest szerokim pojęciem, obejmującym stany niedostatecznego zaopatrzenia mięśnia sercowego w tlen, bez względu na patomechanizm. Najczęstszą przyczyną niedokrwienia jest miażdżycy tętnic wieńcowych, prowadząca do choroby wieńcowej.

Klinicznym wyrazem niedokrwienia jest dławica piersiowa. Częstość ChNS wzrasta z wiekiem, u kobiet po okresie menopauzy. W młodszych grupach wiekowych chorują głównie mężczyźni, w populacji ludzi starszych ok. 50% stanowią kobiety, co wiąże się z zanikiem ochronnego działania estrogenów, wywieranego na śródbłonek naczyń i profil lipidowy. Po 65. roku życia wśród czynników ryzyka najczęściej występuje nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, natomiast zaburzenia lipidowe, palenie tytoniu, obciążenie rodzinne mają mniejsze znaczenie niż u osób młodszych. Zaawansowany wiek jest czynnikiem ryzyka zwiększonej śmiertelności w następstwie ChNS. Gorsze rokowanie u osób starszych zależy od: większego zaawansowania choroby wieńcowej, niekorzystnej morfologii tętnic (kręty przebieg, obecność zwapnień w rozwidleniach, co utrudnia lub uniemożliwia ich udrożnienie), zmian starczych utrudniających adaptację do zmienionych warunków hemodynamicznych, częstsze występowanie niskiej frakcji wyrzutowej, obecność chorób współistniejących).

Postaci choroby niedokrwiennej serca

ChNS może przebiegać w postaci stabilnej (obecność stabilnego lub wolno narastającego zwężenia), gdy bóle dławicowe o podobnym nasileniu pojawiają się przy określonym natężeniu wysiłku, lub jako ostry zespół wieńcowy – dławica niestabilna, zawał serca: bez uniesienia ST (non-ST elevation myocardial infarction-NSTEMI), z uniesieniem ST (ST elevation myocardial infarction-STEMI) lub nagły zgon sercowy. Ważne jest rozpoznanie postaci niestabilnych, będących stanami zagrożenia życia, charakteryzujących się pojawianiem bólów częstszych, dłużej trwających, prowokowanych przez wysiłek mniejszy niż dotychczas, również spoczynkowych.

Obraz kliniczny choroby niedokrwiennej

Częstość występowania **typowych bólów dławicowych** (za mostkiem, promieniujących do szyi, żuchwy, nadbrzusza, lewego barku i ramienia, wywołanych przez wysiłek fizyczny

lub stres, ustępujących po zaprzestaniu wysiłku lub przyjęciu nitrogliceryny) maleje z wiekiem. Powodem jest mała aktywność fizyczna osób starszych, która nasilałaby niedokrwienie, podwyższony próg odczuwania bólu z powodu zaburzeń funkcji autonomicznego układu nerwowego, uszkodzenia włókien czuciowych z powodu przewlekłego niedokrwienia, częstego zażywania leków przeciwbólowych z innych przyczyn. Częściej występuje nieme niedokrwienie (typowe dla niedokrwienia zmiany EKG w monitorowaniu holterowskim bez towarzyszącego bólu) oraz bezbólowy przebieg zawału serca. Zaburzenia świadomości mogą pogarszać percepcję i zdolność zgłaszania dolegliwości.

Objawy choroby wieńcowej w wieku starszym: nietypowe bóle dławicowe, równoważniki dławicy piersiowej: duszność wysiłkowa, uczucie zmęczenia i osłabienia w czasie lub po wysiłku, omdlenia, stopniowo narastające objawy niewydolności lewokomorowej. Bóle o nietypowej lokalizacji między łopatkami czy w okolicy barku, często interpretowane są jako następstwo choroby zwyrodnieniowej stawów i kręgosłupa, a pieczenie za mostkiem lub w nadbrzuszu przypisywane jest przepuklinie rozworu przełykowego, chorobie refluksowej lub wrzodowej. W podeszłym wieku rzadziej objawem zawału serca jest silny, narastający ból w klatce piersiowej. Bezbólowa postać zawału serca występuje u ponad połowy osób powyżej 65. roku życia. Objawem ostrego zespołu wieńcowego może być pojawienie się lub nasilenie niewydolności serca w postaci duszności lub wystąpienia obrzęku płuc. Spadek rzutu serca może być przyczyną zaburzeń świadomości, zawrotów głowy, zasłabnięcia lub omdlenia. Charakterystyczna dla podeszłego wieku wielochorobowość z licznymi dolegliwościami sprzyja maskowaniu już i tak nietypowych, często skąpych objawów zawału serca. Jest to przyczyną opóźnienia rozpoznania i pogorszenia rokowania. Duszność, poty, lęk, niepokój, zaburzenia rytmu, spadek ciśnienia tętniczego, towarzyszące bólom w klatce piersiowej, mogą sugerować zawał serca.

Rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca

W diagnostyce ChNS u osób starszych wykorzystuje się te same metody, co u chorych młodszych. Podstawą rozpoznania jest prawidłowe zebranie wywiadu, ale w sytuacji nietypowych dolegliwości lub utrudnionego kontaktu jego znaczenie jest ograniczone. Wśród badań wykorzystuje się: EKG, test wysiłkowy, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, echokardiografię, scyntyografię perfuzyjną serca, echokardio-

graficzne próby obciążeniowe, koronarografię. Zaawansowany wiek nie jest przeciwwskazaniem do podjęcia diagnostyki i leczenia. Ograniczenia mogą wynikać ze współistniejących schorzeń i znacznego upośledzenia funkcjonalnego. Interpretację EKG może utrudniać wiek, np. klasyczne uniesienie odcinka ST w postaci fali Pardeego występuje rzadziej po 75. roku życia. Test wysiłkowy wymaga sprawności ruchowej. Brak kondycji ogranicza jego wykonanie. Badanie echokardiograficzne mogą utrudniać nabyte deformacje klatki piersiowej, otyłość, rozema płuc. W rozpoznaniu zawału serca u osób w podeszłym wieku wzrasta znaczenie oznaczenia troponin sercowych lub kinazy kreatynowej w surowicy. Złotym standardem w diagnostyce choroby wieńcowej jest koronarografia. Większość badań wymaga współpracy z chorym, dlatego występowanie otępienia lub zaburzeń świadomości u osób starszych unie możliwia czasami ich wykonanie.

Leczenie farmakologiczne choroby niedokrwiennej serca u osób starszych nie odbiega od stosowanego u osób młodych, jednak leki te w podeszłym wieku mogą częściej powodować działania niepożądane, np. hipotonię, która jest przyczyną zaburzeń równowagi i upadków. Mogą je powodować leki przeciwdławicowe (beta-blokery, np. metoprolol; blokery kanałów wapniowych, np. werapamil; pochodne dihydropirydyny, np. amlodypina; nitraty, np. nitrogliceryna) i inhibitory enzymu konwertującego (ACE-I), np. enalapryl, które zwykle stosowane są łącznie, a w przypadku niewydolności serca również z lekami moczopędnymi. Częściej niż u ludzi młodych należy liczyć się ze wzrostem stężenia potasu i ujawnieniem niewydolności nerek. Leki przeciwplatekcyjne (kwas acetylosalicylowy, tyklopidyna/klopidogrel) zwiększają ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego. Statyny (lowastatyna, symwastatyna, atorwastatyna) mogą powodować wzrost transaminaz w surowicy i miopatie. W razie nieskuteczności leczenia farmakologicznego należy rozważyć **leczenie inwazyjne** (przezskórne interwencje wieńcowe – PCI, pomostowanie aortalno-wieńcowe – CABG), biorąc pod uwagę mniejszą ich skuteczność i większe ryzyko powikłań. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalsa A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2006.
2. Interna Szczeklika mały podręcznik. *Kompendium medycyny praktycznej*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014/2015.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Jak żyć z niewydolnością serca?

Recepta jest prosta. Należy regularnie wykonywać zalecone przez lekarza badania, które pozwalają kontrolować chorobę i prowadzić higieniczny tryb życia, aby przywrócić prawidłowe krążenie wieńcowe, zmniejszyć przerost mięśnia sercowego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, leczyć nadczynność tarczycy, optymalnie kontrolować glikemię u chorych na cukrzycę, leczyć zakażenia, niedokrwistość, depresję.

Styl życia powinien obejmować postępowanie nefarmakologiczne i farmakologiczne po to, aby poprawić jakość życia, wydłużyć czas przeżycia i zapobiec progresji zmian chorobowych.

Postępowanie nefarmakologiczne

1. W razie objawów zatrzymywania sodu i wody w organizmie – ograniczenie podaży sodu zwykle do 2-3 g/dobę (< 2g/dobę, jeśli objawy się utrzymują, zwłaszcza w razie oporności na diuretyki/leki moczopędne). Jeśli objawy są nasilone (NYHA III-IV) dodatkowo ograniczenie podaży płynów do 1,5-2,0 l/dobę (konieczne gdy stężenie sodu < 130 mmol/l). U osób starszych dochodzi do częstego przesalania posiłków ze względu na zmniejszoną liczbę kubków smakowych.
2. Regularna kontrola masy ciała:
 - Przyrost masy ciała > 2 kg w ciągu 3 dni może świadczyć o zatrzymaniu wody w organizmie wskutek przewlekłej niewydolności serca (PNS);
 - Redukcja masy ciała u osób otyłych;
 - Poprawa odżywienia u chorych z cechami niedożywienia (BMI < 22 kg/m², masa ciała < 90% należnej,
3. Leczenie dietetyczne – stosowanie diety niskoenergetycznej z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych, pokarmów bogatych w cholesterol.
4. Ograniczenie spożycia alkoholu do 10-12 g/dobę dla kobiet, < 20-25 g/dobę dla mężczyzn; abstynencja przy podejrzeniu kardiomiopatii alkoholowej; alkohol jest substancją wysokoenergetyczną i może stanowić przeszkodę w utrzymaniu prawidłowej masy ciała; niektóre osoby z niskim ciśnieniem, zwłaszcza przy wysokiej temperaturze otoczenia, mogą reagować nadmiernym rozszerzeniem naczyń i spadkiem ciśnienia tętniczego, a w konsekwencji omdleniem, nawet przy niewielkich ilościach alkoholu.
5. Zaprzestanie palenia tytoniu.
6. Unikanie (jeśli to możliwe) niektórych leków, np. NSLPZ – niesteroidowych leków przeciwzapalnych (nasilają zatrzymanie wody, osłabiają korzystne efekty i zwiększają ryzyko działań niepożądanych diuretyków, ACEI, antagonistów aldosteronu), GKS – glikokortykosteroidów (nasilają zatrzymanie wody, ryzyko hipokaliemii), leków antyarytmicznych klasy I, trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (ryzyko zaostrzenia PNS i hipotensji).
7. Szczepienia przeciwko grypie (coroczne) i przeciwko pneumokokom.
8. Regularna, umiarkowana, codzienna aktywność fizyczna, w stabilnym stanie klinicznym trening fizyczny, o ile to możliwe. Aktywność fizyczna łączy się z redukcją masy ciała, stężenia cholesterolu, lepszą kontrolą nadciśnienia tętniczego, poziomu glikemii u chorych na cukrzycę.
9. Unikanie podróży do okolic położonych na wysokości > 1500 m n.p.m. lub gorących i wilgotnych. Jako środek transportu przy długotrwałej podróży preferuje się samolot, aby uniknąć następstw długotrwałego ograniczenia ruchu.
10. W przypadku współistniejącego centralnego bezdechu sennego rozważenie CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure* – stałe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych).
11. Prowadzenie samokontroli, przez systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalsa A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2006.
2. Interna Szczeklika mały podręcznik. *Kompendium medycyny praktycznej*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014/2015.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Wskazówki edukacyjne dla osób starszych z nadciśnieniem tętniczym

Czynniki ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego: nadmierne spożycie soli a zbyt niskie warzyw i owoców; nadwaga i otyłość (średni wzrost ciśnienia skurczowego o 4,5 mm Hg na każde 5 kg nadwagi); mało aktywny lub siedzący tryb życia (zwiększa 1,5-krotnie ryzyko pojawienia się nadciśnienia tętniczego, stałe spożywanie nawet umiarkowanych ilości alkoholu (spożywanie ponad 30 g etanolu na dobę zwiększa ryzyko rozwoju nadciśnienia prawie trzykrotnie).

Modyfikacja stylu życia

1. Zmniejszenie nadwagi i utrzymanie prawidłowej masy ciała (obwód talii < 88 cm u kobiet, < 102 cm u mężczyzn, BMI < 25 kg/m²,
2. Dieta śródziemnomorska.
3. Zmniejszenie spożycia sodu do 5-6 g chlorku sodu.
4. Ograniczenie spożycia alkoholu do < 20-30 g etanolu dziennie u mężczyzn oraz 10-20 g u kobiet i osób o małej masie ciała.
5. Odpowiednia aktywność fizyczna: regularne ćwiczenia aerobowe, np. szybki spacer 30-45 minut codziennie.
6. Niepalenie tytoniu.

Polska dieta jest bardzo bogata w sól. Ograniczenie soli w diecie nie jest zadaniem łatwym. Dużo soli dodaje się do pieczywa. Przetwory mięsne, żółte sery podobnie są bardzo słone. Wiele potraw mrożonych, konserwowanych, w puszkach jest

niebezpiecznym źródłem nadmiaru sodu. Należy obalić błędne przekonania o bezkarnym spożywaniu sodu; optukanie potrawy nie eliminuje z niej soli, dodanie słodkich lub pikantnych przypraw nie neutralizuje sodu, sprawia jedynie, że słony smak jest mniej odczuwalny. Spożycie soli można ograniczyć na przestrzeni np. tygodnia, miesiąca. Młły smak potraw można poprawić niesłonymi przyprawami pikantnymi, ziołowymi, czosnkiem, sokiem z cytryny, octem winnym. Wystrzegać się należy mieszanek przyprawowych czy dodatków rosółowych, ponieważ ich bazą najczęściej jest sól. Kontrolę reżimu solnego ułatwia zabranie solniczki ze stołu. Warto wyrobić sobie nawyk zjadania chrupkich warzyw zamiast słonych i tłustych przekąsek. Można stosować sól o obniżonej zawartości sodu SALVITA, z dodatkiem potasu, która znakomicie zastępuje sól kuchenną, pozwala zachować smak potraw i trwałość produktów spożywczych, charakteryzuje się słonym smakiem o intensywności równej tradycyjnej soli.

Dieta śródziemnomorska jest to tzw. dieta naturalna. Nie jest to właściwie dieta odchudzająca, ale sposób odżywiania na całe życie. Charakterystyczną cechą jest ograniczenie spożycia mięsa oraz innych białek zwierzęcych i odżywianie się przede wszystkim produktami pochodzenia roślinnego: owocami, warzywami i nasionami zbóż. Dieta śródziemnomorska jest popularna w południowej Francji, we Włoszech i Hiszpanii. Położenie geograficzne tych krajów oraz ciepły i wilgotny klimat wpłynęły na nawyki żywieniowe ich mieszkańców. Dieta śródziemnomorska bazuje na dużych ilościach warzyw i owoców, pełnoziarnistym pieczywie, kaszach i makaronach. Ważne miejsce zajmują w niej ryby i owoce morza. Stosunkowo niewiele je się mięsa, zwłaszcza czerwonego (wołowina, baranina). Potrawy są często przyprawiane dużą ilością czosnku i cebuli, znanych ze swoich właściwości przeciwbakteryjnych i obniżających ciśnienie krwi. Dieta śródziemnomorska jest dla każdego, jednak szczególnie poleca się ją osobom ze skłonnością do nadciśnienia i z podwyższonym poziomem cholesterolu. Wydawać by się mogło, że dieta śródziemnomorska, ze względu na dużą zawartość węglowodanów (np. makaronu), nie pozwala schudnąć. Nie jest to jednak prawda. Makaron z warzywami, a nawet chudą rybą czy drobiem nie tuczy. Tuczące są tak naprawdę tłuste sosy, którymi polewa się makaron. Jednak żeby schudnąć, stosując tę dietę, trzeba przestrzegać kilku zasad. Najlepiej nie zjadać dziennie więcej niż 40 g tłuszczu i nie przekraczać 1200 kcal. Wówczas można stracić do 4 kg w ciągu miesiąca.

Co jeść, a czego unikać?

Jemy:

- **Ryby:** zawierają nienasycone kwasy tłuszczowe.
- **Owoce i warzywa:** zawierają błonnik, sole mineralne, witaminy i dużo wody.
- **Rośliny strączkowe, ryż, makaron:** źródło białka, błonnika, soli mineralnych. Są jednak dość kaloryczne, dlatego nie należy jeść ich zbyt często i zawsze spożywać z dodatkiem warzyw.
- **Ciemne pieczywo:** zawiera dużo błonnika i minerałów.
- **Orzechy, suszone owoce:** charakteryzują się dużą zawartością witamin i minerałów, jednak nie należy jeść ich zbyt dużo ze względu na wysoką kaloryczność.

- **Wino wytrawne:** obniża poziom „złego” cholesterolu, pomaga utrzymać odpowiedni poziom „dobrego”. Nie wolno jednak spożywać więcej niż jedną szklankę do głównego posiłku.

Unikamy:

- **Mięsa:** czerwonego, białego tłustego (np. skóra z kurczaka), tłustych wędlin.
- **Białego pieczywa i słodczy:** są bardzo kaloryczne, a ich wartość odżywcza jest niewielka.

Dieta śródziemnomorska – zasady:

- Unikać smażenia w wysokich temperaturach i nie używać powtórnie tej samej oliwy.
- Spożycie wędlin, nawet chudych, pełnego mleka i tłustych serów ograniczyć do minimum.
- Pić dużo niegazowanej wody mineralnej.

Przykładowy jadłospis na jeden dzień:

- **Śniadanie:** 2 kromki chleba żytniego razowego cienko posmarowane margaryną, pół jajka na twardo, 2 plasterki chudej szynki, 100 g sałatki z pomidora i czosnku z dodatkiem niewielkiej ilości oliwy.
- **II śniadanie:** Kubeczek jogurtu naturalnego, jedna brzoskwinia.
- **Obiad:** Szaszłyk z piersi kurczaka, cebuli i czerwonej papryki pokropiony odrobiną oleju, 30 g brązowego ryżu, 200 g surówki z sałaty, ogórka, kielków soi i koperku.
- **Podwieczorek**
- **Kolacja:** Kromka grahama z 2 plasterkami szynki, 200 g sałatki z pomidora i papryki, plaster sera feta ze szczypior-kiem. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. *Interna Szczeklika mały podręcznik. Kompendium medycyny praktycznej. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014/2015.*
3. *Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatry i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Wysiłek fizyczny u pacjentów w podeszłym wieku z chorobami układu krążenia

Co możesz dla siebie zrobić?

1. Maszeruj na bieżni lub w terenie

Bieżnia jest świetnym rozwiązaniem z trzech zasadniczych przyczyn: jest ogólnodostępna na siłowniach, pozwala na ustalenie i modyfikację określonej prędkości marszu i daje możliwość zmiany kąta nachylenia. Najlepsze wyniki daje **marsz ze stałą prędkością 3,2 km/h. Kąt nachylenia bieżni powinien wzrastać co 2 min o 2%** (lub co 3 min o 3,5%). Jeśli jednak nie masz możliwości skorzystania z bieżni, nie rezygnuj! Marsz w terenie także daje bardzo dobre efekty.

2. Przez 30-60 minut (sesje po 5 minut)

Istota treningu polega na tym, żeby narzucić sobie takie obciążenie (tempo i nachylenie), aby ból średniego nasilenia wystąpił w nogach po 4-5 minutach marszu. Kilka minut przerwy i znów do 5 minut marszu.

Skala służąca do oceny bólu: (1) – brak bólu; (2) – pojawienie się dolegliwości bólowych; (3) – umiarkowane dolegliwości bólowe (od których można oderwać uwagę badanego); (4) – umiarkowany ból, dokuczliwy; (5) – silny ból (nie do zniesienia).

Optymalny czas całego treningu wynosi ok. 50 min. Oczywiście początkowo wystarczy, że będziesz maszerował przez ok 30 min, a czas ten wraz z postępem będziesz stopniowo wydłużać (np. co 2 tygodnie).

3. 3x / tydzień

To minimalna częstotliwość, która daje wymierne efekty. Czyba znajdziesz w tygodniu 3x po pół godzinki? To zdecydowanie wydłuży Twoje życie.

4. W towarzystwie

Badania wykazały, że trening nadzorowany daje lepsze efekty. Dlaczego? Bo **jeśli ktoś nie wie jak i ile chodzić lub nie jest pewny, że jego trening jest prawidłowy, to rezygnuje**. Poszukaj fizjoterapeuty lub trenera personalnego, który ustali wytyczne indywidualnie według Twoich potrzeb i zdecyduje się na początku Ci potowarzyszyć. Możesz także wyciągnąć przyjaciela na systematyczne spacerki – to zawsze dodatkowa motywacja. A jeśli masz na tyle samodyscypliny lub nie kojarzysz nikogo, kto mógłby z Tobą potrenować, możesz oczywiście chodzić sam. W końcu chodzi tu o Twoje zdrowie.

5. Przez co najmniej 3 do 6 miesięcy

Postanów sobie, że trening według tych wytycznych będziesz prowadził przez najbliższe trzy miesiące. To czas, który Twój umysł spokojnie może sobie to wyobrazić i zaakceptować. Jeśli po tym czasie zobaczysz korzystne dla Twojego zdrowia efekty, kontynuuj trening przez kolejne trzy miesiące. Docelowo chodzi o to, aby w Twoich nogach zbudowana została sieć naczyń obocznych, a to wymaga około rocznego treningu. Niech więc spacerowanie stanie się Twoim stylem bycia!

Jeśli czas do wystąpienia bólu przy danym obciążeniu wydłuży się, to znak, że dystans chrania poprawił się i należy nieco zwiększyć obciążenie.

Dodatkowo:

1. **Rzuć palenie**
2. **Zmień dietę (aby obniżyć cholesterol – LDL <100 mg/dl)**
3. **Zapobiegaj nadciśnieniu (< 140/90 mmHg)**

Na bieżni czy bez, najważniejsze, żebyś systematycznie chodził!

Do problemów rehabilitacyjnych u osób z niewydolnością serca należą:

- zmniejszające się ukrwienie mięśni i ograniczenie aktywności chorego prowadzi do pogorszenia funkcji mięśni, zmniejszenia ich masy, osłabienia mięśni oddechowych,
- w zaawansowanym stadium choroby może dochodzić do spadku ciśnienia tętniczego w trakcie ćwiczeń,
- częstym objawem może być nadmierny spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 20 mmHg przy zmianie pozycji z leżącej lub siedzącej na stojącą lub w trakcie dłuższego przebywania w pozycji stojącej,
- niewydolności serca często towarzyszą zaburzenia rytmu serca, najczęstszym powikłaniem jest migotanie przedsionków, które prowadzi do spadku tolerancji wysiłku fizycznego, a także zwiększa ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Najbardziej korzystne w niewydolności serca jest rozpoczęcie rehabilitacji pod kontrolą specjalistów z zakresu fizjoterapii, po uprzednim wykonaniu badań: badanie echokardiograficzne, EKG, test wysiłkowy. Aktywność fizyczną należy rozpoczynać od małych obciążeń, zwracając uwagę na prawidłowy sposób oddychania. Ćwiczenia oddechowe są bardzo wskazane i można je przeprowadzać za pomocą aparatów dostępnych w sklepach ze sprzętem medycznym. We wszystkich czynnościach preferowany jest wysiłek typu interwałowego, czyli fazy wysiłku (trwające początkowo 10-30 sekund) są rozdzielone co najmniej minutą fazy „bez obciążenia”. Formy wysiłki niewskazane lub wykonywane ostrożnie, to: ćwiczenia w pozycji leżącej, ze względu na możliwość zwiększenia uczucia duszności; intensywny bieg; czynności wymagające dużej sprawności, refleksu, dobrej koordynacji ruchowej; intensywne przepychanie, ciągnięcie, dźwiganie, utrzymywanie ciężkich przedmiotów, np. przesuwanie mebli, odśnieżanie mokrego śniegu. Gdy dojdzie do zaostrzenia objawów choroby, należy ograniczyć aktywność fizyczną lub nawet pozostać w łóżku. Utrzymanie jak najlepszej formy fizycznej pozwala nie tylko na utrzymanie aktywnego udziału w życiu społecznym i zdolności do samoobsługi, ale poprawia rokowanie w niewydolności serca. Wysiłek fizyczny powinien dawać niewielkie uczucie zmęczenia, nie powinien jednak wywoływać takich objawów, jak: duszność, osłabienie, nadmierne zmęczenie. Jeśli zmęczenie podczas wysiłku nie przeszkadza w wypowiedaniu jednym tchem przynajmniej kilku zdań, to wysiłek nie jest nadmierny. Zdecydowanie należy unikać wysiłków izometrycznych, czyli takich przy których praca mięśni polega jedynie na zmianie ich napięcia, a nie długości, np. przekopywanie grządek. ■

Piśmiennictwo:

Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: Przewlekłe chory w domu. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.

Leczenie niewydolności serca

– zalecenia dla chorego i opiekunów

Postępowanie farmakologiczne.

Obejmuje cztery grupy leków:

1. Inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE inhibitory=ACEI, np. kaptopryl, enalapryl) lub blokery receptora AT1 dla angiotensyny II=sartany, np. walsartan. Efekt ich działania to zapobieganie niekorzystnym zmianom i przebudowie mięśnia sercowego, obniżenie ciśnienia tętniczego, rozkurcz małych tętniczek. Do działań niepożądanych zalicza się kaszel (brak tego objawu lub mniejsze nasilenie kaszlu po stosowaniu sartanów), zawroty głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Mogą hamować wydalanie potasu, czasem prowadząc do nadmiernego wzrostu stężenia potasu we krwi. Ze względu na ich działanie konieczne jest monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi oraz częsta kontrola laboratoryjna krwi.
2. β -adrenolityki (β -blokery, np. metoprolol, bisoprolol). Efekt działania to zwolnienie rytmu serca, obniżenie ciśnienia tętniczego przez hamowanie działania amin katecholowych. Zapobiegają zaburzeniom rytmu i pozwalają sercu rozsądniej gospodarować energią, zmniejszają zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen. Stosując β -blokery, zmniejszamy śmiertelność i ryzyko nagłych zgonów, ale trzeba zwrócić uwagę na możliwość pojawienia się bradykardii, hipotonii, nasilenia duszności poprzez skurcz oskrzeli w przebiegu POChP lub dolegliwości bólowych, wynikających z niedokrwienia kończyn w miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Wadą leków tej grupy jest możliwość obkurczania naczyń w odpowiedzi na zimno, wywołującego błądź, a następnie zasinienie skóry i ból. Mogą też być przyczyną depresji, koszmarów sennych, podwyższenia poziomu glikemii, u mężczyzn zaburzeń potencji. Ale istnieje już nowa generacja leków tej grupy, która ma zdecydowanie mniejsze ryzyko wywołania części tych niepożądanych reakcji. Dobrze dobrana dawka leku powinna zwolnić częstość serca do około 60-70 uderzeń na minutę.
3. Diuretyki (leki moczopędne, np. furosemid, hydrochlorotiazyd, indapamid, spironolakton). Efekt działania tej grupy to zmniejszenie zastojów w krążeniu małym, zmniejszenie obręzków obwodowych, obniżenie ciśnienia tętniczego przez zwiększenie wydalania nadmiaru płynów i sodu, zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego. Efekt niepożądany – utrata potasu (hipokaliemia). Przy stosowaniu diuretyków pętlowych i tiazydowych należy uzupełnić potas. Stosowanie spironolaktonu w połączeniu z ACEI, może spowodować hiperkaliemię (wzrost stężenia potasu). Leki moczopędne mogą nasilać hipotonię i niewydolność nerek. Efekty lecznicze diuretyków można zniwelować nadmierną podażą sodu (zawartego w soli kuchennej), dlatego ważne jest przestrzeganie diety z ogra-



- nizowaniem ilości sodu. Nadmierne spożycie soli powoduje powstanie obręzków i nasilenie duszności pomimo leczenia moczopędnego, skłania więc do podwyższania dawki leków. To z kolei odbija się większym pragnieniem i większymi stratami potasu. Następnym spadku poziomu potasu jest konieczność włączenia kolejnych leków. Ograniczenie solenia należy postrzegać jak postępowanie o podobnej sile działania jak włączenie kolejnego leku. Nadmiar i niedobór potasu jest szkodliwy dla pracy serca.
4. Digoksyna (naparstnica) zwalnia akcję serca, zwiększa siłę skurczu, wskazana w NS, której towarzyszy migotanie przedsionków, stosuje się ją w zaawansowanej NS (NYHA III i IV).
 5. Inne leki: nitraty, leki antyarytmiczne, leki przeciwplatekcyjne i przeciwzakrzepowe, leki obniżające stężenie cholesterolu.

Zasadniczo leczenie NS u osób starszych nie różni się od postępowania terapeutycznego u pacjentów młodych. Wskazana jest redukcja dawek leków oraz powolne dochodzenie do optymalnego dawkowania leków. Rokowanie w NS jest porównywalne z rokowaniem w chorobach nowotworowych. Kluczowym jest przestrzeganie zaleceń, dobra współpraca chorego z lekarzem, pielęgniarką, opiekunem. Czasem konieczne jest wszczęcie urządzeń stymulujących pracę serca lub chroniących przed nagłym zatrzymaniem krążenia (implantowane kardiowertery-defibrylatory), a niekiedy leczenie operacyjne: angioplastyka i pomostowanie naczyń wieńcowych, chirurgiczne leczenie wad serca, przeszczep serca (zazwyczaj dotyczy młodszych pacjentów). ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Kontrola podstawowych parametrów życiowych w niewydolności serca

Ważnym elementem samoopieki w leczeniu niewydolności serca jest kontrola parametrów życiowych, np. masy ciała, ciśnienia tętniczego czy częstości pracy serca. Niedocenianym problemem jest sposób motywacji do wykonywania codziennych pomiarów.

Większość chorych dokonuje ich dlatego, że są oni pytani przez lekarza podczas wizyty. Chorzy często uzasadniają samokontrolę chęcią uniknięcia kolejnego zaostrzenia lub nieplanowanej hospitalizacji, czyli kierują się negatywnymi przesłankami. Łatwiej zaakceptować obowiązki, mając pozytywne motywy do działania. Przykładem pozytywnej motywacji jest uzasadnienie sprawdzania swoich parametrów utrzymaniem optymalnej kontroli objawów choroby lub optymalnego stanu zdrowia. Po zrozumieniu, dlaczego należy mierzyć określone parametry, należy wyrobić sobie i utrzymać nawyki codziennego ich przeprowadzania. Reżim codziennego mierzenia ciśnienia tętniczego łatwiej zachować, jeśli zapisuje się wyniki pomiarów. Sporządzone notatki stają się dowodem prowadzenia

kontroli. Wazeniu się sprzyja umieszczenie wagi w widocznym miejscu, np. w sypialni, w toalecie. Pomiarów powinno dokonywać się zawsze w tych samych okolicznościach, najlepiej rano po wstaniu z łóżka, po oddaniu moczu i stolca, przed zjedzeniem śniadania. Przybranie więcej niż 3 kg w ciągu dwóch dni mocno sugeruje gromadzenie się wody w organizmie i niebezpieczeństwo wystąpienia zaostrzenia niewydolności serca. Przyjęcie dodatkowej dawki diuretyku jest w stanie przynajmniej doraźnie zażegnać powstający problem. Modyfikację leku należy czynić rozważnie i ostrożnie. Jeśli dodatkowa dawka leku nie przyniesie poprawy, należy bezzwłocznie skontaktować się z zespołem leczącym – pielęgniarką, lekarzem. Oprócz umiejętności samokontroli chory powinien nabyć zdolności samoobserwacji. Oznacza to konieczność poznania

podstawowych objawów niewydolności serca, interpretacji zmiany ich nasilenia oraz interpretacji podstawowych parametrów życiowych, wyciągania wniosków na podstawie odchylenia od normy kontrolowanych parametrów.

Zasady tradycyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi

1. Sprawdzenie czynników i sytuacji, które mogą wpływać na zafałszowanie wyniku: wzmożony wysiłek fizyczny; stany emocjonalne (stres, złość, strach, radość); palenie papierosów, picie kawy, alkoholu, obfity posiłek, gorączka.
2. Przed pomiarem należy minimum 5 minut odpocząć, 15-30 minut nie pić mocnej kawy, herbaty, nie denerwować się, nie wykonywać wysiłku fizycznego, nie spieszyć się.
3. Przygotować sfigmomanometr (ciśnieniomierz): opaska (mankiet), manometr sprężynowy, pompka (gruszka) z zaworem, gumowe przewody; komora powietrzna (poduszka gumowa) powinna stanowić 80% mankieta u dorosłych; manometr sprężynowy powinien być kalibrowany raz na 3-6 miesięcy; pomiary należy wykonywać za pomocą tego samego sfigmomanometru sprężynowego, techniką osłuchową lub ewentualnie aparatem automatycznym o potwierdzonej wiarygodności
4. Pierwszego pomiaru należy dokonać na obu rękach, a podczas następnym na ramieniu, na którym ciśnienie było wyższe.
5. Podczas każdego badania należy wykonać co najmniej 2 pomiary na tym samym ramieniu w odstępie 1 minuty, a następnie dodatkowo, jeśli wyniki pierwszych 2 pomiarów znacznie się różnią; wynik podaje się jako wartości średnie z pomiarów.
6. Pomiar w pozycji siedzącej (plecy podparte, stopy spoczywające na podłodze) lub leżącej, dodatkowo 1 i 3 minuty po przyjęciu pozycji stojącej, chcąc stwierdzić hipotonię ortostatyczną, np. przy niewłaściwie dobranej terapii lekami hipotensyjnymi, u osób starszych, z cukrzycą.
7. Sprawdzenie czy na kończynie, na której będzie wykonywany pomiar nie występuje porażenie/niedowład, przetoka tętniczo-żylna, lub nie jest stroną po przebytej mastektomii, czy gdzie jest założony wenflon.
8. Wykonywanie pomiaru o stałej porze, w tej samej pozycji, w tej samej temperaturze pokojowej, tym samym aparatem.
9. Przygotowanie kończyny górnej do pomiaru: zdjęcie ubrania z ramienia, ustawienie ramienia w lekkim odwiedzeniu, z podparciem przedramienia, na wysokości serca bez względu na pozycję ciała, tak aby tętnica ramienna była na poziomie serca, odwrócenie ręki stroną zgięciową do góry, z dłońią niezaciśniętą.
10. Założenie mankieta na ramię według kryteriów:
 - szerokość mankieta dostosowana do obwodu ramienia (12-14 cm u osób dorosłych), stanowiąca 1/2 długości ramienia; szerszy i dłuższy mankieta na grube ramię
 - ścisłe przyleganie mankieta dookoła ramienia
 - mankieta założony na wysokości 2-3 cm powyżej zgięcia łokciowego
11. Założenie słuchawek lekarskich do uszu (przy metodzie osłuchowej – aparaty sprężynowe) lub włączenie przycisku aparatu (przy metodzie oscylometrycznej – aparaty elektroniczne naramienne) oraz wybadanie tętna na tętnicy promieniowej.

12. Napełnienie mankieta powietrzem (w ciągu ok. 30 sekund) do wartości wyższej o 20-30 mm Hg od uzyskanej w chwili zaniku tętna na tętnicy promieniowej.
13. Wypuszczanie powietrza z mankieta szybkością 2-3 mm Hg/s (ważne w arytmii) oraz odczytanie wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego na skali pomiarowej lub czytniku aparatu.
14. Metoda osłuchowa (Korotkowa) oparta jest na zasadzie osłuchiwania tonów pojawiających się w uciśniętej z zewnątrz przez mankieta tętnicy ramiennej, a później tonów znikających, w miarę zmniejszania tego ucisku podczas obniżania ciśnienia w mankiecie. Korotkow w czasie osłuchiwania tętnicy wyodrębnił 5 faz: I – pojawienie się pierwszych tonów o charakterze stuków (ciśnienie skurczowe), II – tony ciche, bardziej stłumione, III – ponowny wzrost głośności tonów, IV – nagłe ściszenie tonów, rzadko ciśnienie rozkurczowe, V – zniknięcie tonów (ciśnienie rozkurczowe). W niektórych sytuacjach klinicznych, np. w nadczynności tarczycy, gorączce faza V może nie występować (tony są słyszalne do poziomu zero), wówczas za wartość ciśnienia rozkurczowego przyjmuje się ciśnienie odczytane w chwili wyraźnego ściszenia dźwięków, które stają się miękkie.
15. Ciśnienie należy mierzyć z dokładnością nie mniejszą niż 2 mmHg i nie zaokrąglać wyniku do 5 mmHg, pomiar można powtórzyć w razie potrzeby po upływie 1-2 minuty, minimum 30 sekund oraz udokumentować – zapisać wyniki wraz z datą i godziną pomiaru.
16. W okresie ustalania rozpoznania i rozpoczynania leczenia pacjent powinien wykonywać w domu co najmniej 2 pomiary rano i 2 pomiary wieczorem (przed posiłkiem, przed przyjęciem leków) codziennie przez tydzień. Z pomiarów uzyskanych w ciągu 7 dni (z wyłączeniem pomiarów z 1. dnia) należy obliczyć średnią. Poza tygodniowymi okresami pomiarów zaleca się wykonywanie 1-2 pomiarów na tydzień.
17. Za prawidłową wartość ciśnienia tętniczego w pomiarach samodzielnych przyjmuje się wg wytycznych PTNT 135/85 mmHg (średnia z pomiarów w ciągu kilku dni).

Prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi (CTK) u osób dorosłych wg WHO

Optymalne – poniżej 120/80 mmHg.

Prawidłowe – 120-129/80-84 mmHg, kontrola za 2 lata.

Prawidłowe wysokie – 130-139/85-89 mmHg, kontrola za rok i zmiana stylu życia.

Graniczne – 140-149/90-94 mmHg.

Prawidłowa amplituda skurczowo-rozkurczowa powinna wynosić 30-50 mmHg, za graniczną wartość uznaje się wielkość przekraczającą 63 mmHg.

Izolowane skurczowe nadciśnienie tętnicze: skurczowe przekracza 140 mmHg, a rozkurczowe jest niższe niż 90 mmHg, np. u osób z cukrzycą typu 2, starszych.

Nadciśnienie tętnicze (hypertonia) – podwyższenie ciśnienia skurczowego i (lub) rozkurczowego powyżej wartości prawidłowych. Może być pierwotne (samoistne), częściej występuje w przebiegu różnych chorób, np. nerek, narządu krążenia, zaburzeń hormonalnych; należy co najmniej w czasie 2 wizyt po pierwszym badaniu przesiewowym posiadać ciśnienie powyżej wartości granicznej, aby u osoby dorosłej rozpoznać nadciśnienie tętnicze.

Nadciśnienie tętnicze:

- **łagodne – 1°** (ciśnienie skurczowe 140-159 mmHg, ciśnienie rozkurczowe 90-99 mmHg) – kontrola w ciągu 2 miesięcy;
- **umiarkowane – 2°** (ciśnienie skurczowe 160-179 mmHg, ciśnienie rozkurczowe 100-109 mmHg); dalsza diagnostyka lub skierowanie na leczenie w ciągu 1 miesiąca;
- **ciężkie – 3°** (ciśnienie skurczowe 180-209 mmHg, ciśnienie rozkurczowe 110-119 mmHg); dalsza diagnostyka lub skierowanie na leczenie w ciągu 1 tygodnia;
- **bardzo ciężkie** (powyżej 210/120 mmHg) – niezwłoczne skierowanie na leczenie.

Hipotonia ortostatyczna u osób przyjmujących leki hipotensyjne (naczyniorozszerzające, obniżające ciśnienie tętnicze krwi), hipoglikemizujące (obniżające poziom glukozy), diuretyki (moczopędne), przeciwparkinsonowskie, antyarytmiczne, antycholinergiczne, przeciwdepresyjne, neuroleptyki, nitrały; z nadciśnieniem tętniczym, miażdżycą, cukrzycą, chorobą Parkinsona, niewydolnością krążenia. Objawy: zawroty głowy, zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia (mroczenia, niedowidzenie), omdlenia, upadki. To obniżenie ciśnienia tętniczego po 5-minutowym odpoczynku w pozycji leżącej i pionizacji (pomiar w 1. i 3. minucie pionizacji) o co najmniej 20 mmHg lub do wartości poniżej 90 mmHg (skurczowe) i 10 mmHg (rozkurczowe). Zwiększone ryzyko: rano, po długim leżeniu, towarzyszy odwodnieniu, wysokiej temperaturze otoczenia, gorącej kąpeli, znacznemu wysiłkowi fizycznemu, obfitemu posiłkowi, przyjęciu alkoholu.

Zapobieganie hipotonii ortostatycznej: pozycja półleżąca podczas snu, zwiększenie podaży sodu w diecie, regularny trening fizyczny, krzyżowanie nóg, kucanie, noszenie podkolanówek kompresyjnych, częste i niewielkie posiłki ze zredukowaną zawartością węglowodanów prostych, unikanie: nagłej pionizacji ciała, przedłużonej pozycji stojącej, dusznych, nagranych pomieszczeń, leków o niepożądanym działaniu hipotensyjnym. Podanie leków, np. efedryna, dihydroergotamina, desmopresyna.

Czynniki obniżające CTK związane z:

1. pacjentem: ciche tony Korotkowa, niedawno spożyty posiłek, przeoczona przerwa ostuchowa;
2. otoczeniem i sprzętem: hałas, niesprawny aparat sprężynowy, nieuszczelniona gruszka;

3. pomiarem: hałas, odpoczynek przed pomiarem powyżej 25 minut, ramię ułożone za wysoko, zbyt luźny mankieta, za szybkie wypuszczanie powietrza, za mocne przyciśnięcie membrany stetoskopu;
4. osobą wykonującą pomiar: zaokrąglanie wyniku do 5 mmHg w dół, niedosłuch.

Czynniki podwyższające CTK związane z:

1. pacjentem: ciche tony Korotkowa, przeoczona przerwa ostuchowa, reakcja białego fartucha, pomiar na ramieniu porażonym, lęk, ból, wypalenie papierosa, wypicie alkoholu, kawy, wypełniony pęcherz moczowy, rozmowa;
2. otoczeniem i sprzętem: hałas, nieuszczelniona gruszka, zimny stetoskop;
3. pomiarem: hałas, odpoczynek przed pomiarem powyżej 25 minut, ramię ułożone za wysoko, zbyt luźny mankieta, za szybkie wypuszczanie powietrza, za mocne przyciśnięcie membrany stetoskopu;
4. osobą wykonującą pomiar: niedosłuch, zimne dłonie;
5. pomiarem: mankieta za wąski, założony nierówno, za luźno, na rękaw, ramię ułożone za nisko, za krótki odpoczynek przed pomiarem, niepodparte plecy i ramię, za wolne wypuszczanie powietrza, za szybkie wypuszczanie powietrza – tylko ciśnienie rozkurczowe, chłodna pora roku.

Czynniki nie mające wpływu na wartość CTK podczas pomiaru związane z:

1. pacjentem: faza cyklu miesięczkowego, samodzielne pompowanie mankieta;
2. pacjentem i osobą wykonującą pomiar: różnica płci i rasy;
3. pomiarem: cienki rękaw koszuli pod mankieta, pora dnia. ■

Piśmiennictwo:

Interna Szczeklika 2016/17. Mały podręcznik. Wydanie VIII. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.



Wielkie problemy geriatryczne – majaczenia

Majaczenie (delirium) to zespół zaburzeń psychicznych na podłożu organicznych zmian w mózgu, o ostrym przebiegu, z globalnym upośledzeniem czynności poznawczych. Zaburzenia są potencjalnie odwracalne, trwają względnie krótko (czasem godziny, zwykle kilka-kilkanaście dni), choć zdarzają się majaczenia trwające kilka miesięcy.

Synonimy: zespół majaczeniowy, zespół deliryjny, stan ostrego splątania, ostry zespół mózgowy. Majaczenie należy do jakościowych zaburzeń świadomości. Częstość występowania zespołów majaczeniowych jest duża, zwłaszcza u hospitalizowanych starszych chorych. Delirium ma swój początek w zaburzeniu somatycznym, które powoduje zaburzenie równowagi organizmu starszego człowieka, którego skutkiem jest dysfunkcja mózgu, wynikająca z działania toksyn lub zmian metabolicznych.

Wśród przyczyn majaczenia u osób starszych wymienia się:

- zakażenia: układu oddechowego (zapalenie płuc), układu moczowego (zapalenie pęcherza moczowego), skóry, przewodu pokarmowego, mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych;
- schorzenia endokrynologiczne: cukrzyca, choroby tarczycy, kory nadnerczy, przysadki;
- niewydolność wątroby, nerek;
- niedokrwienie mózgu (udar), niewydolność krążenia, zawał serca, niewydolność oddechowa, niedokrwistość, choroby naczyń;
- odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe (gorączka, biegunka, wymioty, upały, leki moczopędne);
- zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej;
- niedożywienie, niedobory witamin;
- guzy mózgu, choroby zwyrodnieniowe mózgu, np. choroba Alzheimera;
- zatrucia alkoholem, zespoły abstynencyjne (odstawienie alkoholu);
- urazy, zwłaszcza głowy;
- zabiegi chirurgiczne, zwłaszcza w znieczuleniu ogólnym;
- środki psychotropowe o silnym działaniu antycholinergicznym, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, benzodiazepiny – często stosowane przez seniorów jako nasenne i uspokajające, przeciwuczuleniowe, przeciwwymiotne, przeciwparkinsonowskie, przeciwpadaczkowe, przeciwnadciśnieniowe, przeciwbólowe (zwłaszcza narkotyczne), digoksyna, steroidy, pochodne atropiny;
- założenie cewnika do pęcherza moczowego, podanie dożylnie płynów (zbyt szybkie, o zbyt niskiej temperaturze), zmiana miejsca pobytu (hospitalizacja, zwłaszcza u osób z otępieniem).

Objawy majaczenia

Początek delirium jest niecharakterystyczny: złe samopoczucie, niepokój, bezsenność, lęk. Niewielkie zaburzenia orientacji co do miejsca, czasu, otoczenia, spowolnienie myślenia, zubożenie, często pozostają niezauważone, łączone są z chorobą podstawową. Później mogą pojawić się: chwiejność emocjonalna (od smutku, płaczu do nieuzasadnionej wesołości), zmęczenie, koszmarne sny, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, trudności w skupieniu uwagi, zaburzenia zapamiętywania, np. poleceń. W rozwiniętym majaczeniu dominują: dezorientacja allo- i autopsychiczna, omamy wzrokowe, słuchowe, czuciowe, które przez chorego odbierane są jako niebezpieczne, urojenia prześladowcze, lęk, drażliwość, gniew, czasem euforia, zaburzenia krytycyzmu, pobudzenie ruchowe, ucieczka lub walka z omamami. Wreszcie chorzy tracą kontakt z otoczeniem, przestają reagować na bodźce, ruchy stają się nieskoordynowane („skubanie pościeli”), mowa zamazana, niewyraźna, wypowiedane słowa nie mają związku logicznego, dochodzi do śpiączki i zgonu. Przy prawidłowym leczeniu objawy stopniowo ustępują, chorzy zapadają w tzw. sen końcowy, z którego budzą się po kilkunastu godzinach osłabieni, ale zorientowani.

Opieka nad osobą z majaczeniem – wymaga szczególnego zaangażowania, nadzoru, pielęgnacji, ze strony opiekuna formalnego w szpitalu i nieformalnego w domu. Najważniejsze jest dostrzeżenie zmian w zachowaniu chorego i przy podejrzeniu majaczenia kontakt z lekarzem. Ważne jest odróżnienie delirium od otępienia. Zwykle nieunikniona jest hospitalizacja (oddział wewnętrzny, geriatryczny, psychosomatyczny), choć część chorych przy zapewnieniu właściwej opieki może być leczona w domu. Delirium należy do stanów nagłych i jest sygnałem bezpośredniego zagrożenia życia chorego. Konieczne jest szczegółowe badanie przez lekarza, pielęgniarkę, z oceną podstawowych funkcji życiowych, sprawności psychofizycznej chorego, możliwości współpracy. Istotny jest stały nadzór nad chorym – pomoc w opanowaniu lęku i uchronienie pacjenta przed urazami. Pokój powinien być cichy, jasny, w nocy lekko podświetlony (ciemność wzmagając niepokój), chory pobudzony psychoruchowo zabezpieczony przed wypadnięciem z łóżka. Należy pamiętać, że niektórzy chorzy mogą próbować oddalić się pod wpływem doznań psychotycznych, mogą być agresywni (kiedy zmuszani są do czynności, których nie są w stanie wykonać lub ich nie rozumieją, mogą w ten sposób sygnalizować ból, zmęczenie). Reakcja opiekuna powinna być spokojna, ale zdecydowana. Czasami wystarczy odwrócenie uwagi, zmiana tematu rozmowy, uśmiech, propozycja napicia się, zjedzenia czegoś. Podniesiony głos opiekuna, gwałtowne ruchy, groźenie, zmuszanie do czynności nasila agresję, zaburza poczucie bezpieczeństwa podopiecznego. Nie należy zbyt pochopnie stosować środków przymusu bezpośredniego (unieruchomienie pasami ochronnymi). Należy to uczynić po wyczerpaniu wszelkich sposobów uspokojenia pacjenta. Unieruchomienie może powodować nasilenie niepokoju, agresji, pogarszać stan fizyczny chorego (potęgować duszność, sprzyjać zapaleniu płuc, odleżynom, powikłaniom zakrzepowo-zatorowym).

Duże znaczenie ma nawodnienie chorego (minimum 2l/dobę), u gorączkujących, odwodnionych, przyjmujących leki moczopędne, neuroleptyki (zmniejszając wydzielanie śliny), pocących się (upały), w lęku, z biegunką, wymiotami – jeszcze więcej. Szczególnie ważne jest podawanie płynów osobom niepotrafiącym sygnalizować swoich potrzeb, np. z otępieniem, afazją, w ciężkim delirium oraz osobom starszym, którzy często mają zaburzone poczucie pragnienia. Płyny należy podawać w miarę możliwości doustnie, przy zaburzeniach połykania – przez zgłębnik żołądkowy lub dożylnie we wlewach kroplowych. Ważna jest dbałość o prawidłowe odżywianie. Chorzy wymagają karmienia, toalety jamy ustnej, zakładania o ile to możliwe protez do posiłków. Należy dbać o higienę i czystość. Monitorować wypróżnienia i oddawanie moczu, np. zatrzymanie moczu i przepętnienie pęcherza w chorobach prostaty, może powodować silne bóle i pogarszać przebieg majaczenia. Higiena ciała, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, nawilżanie skóry, zmiana pozycji chorych leżących to podstawowe zasady profilaktyki przeciwoleżynowej. W okresach lepszego samopoczucia wskazane jest uruchamianie chorego – sadzanie na fotel, krótki spacer, nawet kilka kroków. W leczeniu objawowym pobudzenia i objawów psychotycznych stosuje się na zlecenie lekarza małe dawki neuroleptyków, np. haloperidolu, czasami u osób z nasilonym lękiem skuteczne są benzodiazepiny (np. lorazepam). Istnieje jednak ryzyko nasilenia delirium przez te leki, np. paradoksalnego pobudzenia po ich podaniu. Ważne jest przeciwdziałanie upośledzeniu funkcji poznawczych przez zaznajomienie pacjenta z rozkładem dnia i oddziału, opiekującym się personelem, planowanymi badaniami; podejmowanie rozmów ułatwiających orientację w otoczeniu, zajęć stymulujących funkcje poznawcze (omawianie bieżących wydarzeń, wspomnień); zaprzestanie podawania leków nasennych jeśli zachodzi taka potrzeba i zastosowanie alternatywnych metod ułatwiających zasypianie (ciepły napój przed snem, muzyka relaksacyjna, masaż grzbietu, redukcja hałasu); ograniczenie stosowania procedur i sprzętu utrudniającego poruszanie się (cewniki, kroplówki); korekcja wzroku lub słuchu (okulary, soczewki, aparaty słuchowe, telefon z dużą podświetlaną tarczą, książki z dużym drukiem, usunięcie woskowiny).

Powyższe działania zmniejszają ryzyko epizodu delirium, a w przypadku jego wystąpienia na skrócenie czasu jego trwania, a także utrzymanie kondycji psychofizycznej i sprawności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego osób w podeszłym wieku. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalsa A. (red.): *Geriatryczna z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Geriatryczna i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Centrum Wsparcia Opiekunów pomaga osobom niesamodzielnym w czasie pandemii COVID-19

*„Mieliśmy wszyscy tyle planów i miało być tak pięknie... Ale nie będzie.
Czerwony kolor, którym zamalowano właśnie mapę naszego kraju zmienił wszystko”.*

Wnastępstwie stopniowego znoszenia ograniczeń w związku z występowaniem stanu pandemii COVID-19 w Polsce od sierpnia 2020 r., wprowadzono regionalne obostrzenia. Wyodrębniono powiaty oznaczone kolorem czerwonym (o największych obostrzeniach), powiaty oznaczone kolorem żółtym (o łagodniejszych obostrzeniach) oraz pozostałe powiaty oznaczone kolorem zielonym (bez obostrzeń). Od października 2020 r. nastąpił drastyczny wzrost wskaźnika zakażeń i zgonów z powodu COVID-19, rząd wprowadził w całym kraju (oznaczonym kolorem czerwonym) nową strategię walki z pandemią w obliczu jesiennej fali koronawirusa. Priorytetem było przede wszystkim bezpieczeństwo i wsparcie seniorów, odpowiedni dostęp do leczenia dla pacjentów z COVID-19 oraz podejmowanie takich działań, aby miały jak najmniejszy wpływ na życie codzienne Polaków i gospodarkę.

Seniorzy to grupa osób najbardziej wrażliwa i narażona na zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Obarczona dużym ryzykiem ciężkiego przebiegu zakażenia koronawirusem, prowadzącego do niebezpiecznych powikłań, a nawet śmierci. Zmniejszenie transmisji wirusa wśród seniorów było możliwe, m.in. poprzez wsparcie i ułatwienie zmiany codziennych aktywności i zachowań, w tym ograniczenie kontaktów. Jednym z ułatwień stały się ponownie godziny dla seniora. Od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00-12:00 w sklepie, aptece i na poczcie przebywać mogły wyłącznie osoby powyżej 60. roku życia. Oprócz tego zaostżone zostały zasady epidemiczne w domach pomocy społecznej i placówkach opieki, a także zalecane było maksymalne ograniczenie kontaktu z osobami powyżej 70. roku życia. **Osoby starsze często przechorowują COVID-19 nieco inaczej niż ludzie młodzi. Nietypowe symptomy, które towarzyszą zakażeniu koronawirusem, utrudniają leczenie i zapewnienie im adekwatnej pomocy odpowiednio szybko.** U osób starszych nie zawsze występują typowe objawy COVID-19, czyli gorączka, suchy kaszel i problemy z oddychaniem, donoszą wyniki badań. Zdarza się, że nie pojawia się żaden z nich. W przypadku seniorów w początkowej fazie zakażenia koronawirusem może pojawić się nietypowe zachowanie – brak apetytu, spanie więcej niż zwykle, obojętność czy utrata orientacji przestrzennej. Osoba starsza może dostać zawrotów głowy i upaść w ich wyniku, przestać mówić lub stracić przytomność. Nietypowe symptomy pojawiają się u osób starszych przy okazji różnych schorzeń i dolegliwości, również w przypadku COVID-19. Przyczyną tak odmiennej reakcji organizmu jest specyficzna odpowiedź układu immunologicznego. Osoby starsze mogą

inaczej reagować na infekcję, ponieważ zaawansowany wiek osłabia reakcję odpornościową organizmu. Zmienia się wtedy zdolność do regulowania temperatury ciała, a współistniejące choroby przewlekłe mogą maskować oznaki infekcji. Niektórzy seniorzy mają zmieniony odruch kaszlu, np. w wyniku przebytego udaru lub problemów neurologicznych. Swoich dolegliwości i zmian w samopoczuciu nie będą też w stanie zakomunikować osoby z zaburzeniami zdolności poznawczych. Dużym problemem wynikającym z nietypowego przebiegu infekcji u seniorów jest **ryzyko przeoczenia pierwszych symptomów COVID-19**. Pierwsza kwestia dotyczy tego, że zarażona koronawirusem osoba starsza może wtedy nieświadomie rozprzestrzeniać wirusa podczas przebywania poza domem. Drugi problem dotyczy jej własnego zdrowia – początkowe symptomy, które nie zostaną zauważone, mogą nagle ustąpić miejsca o wiele poważniejszym objawom i powikłaniom. Jeśli do tego dojdzie, stan starszego pacjenta może pogorszyć się, zanim zostanie mu udzielona pomoc medyczna. Osoba w podeszłym wieku, cierpiąca na chorobę serca, cukrzycę i zaburzenia zdolności poznawczych średniego stopnia, może nie mieć gorączki ani kaszlu, ale za to przestać chodzić, stać się ospała, mieć problemy z trzymaniem moczu i stolca, a jedynym objawem ze strony dróg oddechowych może być tylko sporadyczne kichanie, a wykonane w tym czasie testy na koronawirusa okazać się pozytywne. Inne objawy, to objawy przypominające udar – dezorientacja i problemy z mówieniem, które są wynikiem wpływu koronawirusa na centralny układ nerwowy; majaczenie hipoaktywne – zmieniony stan psychiczny z sennością i apatią, czemu może towarzyszyć dezorientacja; nudności, wymioty i biegunka. Do nietypowych oznak zakażenia koronawirusem u seniorów zalicza się m.in.: zmiany w zachowaniu; upadki; zmęczenie; niskie ciśnienie krwi; bolesna opuchlizna; omdlenia; bóle brzucha; utrata smaku i węchu. Prawidłowe rozpoznanie stanu zdrowia starszych osób jest kłopotliwe z kilku względów. Wraz z wiekiem u seniorów pojawiają się nie tylko różne dolegliwości, ale zmienia się również styl życia. Osoby starsze stają się mniej aktywne, a brak ruchu wpływa na ich ogólną kondycję zdrowotną. Mogą nie radzić sobie z prawidłową dystrybucją leków na różne schorzenia lub popadać w apatię i depresję. Jeżeli lekarz chce postawić diagnozę w związku z niepokojącymi objawami u osoby starszej, kluczowy jest dostęp do szczegółowych informacji, które mogłyby wskazać na prawdopodobieństwo zakażenia koronawirusem. Symptomy mogą wynikać z niedostatecznej kontroli dolegliwości przewlekłych lub wiązać się z zupełnie innym schorzeniem niż COVID-19. Czasem senior może też mieć

gorszy dzień, który powoduje złe samopoczucie. Na konsultację lekarską lub wezwanie pomocy medycznej należy zdecydować się szczególnie wtedy, gdy objawy są poważne lub senior zachowuje się nietypowo przez parę dni i sytuacja się nie poprawia. W tym trudnym czasie każdy mógł pomóc osobie starszej, samotnej, niepełnosprawnej, przebywającej na kwarantannie lub odczuwającej lęk przed koronawirusem, oferując wsparcie w przezwyciężeniu trudności związanych z pandemią, przez zrobienie zakupów, wykupienie leków, artykułów higienicznych, odebranie poczty, dostarczenie posiłków, wyprowadzenie psa na spacer, a także serdeczną rozmowę, np. przez telefon.

SENIOR, aby zmniejszyć zapadalność i śmiertelność na COVID-19, mógł pozostać w domu, skontaktować się ze służbami, które pomogły mu zaopatrzyć się w leki, produkty spożywcze.

Rząd ogłosił program „Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów”. Główne jego założenia, to infolinia dla seniorów, współpraca Wojsk Obrony Terytorialnej (WOT), pracowników pomocy społecznej, wolontariuszy, harcerzy, Ochotniczej Straży Pożarnej w pomocy osobom starszym w czynnościach wymagających wyjścia z domu. Pomoc kierowana była do osób powyżej 70. roku życia, ale w szczególnych przypadkach wsparcie otrzymywali też młodszy seniorzy. Osoby starsze mogły zadzwonić na numer telefonu 22 505 11 11 i poprosić o pomoc w czynnościach, które wymagały wyjścia z domu i były utrudnione przez panującą pandemię.

Mając na uwadze powyższe, przez cały okres pandemii oferujemy pomoc wszystkim podopiecznym – uczestnikom projektu pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”. ■

Podopieczni i ich opiekunowie mogą liczyć na:

- wsparcie i poradnictwo telefoniczne pod numerem: +48 12 44 67 590 lub +48 728 402 549;
- usługi Menadżera Opieki świadczone w formie teleporad;
- film informacyjny umieszczony na Facebooku www.facebook.com/CentrumWsparciaOpiekunow o formach wsparcia dla seniorów;
- grupę wsparcia realizowaną w formie porady telefonicznej;
- zmodyfikowaną formułę szkoleń, które pomimo czasowego wstrzymania tej formy usług są kontynuowane, a nawet planowane jest zwiększenie liczby osób objętych wsparciem;
- nieprzerwane funkcjonowanie wypożyczalni, oferującej sprzęt ułatwiający opiekę nad osobą niesamodzielną w domu;
- wsparcie w placówce dziennej opieki, pomimo okresowych trudności;
- bezpieczną pomoc ze strony pracowników, wyposażonych w niezbędne środki ochrony indywidualnej;
- promowanie zasady bezpieczeństwa epidemiologicznego, tzw. DDMA: **D** – dystans; **D** – dezynfekcja; **M** – maseczka; **A** – aplikacja STOP COVID – ProteGO Safe; utrzymywanie dystansu min. 1,5 m od innych osób, częste mycie rąk wodą z mydłem i ich dezynfekcja, wietrzenie pomieszczeń, a także zakrywanie ust i nosa w przestrzeni publicznej – to podstawowe czynności, które pozwalają ograniczyć ryzyko zakażenia koronawirusem; walkę z zagrożeniem wspiera także aplikacja STOP COVID – ProteGO Safe, która jest w pełni bezpieczna, bezpłatna i dobrowolna.
- publikację ciekawych i niezwykle pomocnych opiekunom informacji na naszym portalu; m.in. dotyczących tego, jak radzić sobie w okresie jesienno-zimowym z grypą, przeziębieniem, infekcją koronawirusem.

Z uwagi na utrzymujące się zagrożenie COVID-19 Centrum Wsparcia Opiekunów nadal dokładać będzie wszelkich starań na rzecz wsparcia opiekunów osób niesamodzielnymi i ich podopiecznych z zachowaniem wszelkich norm i zasad bezpieczeństwa.



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niezależnych w Krakowie, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44-67-500

www.mco.krakow.pl

mco@mco.krakow.pl