

# Otwarte Posiedzenie Komitetu Nauk Klinicznych



## NAJCZĘSTSZE PROBLEMY MEDYCZNE WIEKU STARSZEGO W POLSCE

Materiały prasowe

Warszawa, 24.03.2014 r.

Organizatorzy:



INSTYTUT FIZJOLOGII  
I PATOLOGII SŁUCHU



Patroni medialni:



żyjmy dłużej



SŁYSZĘ



# Otwarte Posiedzenie Komitetu Nauk Klinicznych



## NAJCZĘSTSZE PROBLEMY MEDYCZNE WIEKU STARSZEGO W POLSCE

24 marca 2014 r., godz. 11.00–14.00

Polska Akademia Nauk • Pałac Staszica • Sala Lustrzana

Warszawa • ul. Nowy Świat 72

### OTWARCIE POSIEDZENIA

Prof. Henryk Skarżyński, Prof. Michał Myśliwiec

### CZEŚĆ I

Prof. Piotr Błędowski – *Wyniki badania PolSenior*

Prof. Barbara Bień – *Najczęstsze problemy wieku starszego*

Prof. Bolesław Samoliński – *Strategia zdrowego starzenia*

### CZEŚĆ II

Prowadzenie – Prof. Michał Myśliwiec; Red. dr med. Mariusz Gujski – Pierwszy Program Polskiego Radia

Prof. Maria Barcikowska – *Zaburzenia neurologiczne w wieku podeszłym*  
pytania i komentarze dziennikarzy

Prof. Bolesław Rutkowski – *Problemy nefrologiczne wieku starszego*  
pytania i komentarze dziennikarzy

Prof. Ryszarda Chazan – *Problemy pulmonologiczne w wieku starszym*  
pytania i komentarze dziennikarzy

Prof. Grzegorz Opolski – *Problemy kardiologiczne w wieku starszym*  
pytania i komentarze dziennikarzy

Prof. Marek Sosnowski – *Problemy urologiczne w wieku starszym*  
pytania i komentarze dziennikarzy

Prof. Henryk Skarżyński – *Znaczenie problemu zaburzeń komunikacji*  
pytania i komentarze dziennikarzy

### PODSUMOWANIE POSIEDZENIA

Prof. Henryk Skarżyński, Prof. Michał Myśliwiec,  
Red. dr med. Mariusz Gujski – Pierwszy Program Polskiego Radia



## STRESZCZENIA

---

Prof. Piotr Błędowski <i>Wyniki badania PolSenior</i> .....	7
Prof. Barbara Bień <i>Najczęstsze problemy wieku starszego</i> .....	8
Prof. Bolesław Samoliński <i>Strategia zdrowego starzenia</i> .....	10
Prof. Maria Barcikowska <i>Zaburzenia neurologiczne w wieku podeszłym</i> .....	11
Prof. Bolesław Rutkowski, Prof. Michał Myśliwiec <i>Problemy nefrologiczne wieku starszego</i> .....	12
Prof. Ryszarda Chazan <i>Problemy pulmonologiczne w wieku starszym</i> .....	14
Prof. Grzegorz Opolski <i>Problemy kardiologiczne w wieku starszym</i> .....	16
Prof. Marek Sosnowski <i>Problemy urologiczne w wieku starszym</i> .....	17
Prof. Henryk Skarżyński <i>Znaczenie problemu zaburzeń komunikacji</i> .....	20



## PROF. PIOTR BŁĘDOWSKI

Profesor w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie, od 2004 r. dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego; kierownik Zakładu Gerontologii Społecznej w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych, wiceprzewodniczący, a w latach 2005–2013 przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Kierownik i uczestnik wielu badań empirycznych dotyczących sytuacji osób starszych i wsparcia dla ich opiekunów. W latach 2008–2012 kierownik największego w Polsce badania dotyczącego sytuacji ludzi starych *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (PolSenior). Autor ponad 200 publikacji z zakresu polityki społecznej i gerontologii.

### STRESZCZENIE

## WYNIKI BADANIA POLSENIOR

Przeprowadzone na próbie 5695 osób badanie *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, znane pod nazwą **PolSenior**, jest jak dotąd największym w Polsce interdyscyplinarnym badaniem dotyczącym rozmaitych aspektów starzenia się i starości. Jedną z jego najważniejszych cech jest interdyscyplinarna analiza i interpretacja wyników dotyczących sytuacji życiowej seniorów, co pozwala na wskazanie wzajemnego oddziaływania czynników zdrowotnych i społecznych na warunki życia ludzi starych.

Sformułowane na podstawie wyników badania rekomendacje odnoszą się do kilku najważniejszych obszarów działania administracji państwowej i samorządowej oraz do społeczeństwa i uwzględniają nie tylko stan obecny, lecz również przyszłe zmiany związane z prognozowanym znacznym wzrostem liczby i odsetka osób starszych w polskim społeczeństwie.

W obszarze zdrowia niezbędne staje się przygotowanie bazy leczniczej i rehabilitacyjnej na zwiększającą się liczbę pacjentów, ułatwienie seniorom dostępu do placówek służby zdrowia, poprawa wczesnej wykrywalności i zwiększenie zakresu opieki nad chorymi na choroby nowotworowe, serca i układu krążenia oraz nadciśnienie, choroby nerek, cukrzycę i choroby układu pokarmowego.

W zakresie polityki społecznej konieczne jest zwiększenie udziału osób starszych w życiu społecznym w skali kraju oraz społeczności lokalnej przy uwzględnieniu zróżnicowanego poziomu samodzielności i występowania czynników ograniczających aktywność społeczną i życiową seniorów. Większość rekomendacji została już uwzględniona w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020.

Na styku zakresu działania resortów zdrowia i polityki społecznej leży jeden z najważniejszych problemów związanych ze starzeniem się ludności, a mianowicie organizacja systemu opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych i w placówkach ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Podjęcie działań systemowych, wykraczających poza zakres kompetencji jednego resortu i zapewniających stabilne finansowanie, jest potrzebą chwili.

Wśród zadań lokalnych podmiotów szeroko pojętej polityki społecznej, które ułatwiają przygotowanie do starości, adaptację w jej początkowym okresie oraz podnoszą sprawność seniorów, są m.in. wspieranie różnych form aktywności fizycznej i rekreacyjnej seniorów, edukacja oraz wspieranie aktywności zawodowej i społecznej osób starszych. Seniorzy to osoby o znacznym kapitale ludzkim (wiedza i doświadczenie) i społecznym (sieć więzi społecznych), na zmarnotrawienie których nie może sobie pozwolić nawet najbogatsze społeczeństwo. □

## PROF. BARBARA BIENÍ

Specjalista geriatry, chorób wewnętrznych i zdrowia publicznego. Konsultant Wojewódzki ds. Geriatry w woj. podlaskim. Kierownik Kliniki Geriatry, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Ordynator Oddziału Geriatry ZOZ Szpitala MSW w Białymstoku.

Były Prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, obecnie Członek Zarządu Głównego PTG; Przewodnicząca Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia; Członek Zespołu ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich; Członek European Academy for Medicine of Ageing (Sion, Switzerland); Koordynator polskiej części projektu EUROFAMCARE realizowanego w sześciu krajach Europy w latach 2003–2005 w ramach 5. PR UE. Autor ponad 200 publikacji naukowych z dziedziny gerontologii i geriatry.

### STRESZCZENIE

## NAJCZĘSTSZE PROBLEMY WIEKU STARSZEGO

### Identyfikacja i specyfika (definicja) pacjenta geriatrycznego

Mimo, iż trudno jest jednoznacznie zdefiniować 'pacjenta geriatrycznego', to tym terminem określa się osobę najstarszą (80+), najbardziej schorowaną i niesprawną. Wiele współistniejących chorób i wynikających z nich niesprawności stanowi wyzwanie intelektualne dla lekarzy i jest przyczyną wielu ograniczeń terapeutycznych. W praktyce klinicznej, pacjentem geriatrycznym jest osoba starsza obciążona wieloma chorobami zależnymi od wieku, z których przynajmniej jedna pojawiła się jako nowa lub uległa zaostrzeniu.

### Wielkie zespoły geriatryczne, w tym geriatryczne zespoły jatrogenne

Pacjent geriatryczny manifestuje fenotypowe zmiany zależne od wieku, które maskują objawy zależne od chorób. Prezentacja choroby w starości staje się niewyraźna i nietypowa, co utrudnia wczesne jej wykrywanie i leczenie. Złożone problemy zdrowotne zależne od wieku, przy spadku rezerw ustroju, prowadzą do licznych dysfunkcji narządowych. Prezentują się one jako tzw. wielkie zespoły geriatryczne, z zespołem słabości (frailty), z niedożywienia, majaczenia, otępienia, depresją, upadkami, nietrzymaniem moczu, etc. Geriatryczny zespół jatrogeny stanowi częste powikłanie wielolekowej lub niewłaściwej terapii starszych pacjentów (20% przyczyn hospitalizacji osób starszych).

### Fragmentaryzacja i dezintegracja świadczeń na rzecz starszych pacjentów

Organizacja ochrony zdrowia, oparta o medycynę wąskich specjalności, leczenie określonego układu/ narządu, wzmocniana przez finansowanie świadczeń „od procedury”, sprzyja fragmentaryzacji usług zdrowotnych. Biorąc pod uwagę liczbę chorób u osoby starszej, pacjent taki zapewne odwiedza kilku specjalistów i zażywa po kilka leków od każdego z nich. System organizacyjny ochrony zdrowia nie wymaga współpracy między specjalistami, ani integracji działań na rzecz priorytetów zdrowotnych chorego. System ochrony zdrowia jest nieprzyjazny dla pacjenta geriatrycznego, o ile nie ma dostępu do geriatry.

### Niedostateczna wiedza geriatryczna lekarzy praktykujących ze starszymi pacjentami

Nauczanie geriatry w Polsce jest jak dotąd jedynie fakultetem w kształceniu przeddyplomowym lekarzy. Realizuje je połowa wyższych uczelni medycznych w Polsce w niewielkim wymiarze godzinowym i różnym zakresie – lekarze nie mają szans na zdobycie minimum wiedzy geriatrycznej, ani ją utrwalac w praktyce, ponieważ nie są systemowo kształceni w tej dziedzinie.



### Niedofinansowanie świadczeń geriatrycznych przyczyną zapaści geriatryi

Mimo rosnącej w ostatnich latach kadry specjalistów geriatryi (szacowanej na około 300), wskaźnik geriatrów jest jednym z najniższych w Europie. Finansowanie świadczeń geriatrycznych podlega zasadzie płacenia za jedną procedurę (chorobę). Misją geriatryi jest poprawa stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego, niezależnie od liczby współistniejących chorób, co skazuje geriatricę na deficyt finansowy. Paradoksalnie, w perspektywie roku geriatrya *per saldo* przynosi korzyści finansowe dla płatnika. Derejczyk i wsp. wykazali, że przeciętny pacjent wypisany z oddziału geriatryi kosztuje około 1700 zł mniej niż analogiczny wypisany z oddziału chorób wewnętrznych..., ponieważ w okresie danego roku nie ma potrzeby korzystać z usług innych świadczeniodawców, przyjmuje mniej leków, etc. □

## PROF. BOLESŁAW SAMOLIŃSKI

Specjalista zdrowia publicznego, alergolog, otorynolaryngolog. Krajowy Konsultant w Dziedzinie Zdrowia Publicznego. Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Dyrektor Uczelnianego Centrum Zdrowia Środowiskowego, Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii WUM. Przewodniczący Podzespołu ds. Priorytetów Zdrowia Publicznego w czasie Przewodnictwa Polski w Radzie Unii Europejskiej w 2011 roku. Członek: Komitetu Zdrowia PAN, Rady Naukowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Rady Sanitarно-Epidemiologicznej Kraju. Uczestnik Kongresu Demograficznego, Przewodniczący Koalicji na rzecz Zdrowego Aktywnego Starzenia się. Prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, przewodniczący Rady ds. Polityki Senioralnej przy MPiPS. Autor ponad 200 publikacji oraz wielu książek, m.in. Białej Księgi Zdrowego Starzenia się.

### STRESZCZENIE

## STRATEGIA ZDROWEGO STARZENIA

W ciągu minionych 20. lat zmiany cywilizacyjne w Polsce w istotny sposób wpłynęły na wydłużenie oczekiwanej długości życia. Porównanie danych spisu powszechnego z lat 2003–2011 wykazało, iż w naszym kraju nastąpiły zmiany demograficzne. Liczba ludności wynosi nadal 38mln, jednak mamy mniej dzieci, a więcej osób w wieku poprodukcyjnym. Tendencja ta będzie nasilać się w miarę upływu czasu z następujących dwóch powodów: – wydłużonego życia osób; – spadku dzietności. Polska wykazuje najniższą dzietność w krajach Unii Europejskiej, będącą na granicy bezpieczeństwa demograficznego. Rodzi to zagrożenie zarówno dla rozwoju gospodarczego kraju, jak i bezpieczeństwa zdrowotnego, szczególnie osób w wieku 65+. Seniorzy charakteryzują się bowiem wielochorobowością oraz naturalnym, wynikającym z wieku, osłabieniem siły mięśniowej i pogorszeniem sprawności narządów zmysłów. Tak więc osoby z grupy senioralnej mogą stać się znacznym ciężarem społeczno-ekonomicznym, a także i emocjonalnym dla naszego społeczeństwa, jeżeli nie podjęta zostanie polityka zmniejszająca niepełnosprawność w tej grupie wiekowej, oparta na szeroko rozumianej innowacyjności zarówno technologicznej, farmakologicznej, jak i w zakresie programów aktywizujących środowiska seniorów. Istotnym elementem w tej polityce musi być przywrócenie więzi międzypokoleniowej, która sprzyjać będzie dobrej aktywności fizycznej i kondycji psychicznej seniorów. To istotne zarówno dla zwiększenia ich wkładu w życie społeczne i rodzinne w naszym kraju, jak i zmniejszenie kosztocłonności wynikającej z konieczności opieki socjalnej i zdrowotnej. Walczymy więc nie tylko o wydłużenie życia, ale przede wszystkim o wydłużenie życia w zdrowiu. To misja każdego z nas, mająca nie tylko pierwiastek ekonomiczny, ale i dużą dawkę humanitaryzmu. Krytyczny więc dla systemu będzie rozwój geriatry i opieki społecznej opartej na prozdrowotnych programach adresowanych do osób w wieku poprodukcyjnym. □

Piśmiennictwo:

1. Zdrowe Starzenie się: Biała Księga pod red. Bolesław Samoliński, Filip Raciborski, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR. Warszawa 2013
2. Założenia polityki senioralnej do 2020 roku – dokument rządowy przyjęty w dniu 24 grudnia 2013 roku.

## PROF. MARIA BARCIKOWSKA

Specjalista neurolog i neuropatolog. Kierownik Zespołu Kliniczno-Badawczego Chorób Zwyrodnieniowych CUN IMDiK PAN. Od 1989 roku zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób zwyrodnieniowych mózgu jako klinicysta i naukowiec. Początkowo były to badania neuropatologiczne potem genetyczne i równolegle prowadzone poszukiwania przyżyciowych przedklinicznych biomarkerów chorób zwyrodnieniowych mózgu. Współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, przewodnicząca sekcji Alzheimerowskiego ZG PTN, członek założyciel i obecnie wiceprzewodnicząca i Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego.

### STRESZCZENIE

## ZABURZENIA NEUROLOGICZNE W WIEKU PODESZŁYM

### Choroby najczęściej leczone w gabinecie neurologa

Badania epidemiologiczne opublikowane w 2014 wykazały, że najczęściej na świecie leczy się dolegliwości bólowe związane z dolnym odcinkiem kręgosłupa. Na drugim miejscu jest depresja. Na świecie terapią tych chorób zajmują się lekarze rodzinni, tylko wyjątkowo konsultując się z neurologiem lub ortopedą. W Polsce chorzy z takimi dolegliwościami trafiają najczęściej do neurologa- już chociażby dlatego, że tylko neurolog może wykonać badania neuroobrazowe. Z drugiej strony badania te są w Polsce i na świecie nadużywane i wykonywane bez potrzeby w znakomitej większości przypadków.

### Sukces polskiej neurologii: organizacja leczenia chorych z udarem (w tym najczęściej chorych starych)

Największym sukcesem polskich neurologów jest zorganizowanie skutecznej opieki nad pacjentem z udarem mózgu w fazie ostrej, głównie dzięki prof. Annie Członkowskiej, która kierowała neurologiczną częścią programu POLKARD. W Polsce na udar mózgu choruje blisko 60 tysięcy ludzi rocznie. Obecnie, chorzy ci trafiają natychmiast do szpitala, gdzie otrzymują leczenie, powodujące często pełny powrót funkcji. Leczeni trombolityczne, czyli rozpuszczanie zakrzepu możliwe jest u 10% wszystkich chorych z udarem. W Polsce zbliżamy się do tego wyniku. Leczenie takie powinno się rozpocząć nie później niż po 4,5 godzinach od wystąpienia udaru. W tej chwili istnieje w Polsce ponad sto oddziałów udarowych, ale niedostateczna jest świadomość pilnego leczenia udaru. Gorzej jest także z ambulatoryjną opieką po udarze, która jest w Polsce jeszcze niewystarczająca.

### Porażka: diagnostyka, leczenie i opieka nad chorym z otępieniem

Otępienie w obecnej dobie stanowi największe wyzwanie dla neurologów, gdyż dotyczy 470 tysięcy chorych w wieku podeszłym. Najczęstszą przyczyną otępienia jest proces zwyrodnieniowy toczący się w mózgu w przebiegu choroby Alzheimera. W wieku starszym ważnym procesem towarzyszącym zwyrodnieniu alzheimerowskiemu jest miażdżycza naczyń mózgowych. Otępienie jest spowodowane obumieraniem neuronów z powodu obu tych patologii. W 50% przypadków objawem otępienia są zaburzenia psychiczne. Dlatego na świecie chory z otępieniem pozostaje pod opieką kilku współpracujących ze sobą specjalistów. Są to: neurolog, geriatra, psychiatra i psycholog, którego obecność jest niezbędna szczególnie we wstępnej fazie choroby. Od 2006 roku w ofercie NFZ zlikwidowano Poradnie Zaburzeń Pamięci, nie ma oddziałów alzheimerowskich. NFZ nie uznaje możliwości pracy psychologa w poradni neurologicznej, chociaż występuje on legalnie w przychodni geriatrycznej. Nie ma możliwości wielodyscyplinarnego połączenia działań medycznych i opiekuńczych. W raporcie Instytutu Ochrony Zdrowia z roku 2014 pt. „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” otępienie nie zostało uznane jako problem priorytetowy – inaczej niż we wszystkich cywilizowanych państwach europejskich. □

## PROF. BOLESŁAW RUTKOWSKI

Specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, nefrologii, transplantologii klinicznej i hipertensjologii. Kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Doktor honoris causa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Nefrologii (1992–1999 i 2005–2011) oraz Krajowy Koordynator Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii. W tym czasie wzrosła blisko 8-krotnie liczba (z 2340 w roku 1990 do 17500 w roku 2010) pacjentów leczonych dializami w Polsce. Członek Krajowej Rady Transplantacyjnej przy Ministrze Zdrowia (I kadencja oraz w latach 2011–2012). Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (1998–2004). Od pięciu członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, w którym w listopadzie 2013 objął funkcję Prezesa. Członek wielu krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych. Autor i współautor ponad 800 publikacji (w tym ponad 400 oryginalnych) w czasopismach krajowych i zagranicznych. Redaktor i współredaktor 30 podręczników (w tym 6 podręczników dla pacjentów) oraz 107 rozdziałów.

## PROF. MICHAŁ MYŚLIWIEC

Specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, nefrologii, transplantologii klinicznej, hipertensjologii. Konsultant Wojewódzki ds. Nefrologii w woj. podlaskim. Przewodniczący Zespołu ds. Problemów Wieku Podeszłego Komitetu Nauk Klinicznych PAN. Członek Korespondent Polskiej Akademii Umiejętności.

Do jesieni 2013 kierownik Kliniki Nefrologii i Transplantologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Dziekan Wydziału Lekarskiego w Białymstoku w latach 1996–1999. Twórca białostockiej szkoły nefrologicznej (wychował 10 docentów i profesorów) i białostockiego programu transplantacji nerek. Współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego i Polskiej Unii Transplantacyjnej. Był członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego w latach 2004–2006. Wiceprzewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN przez 2 kadencje. Wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych. Członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułu naukowego przez 2 kadencje. Członek Rady Transplantacyjnej przy Ministrze Zdrowia przez 5 lat. Członek Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego, wyróżniony odznaką „fellow of ERA”. Współautor >700 publikacji naukowych. Miał wykłady w 7 krajach. Członek zespołów redakcyjnych 8 medycznych czasopism polskich i 3 zagranicznych. Redaktor lub współredaktor 7 podręczników medycznych, w tym Wielkiej Interny.

## STRESZCZENIE

### CHOROBY NEFROLOGICZNE W WIEKU STARSZYM

Nerki zmniejszają się wraz z wiekiem, począwszy od 40 r.ż., gdyż ich naczynia twardnieją, a mięsz ulega włóknieniu i szkliwieniu. Zaburzona jest czynność autonomicznego układu nerwowego, upośledzona jest autoregulacja przepływu nerkowego. Powoduje to stopniowy spadek filtracji kłębuszkowej o ok. 1 ml/min/rok oraz zmniejszenie zdolności konserwacji wody i sodu oraz usuwania kwasów z ustroju.

Z wiekiem nerki stają się bardziej podatne na uszkodzenie ze względu na procesy niedokrwienia, działanie toksyn i leków, zwłaszcza niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Często chorzy w wieku podeszłym otrzymują ponad 8 różnych leków, których kombinacje mogą uszkadzać nerki. Szczególnie nadużywane są leki moczopędne, które mogą spowodować odwodnienie. Często stosuje się też leki podwyższające stężenie potasu, co może spowodować nagły zgon pacjenta.

W wieku podeszłym zwiększa się częstość ostrego uszkodzenia nerek oraz przewlekłej choroby nerek (PChN), które mogą prowadzić do schyłkowej niewydolności nerek.

Do przewlekłej choroby nerek usposabiają: starość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, otyłość, neurotoksyczne leki, nefropatia w rodzinie, mała masa urodzeniowa, choroba serca lub/i naczyń obwodowych, choroby autoimmunologiczne i układowe, infekcje, palenie papierosów.

Najczęstsze przyczyny PChN u ludzi w wieku podeszłym to:

- Cukrzyca (tzw. cukrzycowa choroba nerek) Ponad 20% osób >65 r.ż. choruje na cukrzycę. Prowadzi ona jednocześnie do rozwoju zaburzeń sercowo-naczyniowych (często niewydolności serca), oraz PChN.
- Nadciśnienie tętnicze (nadciśnieniowa choroba nerek). W Polsce najczęściej spowodowane jest miażdżycą, występuje u blisko 60% osób w wieku podeszłym.
- Cewkowo-śródmiaższowe zapalenia nerek (bakteryjne i niebakteryjne), często w następstwie zastoju moczu (przerost gruczołu krokowego, opadanie narządu rodne go etc.).
- Kłębuszkowe zapalenie nerek występuje u ludzi starych rzadziej. Najczęściej jest to nefropatia błoniasta z zespołem nercycowym, często będąca nowotworem.

W Polsce leczenie nerkozastępcze (dializy lub transplantacja nerek) dostępne jest dla wszystkich, niezależnie od wieku. Ponad połowa osób obecnie leczonych dializami w Polsce ukończyła 65 rok życia. Stale rośnie liczba osób w podeszłym wieku, kwalifikowanych do przeszczepienia nerek. Z własnych doświadczeń wiemy, że nawet osoby, które ukończyły 80 rok życia osiągają korzyści z transplantacji nerki. □

## PROF. RYSZARDA CHAZAN

Specjalista II st. w dziedzinach: choroby wewnętrzne, kardiologia, choroby płuc, alergologia. Konsultant Wojewódzki ds. Chorób Płuc w woj. mazowieckim. Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych Pneumologii i Alergologii, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Tytuł dr n. med. – rok 1980, stopień dr hab. – rok 1990, tytuł profesora – rok 1995. Członek wielu Komisji (przy Ministrze Nauki, Ministrze Zdrowia, CMKP i NFZ). V-ce Przewodnicząca Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk. Członek Towarzystw Naukowych w kraju i zagranicą między innymi regent Polski w ACCP.

Odznaczona przez Prezydenta RP Złotym Krzyżem Zasługi Krzyżem Kawalerskim Odrodzenia Polski i Krzyżem Oficerskim Odrodzenia Polski, Medalem Edukacji, Medalem za Zasługi dla Służby Zdrowia.

## STRESZCZENIE

### PROBLEMY PULMONOLOGICZNE W WIEKU STARSZYM

Rośnie liczba osób z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, zwłaszcza w wieku podeszłym. Drogi oddechowe są układem najbardziej narażonym na kontakt z czynnikami środowiskowymi świata zewnętrznego. Przyczynami większej zachorowalności na choroby układu oddechowego w wieku podeszłym są przede wszystkim: anatomiczne starzenie się układu oddechowego (większa sztywność klatki piersiowej, mniejsza sprężystość tkanki płucnej, mniejsza siła mięśni oddechowych) oraz upośledzenie mechanizmów obronnych (upośledzenie transportu rzęskowego, zaburzenia odruchu kaszlowego, zmiany odporności humoralnej oraz obniżenie odporności komórkowej).

Największe zagrożenie w wieku podeszłym stanowią: Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) oraz choroby śródmiąższowe, które u wielu chorych prowadzą do przewlekłej niewydolności oddechowej i trwałego inwalidztwa. Chorzy ci wymagają stałej opieki często Domowego Leczenia Tlenem (DLT) i nieinwazyjnej wentylacji w warunkach domowych (NIV).

#### Domowe Leczenie Tlenem (DLT)

W Polsce jest około 100 ośrodków DLT, które leczą około 6 tys. chorych z całkowitą niewydolnością oddechową. Wskaźnik leczonych w Polsce wynosi około 15/100 tys. podczas gdy we Francji wynosił 40/100 tys. już w latach 90., a w Japonii 100/100 tys. Wynika to nie tylko z braku koncentratorów ale także z późnego wykrywania choroby. W Polsce od 30 lat jedynym źródłem tlenu jest stacjonarny koncentrator, podczas gdy w Europie Zachodniej stosuje się także przenośne źródła tlenu.

#### Nieinwazyjna wentylacja w warunkach domowych (NIV)

Jeszcze gorzej wygląda w Polsce problem NIV. Wskaźnik rozpowszechnienia wentylacji domowej to 3–4/100 tys., podczas gdy w Europie wynosi 15–20/100 tys. Obniża to koszty opieki nad przewlekle chorymi głównie za sprawą zmniejszenia liczby i czasu hospitalizacji.

#### Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)

W Europie główną przyczyną stosowania domowej wentylacji jest POChP i zespół hypowentylacyjny otyłych. W Polsce ponad 50% chorych jest wentylowanych inwazyjnie przez tracheostomię, podczas gdy w Europie Zachodniej tylko u kilku procent pozostałych stosuje się NIV. POChP – choroba nikotyno – zależna rozwija się przez wiele lat podstępnie, zanim – najczęściej po 65. r.ż. – doprowadzi do kwasicy oddechowej wymagającej NIV. Należy ją wcześniej rozpoznawać.

Z wiekiem rośnie też częstość zachorowań na samoistne włóknienie płuc, szybko prowadzące do niewydolności oddechowej. Najczęściej dotyczy kobiet po 65. r.ż.

Po 65. r.ż. wzrasta znacznie liczba zakażeń układu oddechowego w tym pozaszpitalnych zapaleń płuc (PZP), ale też innych infekcji w tym zakażeń wirusowych i drobnoustrojami atypowymi. PZP stanowi około 10% wszystkich przypadków zakażeń dolnych dróg oddechowych. Zapadalność na PZP wynosi w populacji osób dorosłych około 10 osób /1000/ rok ale w grupie powyżej 65. r.ż. do 40 /1000/rok. U osób po 65. r.ż. zapalenia płuc mają znacznie cięższy, i obarczony większą śmiertelnością przebieg, i są trudniejsze do rozpoznania i leczenia. Częściej są też powikłaniem grypy, a zachorowalność na grypę u osób po 65. r.ż. zmniejszają szczepienie przeciwgrypowe.

W wieku podeszłym wzrasta częstość występowania zespołu bezdechów sennych, co jest wynikiem większej wiotkości podniebienia miękkiego i górnych dróg oddechowych. Przebieg choroby jest często cięższy i trudniej się leczy. W tej grupie wiekowej znaczna część bezdechów jest pochodzenia centralnego. Gorzej odpowiadają one na leczenie dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych, które to stanowi skuteczną protezę oddechową u chorych z bezdechem obturacyjnym.

Coraz częściej u osób po 65. r.ż. rozpoznajemy też astmę – postać nie atopową, często poinfekcyjną, zwykle trudną do leczenia, kortykosteroidoporną.

Z wiekiem rośnie też częstość zachorowań na raka płuca, najwyższy odsetek dotyczy mężczyzn po 65. r.ż. □



## PROF. GRZEGORZ OPOLSKI

Specjalista w dziedzinie kardiologii. Konsultant Krajowy w Dziedzinie Kardiologii. Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Członek korespondent PAN. Przewodniczący Rady Programowej Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD w latach 2003–2010. Członek Rady naukowej Instytutu Kardiologii oraz Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej. Zainteresowania naukowe obejmują: niewydolność serca, chorobę wieńcową i zaburzenia rytmu, a zwłaszcza migotanie przedsionków i elektrostymulację serca. Współautor około 500 artykułów naukowych. Współredaktor ponad 40 książek, między innymi: „Ostre zespoły wieńcowe”, „Leki hamujące układ renina-angiotensyna-aldosteron”, „Migotanie przedsionków”, „Opieka paliatywna w niewydolności serca”.

### STRESZCZENIE

## PROBLEMY KARDIOLOGICZNE W WIEKU STARSZYM

Wiek jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wraz z wiekiem wzrasta częstość występowania nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, choroby wieńcowej, niewydolności serca, wad serca, arytmii serca, a zwłaszcza migotania przedsionków. Wydłużenie życia i starzenie się społeczeństwa oraz poprawa skuteczności leczenia ostrego zawału serca spowoduje istotne zwiększenie występowania niewydolności serca, która stanowi główną przyczynę hospitalizacji osób powyżej 65. roku życia. Diagnostyka kardiologiczna u osób w wieku podeszłym jest utrudniona ze względu na występowanie nietypowych objawów oraz problemy z interpretacją badań diagnostycznych. Leczenie choroby sercowo-naczyniowej u osób w wieku podeszłym wymaga nie tylko określenia stopnia zaawansowania choroby podstawowej, lecz także uwzględnienie chorób współistniejących, które mogą rzutować na skuteczność i bezpieczeństwo zastosowanej terapii. Przyjmowane leki sercowo-naczyniowe mogą u starszych chorych w zmienny sposób podlegać absorpcji i metabolizmowi, jak również zmieniać farmakokinetykę i farmakodynamikę innych zażywanych leków. Chorzy w tej grupie często regularnie stosują kilka grup leków, w tym np. niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), które zmniejszają skuteczność terapii hipotensyjnej i nasilają objawy niewydolności serca. Pacjenci w wieku podeszłym ze względu na zaawansowanie choroby podstawowej serca wymagają często leczenia zabiegowego (rewaskularyzacja wieńcowa, wymiana zastawek, wszczępienie stymulatora serca i kardiowertera-defibrylatora). Jednocześnie chorzy ci obciążeni są większym ryzykiem powikłań leczenia operacyjnego. W ostatnich latach obserwujemy dynamiczny rozwój technik małoinwazyjnych, zwłaszcza w zakresie przezcewnikowej naprawy wad zastawkowych (stenozy aortalnej i niedomykalności mitralnej). W grupie chorych w wieku podeszłym ze względu na choroby współistniejące szczególne znaczenie nabiera leczenie wielospecjalistyczne.

Zostaną omówione następujące zagadnienia:

- wpływ procesu starzenia na zmiany w układzie sercowo-naczyniowym
- wpływ wydłużenia życia na zmiany w epidemiologii chorób sercowo-naczyniowych
- odrębności diagnostyki kardiologicznej pacjentów w wieku podeszłym
- odrębności terapii kardiologicznej pacjentów w wieku podeszłym
- nowe opcje terapeutyczne (zabiegi elektroterapii, przezcewnikowe zabiegi implantacji i naprawy zastawek serca). □



## PROF. MAREK SOSNOWSKI

Specjalista w dziedzinie urologii. Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii. Kierownik I Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów.

Od 1972 roku pracuje Akademii Medycznej a później na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, przechodząc wszystkie szczeble kariery nauczyciela i pracownika naukowego wyższej Uczelni. Jest Autorem lub współautorem ponad 300 prac naukowych. Główne zainteresowania to urologia onkologiczna i zabiegi endoskopowe oraz minimalnie inwazyjne w urologii. Od 10 lat kieruje I Kliniką Urologii w USK im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi. W latach 2008–2012 kierował towarzystwem naukowym, pełniąc funkcję Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

### STRESZCZENIE

## PROBLEMY UROLOGICZNE W WIEKU STARSZYM

Urologia jest jedną ze specjalności chirurgicznych, której szczególnie mocno dotyczą problemy demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa. Problemy dotyczące narządów układu moczowo-płciowego są spotykane powszechnie u osób starszych, a troska o pacjentów w wieku powyżej 65 lat stanowi znaczną część codziennej praktyki wielu urologów. Oceniono wg. badań amerykańskich autorów, że około 45% porad lekarskich i 62% zabiegów i operacji urologicznych jest przeprowadzanych przez urologów u chorych powyżej 65. roku życia. (*Drach 2003 – Geriatric urology. J.Am.Ger Soc.*)

Najczęściej występujące i najważniejsze problemy urologiczne dotyczące osób starszych dotyczą następujących schorzeń:

- nietrzymanie moczu,
- zakażenia układu moczowego,
- łagodny rozrost gruczołu krokowego u mężczyzn,
- nowotwory złośliwe; rak gruczołu krokowego u mężczyzn i rak pęcherza moczowego i mężczyzn i kobiet.

Nietrzymanie moczu o różnej etiologii, dotyczy aż 25%–30% dorosłych > 65. r.ż., a wśród osób starszych przebywających w domach opieki odsetek ten sięga nawet 50%–84%. Nietrzymanie moczu powoduje wiele niekorzystnych skutków medycznych, psychospołecznych i ekonomicznych. U osób z nietrzymaniem moczu częściej dochodzi do zakażeń dróg moczowych, owrzodzeń, niewydolności nerek i zwiększenia śmiertelności. Zaburzenia psychospołeczne obejmują obniżoną samoocenę pacjenta, ograniczenia życia towarzyskiego i seksualnego, depresję i w przypadku nasilenia dolegliwości, zależność od opiekunów. Prawidłowo postawione rozpoznanie i ustalenie sposobu leczenia różnych postaci nietrzymania moczu przynoszą dobre efekty. Ocenia się jednak, że aż 50–70% kobiet z nietrzymaniem moczu w starszym wieku nie poszukuje pomocy medycznej i nie stosuje żadnego leczenia. Chorzy z nietrzymaniem moczu zgłaszają się po pomoc lekarską niekiedy po 6–9 latach od wystąpienia pierwszych objawów. Tymczasem u osób starszych wiele postaci nietrzymania moczu ma charakter przejściowy i jest spowodowana czynnikami, które można leczyć lub modyfikować. Głównym zaś celem postępowania terapeutycznego u osoby starszej powinna być poprawa codziennego funkcjonowania i jakości życia.

### Zakażenia układu moczowego u osób starszych

Wraz z wiekiem zakażenia układu moczowego oraz bakteriuria bezobjawowa wzrastają u kobiet do 10%–20% w wieku 65–80 lat. U mężczyzn bakteriuria objawowa i bezobjawowa występuje rzadziej (0,1%–1%) aż

do około 60. r.ż., ale u starszych mężczyzn jej częstość wzrasta do 5%–10%. Częstość bakteriurii wzrasta nie tylko z wiekiem, ale również z powodu schorzeń towarzyszących. Podstawową formą obrony przed zakażeniami układu moczowego jest prawidłowa czynność pęcherza moczowego i jego całkowite opróżnianie po mikcji. Bakterie, które mogą dostać się do dróg moczowych na skutek złej higieny czy po cewnikowaniu, są w normalnych warunkach wypłukiwane z pęcherza moczowego prawidłowym strumieniem moczu. Kiedy opróżnianie pęcherza moczowego staje się utrudnione, wskutek osłabienia czynności mięśnia wypieracza lub obecności przeszkody podpęcherzowej, wtedy może dochodzić łatwo do kolonizacji szczepami bakteryjnymi i (lub) zakażenia. Starsi pacjenci mogą odczuwać nietypowe dolegliwości związane z zakażeniem dróg moczowych: nietrzymanie moczu, ból brzucha, senność, trudności w oddychaniu, brak łaknienia czy zaburzenia psychiczne. W bardziej nasilonych infekcjach pojawiają się gorączka, dreszcze, nudności i wymioty. Pacjenci z bakteriurią bezobjawową najczęściej nie muszą być leczeni antybiotykiem, ale decyzja powinna być podejmowana indywidualnie. Problemy diagnostyczne i terapeutyczne mogą występować u chorych na cukrzycę, u osób po urazach rdzenia kręgowego czy z zaburzeniami odporności niezależnie od przyczyny. Typowe czynniki ryzyka wystąpienia zakażeń układu moczowego to obecność cewników w drogach moczowych, zaburzenia anatomiczne dróg moczowych, utrudnione oddawanie moczu, spowodowane najczęściej przeszkodą podpęcherzową, oraz choroby współistniejące.

### Łagodny Rozrost Gruczołu Krokowego (ŁRGK)

Około 50%–60% 60-letnich mężczyzn zgłasza występowanie objawów ze strony dolnych dróg moczowych (LUTS), z których znaczny odsetek jest spowodowanych przez łagodny rozrost gruczołu krokowego. Ustalenie prawidłowego rozpoznania przyczyn tych dolegliwości umożliwia wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego, łagodzącego znacznie objawy (LUTS) oraz zapobieganie dalszemu rozrostowi stercza i zmniejszenie ryzyka zatrzymania moczu oraz konieczności operacyjnego leczenia ŁRGK. Podstawowe grupy stosowanych leków to: blokujące receptory alfa-adrenergiczne i inhibitory 5alfa-reduktazy. W przypadku braku powodzenia w leczeniu farmakologicznym lub występowania powikłań z powodu ŁRGK, pacjentów poddajemy leczeniu zabiegowemu; otwartemu lub endoskopowemu. Z powodu objawów LUTS leczymy w Polsce około 2 mln mężczyzn a poddanych leczeniu zabiegowemu ŁRGK jest rocznie około 14 tysięcy chorych. Przeważają zabiegi endoskopowe; elektroresekcja, waporyzacja, lasery itp. Wdrożenie leczenia farmakologicznego w chorobach stercza jest dużym sukcesem ostatnich lat, a postępy w stosowaniu technik małoinwazyjnych sprzyja zmniejszaniu powikłań śród- i pooperacyjnych.

### Nowotwory złośliwe; rak gruczołu krokowego u mężczyzn i rak pęcherza moczowego u mężczyzn i kobiet

**Rak Gruczołu Krokowego (RGK)** jest 2. co do częstości występowania nowotworem złośliwym u mężczyzn i 3. przyczyną ich zgonu z powodu nowotworu. Jego częstość występowania zwiększa się z wiekiem, szczególnie od 6. dekady życia. Urologzy po badaniach diagnostycznych u mężczyzn rozpoznają około 10 tysięcy nowych zachorowań na RGK. Z tej liczby około 70% pacjentów poddawanych leczeniu radykalnemu; operacyjnemu lub radioterapii. Około 45 tysięcy mężczyzn chorych na RGK z powodu zaawansowanej postaci choroby lub jej nawrotu jest leczona hormonalnie – blokadą androgenową. Dzięki współpracy urologów z onkologami i radioterapeutami oraz wprowadzeniu nowych leków zwiększyło się znacznie przeżycie w tym schorzeniu. Mimo to śmiertelność jest nadal wysoka (>4 tys. zgonów rocznie).

**Rak Pęcherza Moczowego (RPM)** jest również jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych występujących u osób w wieku starszym, zwłaszcza między 60. a 80. r.ż. W Polsce jest to 4. co do częstości występowania nowotwór u mężczyzn i 13. u kobiet.

Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące raka pęcherza moczowego w naszym kraju kształtują się niepokojąco na tle innych państw Europy, gdzie obserwuje się zmniejszanie zarówno zachorowalności, jak

i umieralności. W Polsce odnotowano w latach 1991–2006 niezwykle dynamiczny, bo sięgający aż 59%, wzrost zachorowań na raka pęcherza moczowego. Co więcej, kraj nasz zajmuje 2. (po Hiszpanii) miejsce w Europie pod względem umieralności na ten nowotwór. W roku 2010 odnotowaliśmy 6296 zachorowań na raka pęcherza moczowego (w tym 4919 u mężczyzn i 1377 u kobiet). To stanowi około 30% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe tego układu.

W nadchodzących latach przewiduje się w Polsce narastanie liczby zachorowań i zgonów z powodu Rpm. U większości chorych (75%–85%) jest on rozpoznawany w postaci nieinwazyjnej, jednak częstość nawrotów po leczeniu za pomocą elektroresekcji przezcewkowej sięga aż 50%–70% w ciągu 5 lat. Roczny wzrost zachorowalności u mężczyzn wynosi obecnie 2,4%, u kobiet zaś aż 5,8%. Wzrost zachorowań obliczony od 1991 do 2006 r. wyniósł 35,9% w odniesieniu do mężczyzn oraz aż 86,6% dla kobiet. Kraj nasz cechuje bardzo wysoka umieralność na raka pęcherza moczowego (8,0 na 100 tys. mieszkańców), utrzymująca się od wielu lat na jednym z najwyższych poziomów w Europie.

Podstawowym leczeniem nieinwazyjnej postaci Rpm jest elektroresekcja przezcewkowa guza w pęcherzu i okresowa kontrola cystoskopowa pęcherza celem wykrycia wznowy. Raka naciekającego, inwazyjnego leczymy radykalnie, usuwając pęcherz moczowy. Wykonujemy rocznie około 24 tysięcy elektroresekcji przezcewkowych oraz 1700 zabiegów radykalnych. W celach diagnostycznych i kontrolnych przeprowadzanych jest około 50 tysięcy cystoskopii. W bieżącym roku w związku z nowymi zarządzeniami Prezesa NFZ z ubiegłego roku, badania diagnostyczne nowotworów układu moczowego powinny być przeprowadzane w ramach poradni specjalistycznych urologicznych a nie w ramach hospitalizacji. W tej sytuacji przy braku odpowiednich nakładów finansowych dla poradni urologicznych przewidujemy dalsze zwiększenie kolejek do specjalisty urologa oraz poważne problemy w diagnozowaniu nowotworów układu moczowego. □

## PROF. HENRYK SKARŻYŃSKI

Specjalista otorynolaryngolog, audiolog i foniatra. Światowej sławy otochirurg. Konsultant Krajowy w Dziedzinie Otorynolaryngologii. Pierwszy w Polsce wszczepił implanty: ślimakowe (1992), do pnia mózgu (1998), ucha środkowego (2003). Pierwszy w świecie wszczepił implant ślimakowy pacjentowi dorosłemu z częściową głuchotą w 2002 r. i pierwszemu w świecie dziecku w 2004 r. Był szefem zespołu, który pierwszy w świecie dokonał bilateralnego wszczepienia implantów do pnia mózgu (2008). Autor wielu pionierskich rozwiązań chirurgicznych, naukowych i organizacyjnych.

W roku 2012 w Kajetanach pod Warszawą wybudował i zorganizował Światowe Centrum Słuchu, którego jest pomysłodawcą, założycielem i dyrektorem. Inicjator i organizator drugiego w Europie ośrodka „Cochlear Center” (1993), pomysłodawca i organizator resortowego Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (1996) i Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy (2003).

W 1998 roku został Profesorem Honorowym Brigham Young University Provo, USA. Dwukrotnie uhonorowany tytułem doctora honoris causa: w roku 2011 Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, a w roku 2012 – Uniwersytetu Warszawskiego. Jest członkiem – z wyboru – najważniejszych w swojej dziedzinie międzynarodowych towarzystw naukowych o zasięgu światowym – Pierwszy w historii członek Amerykańskiego Towarzystwa Otologów pochodzący z Polski, członek światowych towarzystw CORLAS, POLITZER, ISA, IAO oraz europejskich EAONO i EFAS i wielu innych. Przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN, honorowy członek polskiego i słowackiego towarzystwa otolaryngologów. Jest laureatem najwyższych nagród państwowych – Prezydenta, Premiera, Ministra Zdrowia, Ministra Nauki i Ministra Spraw Zagranicznych, samorządowego środowiska medycznego oraz ponad 100 prestiżowych nagród i wyróżnień przyznawanych w kraju i za granicą. Jest odznaczony przez Prezydenta RP Krzyżem Kawalerskim, Oficerskim i Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski oraz państwowymi odznaczeniami zagranicznymi przyznanymi przez Króla Belgii, Prezydenta Ukrainy i Prezydenta Gruzji, a także Medalem Papieskim przyznanym przez Papieża Franciszka. Profesor Henryk Skarżyński został Honorowym Obywatelom Warszawy w 2010 r.

Profesor Skarżyński jest autorem i współautorem ponad 2500 opracowań naukowych krajowych i zagranicznych opublikowanych i zaprezentowanych podczas konferencji naukowych w kraju i świecie. Jest autorem 15 patentów.

### STRESZCZENIE

## ZNACZENIE PROBLEMU ZABURZEŃ KOMUNIKACJI

Starzejące się społeczeństwo jest wyzwaniem dla specjalistów wszystkich dziedzin medycyny. Jednakże w otolaryngologii mamy szczególnie wiele do zrobienia. Dla utrzymania sprawności i niezależności osób w wieku senioralnym istotna jest bowiem umiejętność komunikowania się. We współczesnym świecie ma ono zasadnicze znaczenie. Na początku XX wieku o pozycji człowieka w społeczeństwie decydowały w 93% umiejętności manualne, obecnie miejsce to wyznacza w 94% zdolność komunikowania się i przyswajania informacji.

Nie można pozostawać aktywnym bez sprawnych narządów zmysłów, wzroku czy słuchu. Tymczasem w obecnym świecie coraz więcej osób – zwłaszcza tych, wkraczających w wiek senioralny – ma problemy ze słuchem. To nie tylko utrudnia komunikację, ale też zwiększa ryzyko wystąpienia innych zaburzeń. U osób starszych, cierpiących na lekki niedosłuch aż dwukrotnie zwiększa się ryzyko depresji, u osób z niedosłuchem średnim – trzykrotnie, a u pacjentów z niedosłuchem głębokim – aż pięciokrotnie.

Ponadto u osób po 65 roku życia z zaburzeniami słuchu występują:

- u 33% zaburzenia funkcji poznawczych
- u 80% epizody zaburzeń pamięci
- u 90% prawdopodobieństwo wystąpienia choroby Alzheimera.

Optymistyczne, że dziś możemy pomóc prawie każdemu pacjentowi z zaburzeniami słuchu – od dziecka po stulatka. To ważne, bo – co było już wielokrotnie podkreślane – starzenie zaczyna się w dzieciństwie. A nawet wcześniej, w życiu płodowym. Kształtowanie słuchu rozpoczyna się w okresie prenatalnym. Droga słuchowa jest wówczas głównym kanałem kontaktu – nienarodzone dziecko słyszy, a docierające do niego dźwięki wpływają na jego rozwój. Muzyka, której słucha matka może zwiększać ilość połączeń nerwowych w rozwijającym się mózgu. Wniosek jest więc prosty: już życie płodowe wpływa na to, jaka będzie nasza starość.

Dla kondycji przyszłych pokoleń ważne jest, aby jak najlepiej troszczyć się o zdrowie najmłodszych. Dotyczy to także ich słuchu. Wiedza, technologie i umiejętności, jakimi dziś dysponujemy, pozwalają na wczesne wykrywanie i leczenie niedosłuchów i zaburzeń. Dzieciom, które rodzą się z głębokim niedosłuchem albo jako niesłyszące już w szóstym miesiącu życia wszczepiamy implanty ślimakowe. To zabieg konieczny, bo dziecko, które zaczyna słyszeć, zaczyna też mówić (wady słuchu hamują rozwój mowy). Rozwijają się prawidłowo.

Niedosłuch to problem ok. 20% dzieci w wieku szkolnym (może być on np. efektem infekcji usznych albo skutkiem ekspozycji na hałas). Jego wczesne wykrycie gwarantują badania przesiewowe, których program konsekwentnie wdrażamy od lat 90. Dzieciom w wieku szkolnym zapewniamy też kompleksową terapię – leczenie przy użyciu efektywnych urządzeń wszczepialnych oraz rehabilitację słuchu.

Naszym zadaniem jest także pomoc szerokiej grupie pacjentów w wieku senioralnym, którym komunikowanie się z otoczeniem utrudnia niedosłuch, najczęściej w zakresie wysokich częstotliwości. Może on być efektem dyskretnych uszkodzeń w obrębie ucha wewnętrznego, będących następstwem m.in. niedoborów krążeniowych, ale także skutkiem ekspozycji na hałas czy ototoksycznego działania leków. Niedosłuch związany z wiekiem może narastać już od czwartej dekady życia i postępować bardzo indywidualnie, osiągając różny poziom w następnych okresach życia. Szacuje się, że dotyczy ok. 50% osób po 65 roku życia, statystycznie częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet.

Obecnie mamy duże możliwości leczenia tej grupy osób. Prócz różnych typów aparatów słuchowych w terapii zaburzeń związanych z wiekiem wykorzystuje się także implanty:

- ślimakowe, które są wszczepiane do schodów bębenka w części ucha wewnętrznego zwanego ślimakiem;
- implanty ucha środkowego,
- implanty/aparaty na przewodnictwo kostne, wszczepiane do kości lub mocowane do czaszki,
- inne implanty słuchowe, których celem jest jak najlepsze przeniesienie dźwięku do ucha wewnętrznego lub bezpośrednio stymulujące ucho wewnętrzne. □



## NOTATKI

---

