

**X Zjazd  
Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego**

**STRESZCZENIA**

*Białystok, 16–18 czerwca 2005 roku*



## TEMATYKA KLINICZNA

1

### Przewlekła niewydolność układu krążenia u chorych w starszym wieku

Zygmunt Chodorowski

*I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc AM (Gdańsk, Polska)*

Zespół przewlekłej niewydolności serca (PNS) jest klinicznym wyrazem zaburzeń hemodynamicznych, neuroendokrynych i metabolicznych. W PNS wzrasta aktywność układu renina-angiotensyna-aldosteron i układu adrenergicznego oraz sekrecja endoteliny-1, wazopresyny i niektórych cytokin. Dla zniwelowania ich szkodliwego wpływu, w ustroju zostają uruchomione czynniki adaptacyjne o działaniu przeciwnym (przedsionkowy i mózgowy peptyd natriuretyczny, prostaglandyny, adrenomedulina, dopamina). Po różnie długim okresie względnej równowagi przeważają mechanizmy patologiczne powodujące obkurczenie naczyń tętniczych i żylnych, retencję sodu i wody w ustroju, przeciążenie wstępne i następne, przerost i przebudowę mięśnia sercowego.

Kliniczne rozpoznanie PNS zwłaszcza w początkowych stadiach rozwoju może być utrudnione. Obecnie coraz częściej w diagnostyce PNS wykorzystuje się typ B hormonu natriuretycznego.

W leczeniu skurczowej dysfunkcji lewej komory stosuje się inhibitory ACE, leki  $\beta$ -adrenolityczne, spironolakton, glikozydy naparstnicy, diuretyki pętlowe lub tiazydowe. W rozkurczowej PNS wskazane jest podawanie  $\beta$ -adrenolityków, inhibitorów ACE i leków moczopędnych w dawkach niepowodujących nadmiernego spadku obciążenia wstępnego i napływu komorowego oraz zmniejszenia objętości wyrzutowej komór. Leczenie przeciwzakrzepowe w PNS nie zmniejsza istotnie częstości zatorów obwodowych i płucnych, z wyjątkiem współwystępującego migotania przedsionków. Przewlekła terapia przeciwarytmiczna jest na ogół nieskuteczna lub wręcz szkodliwa; najważniejszym wyjątkiem są  $\beta$ -adrenolityki, stosowane w leczeniu PNS. Resynchronizacja zaburzeń skurczu komór serca z wydłużeniem zespołu QRS powyżej 130 msek przynosi poprawę hemodynamiki krążenia i jakości życia, jednakże nadal trwają poszukiwania bardziej ścisłych wskaźników do wykonywania tego zabiegu tylko u chorych odpowiadających pozytywnym rezultatem na ten sposób leczenia.

W leczeniu PNS u chorych w wieku podeszłym należy uwzględnić ograniczoną zdolność do metabolizowania i wydania leków oraz większą częstość rozkurczo-

wej PNS, która wyklucza stosowanie glikozydów naparstnicy. Starsi chorzy są bardziej narażeni na ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych w trakcie leczenia PNS. Dlatego przed wdrożeniem terapii u osób w wieku podeszłym obowiązuje ocena wskaźników czynności wątroby i nerek oraz wskazane jest określenie frakcji wyrzutowej lewej komory w celu ustalenia optymalnego dawkowania leków.

2

### Wpływ melatoniny na wybrane parametry stresu oksydacyjnego u osób w podeszłym wieku z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym (badania wstępne)

Katarzyna van Marke de Lumen<sup>1</sup>,  
Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>2</sup>,  
Jolanta Czuczejko<sup>1</sup>, Karolina Szewczyk-Golec<sup>1</sup>,  
Hanna Pawluk<sup>1</sup>, Jadwiga Motyl<sup>2</sup>,  
Tomasz Kornatowski<sup>3</sup>, Józef Kędziora<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UMK (Toruń, Polska), CM im L. Rydygiera, Katedra i Zakład Biochemii (Bydgoszcz, Polska);

<sup>2</sup>UMK (Toruń, Polska), CM im L. Rydygiera, Katedra i Klinika Geriatrii (Bydgoszcz, Polska); <sup>3</sup>UMK (Toruń, Polska) CM im L. Rydygiera, Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii (Bydgoszcz, Polska)

**Wstęp.** Wpływ suplementacji melatoniną na wybrane parametry stresu oksydacyjnego u osób w podeszłym wieku z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 10 pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym, leczonych diuretykami (śr. wieku 80,2 ± 10 lat). Grupę kontrolną stanowiło 8 pacjentów bez chorób przewlekłych (śr. wieku 79,4 ± 6 lat). Pacjenci przyjmowali 5 mg melatoniny (firmy LEKAM) na godzinę przed snem. Oznaczenia wykonano przed rozpoczęciem i po 30 dniach suplementacji. W pełnej krwi oznaczano stężenie glutationu (GSH) według Beutlera, w surowicy stężenie melatoniny metodą ELISA oraz stężenie grup karbonylowych w białkach według Levina i wsp., a w hemolizacie stężenie związków reagujących z kwasem tiobarbiturowym (głównie dialdehydu malonowego — MDA) według Placera i wsp. oraz aktywność dysmutazy ponadtlenukowej (SOD-1), katalazy (CAT) i peroksydazy glutationowej (GSH-Px) metodą Misra i Fridovicha, Beersa i Sizera, Paglia i Valentine'a (odpowiednio).

**Wyniki.** U osób z nadciśnieniem tętniczym w porównaniu z grupą kontrolną zaobserwowano: wyższe stężenie MDA i grup karbonylowych, niższą aktywność SOD-1, CAT, GSH-Px, niższe stężenie GSH i melatoniny (brak różnic znamiennej statystycznie). Po zakoń-

czeniu suplementacji w obu grupach wykazano znaczne statystycznie obniżenie stężenia MDA: w grupie badanej z  $0,293 \pm 0,03$  do  $0,219 \pm 0,05 \mu\text{g/gHb}$  ( $p < 0,001$ ), a w kontrolnej z  $0,289 \pm 0,04$  do  $0,225 \pm 0,04 \mu\text{g/gHb}$  ( $p < 0,004$ ) oraz wzrost aktywności SOD-1: w grupie badanej z  $2557,1 \pm 300$  do  $2974,8 \pm 532 \text{ U/g/100 ml}$  ( $p < 0,01$ ), a w kontrolnej z  $2745,5 \pm 279$  do  $3227,1 \pm 377 \text{ U/g/100 ml}$  ( $p < 0,01$ ). Zaobserwowano także wzrost stężenia melatoniny, w przypadku grupy badanej znamienne statystycznie z  $6,06 \pm 4,9$  do  $15,8 \pm 11,1 \text{ pg/ml}$  ( $p < 0,02$ ). W przypadku pozostałych parametrów po suplementacji nie wykazano znamienych statystycznie różnic.

**Wnioski.** Badanie wskazuje na nasilenie stresu oksydacyjnego u osób w podeszłym wieku z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym oraz korzystny antyoksydacyjny efekt suplementacji melatoniną, co może mieć implikacje terapeutyczne.

### 3

#### Wybrane parametry stresu oksydacyjnego u chorych na cukrzycę typu 2 w wieku podeszłym

Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>1</sup>, Hanna Pawluk<sup>2</sup>, Leszek Szadujkis-Szadurski<sup>3</sup>, Michał Karasek<sup>4</sup>, Maria Koter<sup>5</sup>, Jolanta Czuczejko<sup>6</sup>, Karolina Szewczyk-Golec<sup>6</sup>, Jadwiga Motyl<sup>1</sup>, Mariusz Kozakiewicz<sup>6</sup>, Józef Kędziora<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CMK (Toruń, Polska) CM im. L. Rydygiera, Katedra i Klinika Geriatrii (Bydgoszcz, Polska); <sup>2</sup>CMK (Toruń, Polska) CM im. L. Rydygiera, Katedra i Zakład Biochemii (Bydgoszcz, Polska); <sup>3</sup>CMK (Toruń, Polska), CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii (Bydgoszcz, Polska); <sup>4</sup>Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Klinika Endokrynologii i Terapii Izotopowej, Uniwersytet Medyczny, Katedra Patomorfologii, Zakład Mikroskopii Elektronowej (Łódź, Polska); <sup>5</sup>Uniwersytet Łódzki, Wydział Biologii i Ochrony Środowiska, Katedra Biofizyki Środowiska (Łódź, Polska); <sup>6</sup>UMK (Toruń, Polska), CM im. L. Rydygiera, Katedra i Zakład Biochemii (Bydgoszcz, Polska)

Celem badań było oznaczenie wybranych parametrów stresu oksydacyjnego we krwi chorych na cukrzycę typu 2 w wieku podeszłym.

Badania wykonano u 22 osób chorych w wieku 61–95 lat oraz 33 osób zdrowych w wieku 21–48 lat i 33 osób powyżej 65 r. (65–97 lat), które stanowiły grupę kontrolną. U wszystkich badanych oznaczano następujące parametry stresu oksydacyjnego: stężenie: dialdehydu malonowego (MDA) (wg Placera, 1966), grup karbonylowych (wg Levine i wsp., 1990), aktywność: dysmutazy ponadtlenkowej (SOD) (wg Misry i Fridovicha, 1972) i katalazy (CAT) (wg Beersa i Sizera, 1952). Dodatkowo wykonano oznaczenie stężenia melatoniny metodą ELISA.

U chorych na cukrzycę stwierdzono statystycznie ( $p < 0,0006$  i  $p < 0,00001$ ) wyższe stężenie MDA ( $0,285 \pm 0,03 \text{ mmol/gHb}$ ) w hemolizacie krwi w porównaniu z wartością tego parametru u osób zdrowych młodych ( $0,243 \pm 0,03 \text{ mmol/gHb}$ ) i wieku podeszłym ( $0,215 \pm 0,03 \text{ mmol/gHb}$ ). U chorych na cukrzycę zaobserwowano istotnie wyższe stężenie grup karbonylowych ( $0,129 \pm 0,07 \text{ nmol/mg białka}$ ) w osoczu, które stanowią istotny marker stresu oksydacyjnego w porównaniu z grupą kontrolną zdrowych osób młodych  $0,079 \pm 0,02 \text{ nmol/mg białka}$  i starych  $0,087 \pm 0,03 \text{ nmol/mg białka}$  z  $p < 0,003$  i  $p < 0,01$ . U chorych spośród badanych w hemolizacie enzymów tylko aktywność SOD ( $2750,0 \pm 414,79 \text{ U/gHb/100ml}$ ) była istotnie niższa ( $p < 0,0001$ ) w odniesieniu do aktywności tego parametru u osób młodych ( $3234,80 \pm 348,22 \text{ U/gHb}$ ). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w aktywności CAT między badanymi grupami. Aktywność tego enzymu u osób chorych i w grupie kontrolnej młodych i w podeszłym wieku wynosiła odpowiednio  $23,05 \pm 3,96$ ,  $21,98 \pm 5,35$ ,  $23,60 \pm 3,94 \text{ BU/gHb}$ . Ponadto w surowicy u chorych z cukrzycą stwierdzono statystycznie ( $p < 0,0008$ ) niższe stężenie hormonu szyszynki, a jednocześnie antyoksydanta, melatoniny ( $20,98 \pm 13,19 \text{ pg/ml}$ ) w odniesieniu do osób zdrowych powyżej 65 roku życia ( $54,33 \pm 18,03 \text{ pg/ml}$ ). Wyniki badań mogą wskazywać na nasilenie stresu oksydacyjnego u chorych z cukrzycą typu 2 w wieku podeszłym.

### 4

#### Wpływ melatoniny na wybrane parametry stresu oksydacyjnego u chorych na cukrzycę typu 2 w wieku podeszłym

Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>1</sup>, Hanna Pawluk<sup>2</sup>, Tomasz Kornatowski<sup>3</sup>, Leszek Szadujkis-Szadurski<sup>4</sup>, Michał Karasek<sup>5</sup>, Maria Koter<sup>6</sup>, Jolanta Czuczejko<sup>2</sup>, Karolina Szewczyk-Golec<sup>2</sup>, Jadwiga Motyl<sup>1</sup>, Mariusz Kozakiewicz<sup>2</sup>, Józef Kędziora<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UMK (Toruń, Polska), CM im. L. Rydygiera, Klinika i Katedra Geriatrii (Bydgoszcz, Polska); <sup>2</sup>UMK Toruń, CM im. L. Rydygiera, Katedra i Zakład Biochemii (Bydgoszcz, Polska); <sup>3</sup>UMK (Toruń, Polska) CM im. L. Rydygiera, Klinika i Zakład Farmakologii i Terapii (Bydgoszcz, Polska); <sup>4</sup>UMK (Toruń, Polska) CM im. L. Rydygiera, Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii (Bydgoszcz, Polska); <sup>5</sup>Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Klinika Endokrynologii i Terapii Izotopowej, Uniwersytet Medyczny, Katedra Patomorfologii, Zakład Mikroskopii Elektronowej (Łódź, Polska); <sup>6</sup>Uniwersytet Łódzki, Wydział Biologii i Ochrony Środowiska, Katedra Biofizyki Środowiska (Łódź, Polska)

Celem badań była ocena stężenia endogennej melatoniny oraz modyfikujący wpływ preparatu tego hormonu na wybrane parametry stresu oksydacyjnego we krwi chorych na cukrzycę typu 2.

Badania wykonano u 22 osób w wieku 61–95 lat chorych na cukrzycę, którym podawano melatoninę w dawce 5 mg na godzinę przed snem oraz u 33 osób zdrowych w wieku 65–97 lat.

U badanych oznaczano parametry stresu oksydacyjnego przed i po 30 dniach podawania preparatu melatoniny. Oznaczano — stężenie: dialdehydu malonowego MDA (wg Placera) i grup karbonylowych (wg Levine) oraz aktywność: dysmutazy ponadtlenkowej SOD (wg Misry i Fridovicha), katalazy CAT (wg Beersa i Sizera) i oksydazową ceruloplazminy Cp (wg Ravina) oraz stężenie melatoniny metodą ELISA.

U chorych na cukrzycę typu 2 wykazano statystyczny ( $p < 0,00001$ ) wzrost stężenia MDA ( $0,285 \pm 0,03 \mu\text{mol/gHb}$ ) w porównaniu z wartością tego parametru w grupie kontrolnej ( $0,215 \pm 0,03 \mu\text{mol/gHb}$ ) oraz statystyczne ( $p < 0,0003$ ) obniżenie tego parametru u osób, którym podawano preparat melatoniny ( $0,221 \pm 0,05 \text{ mmol/gHb}$ ). Spośród badanych enzymów po suplementacji wzrosła tylko istotnie statystycznie ( $p < 0,01$ ) aktywność SOD ( $3191,5 \pm 440,58 \text{ U/gHb/100 ml}$ ). Aktywność tego enzymu w warunkach optymalnych w grupie osób chorych i zdrowych wynosiła odpowiednio  $2750 \pm 414,79$  i  $2915,58 \pm 352,46 \text{ U/gHb/100 ml}$ ). Nie wykazano zmiany w aktywności CAT między zdrowymi i chorymi oraz po suplementacji melatoniną. U badanych chorych stwierdzono statystycznie wyższą ( $p < 0,03$ ) aktywność Cp ( $986,20 \pm 259,48 \text{ U/l}$ ) w porównaniu ze zdrowymi ( $824,51 \pm 138,92 \text{ U/l}$  oraz niższą ( $p < 0,001$ ) po suplementacji ( $616,5 \pm 149,95 \text{ U/l}$ ). Po podaniu melatoniny obniżyło się też stężenie grup karbonylowych ( $0,09 \pm 0,05 \text{ nmol/mg białka}$ ), które u chorych wynosiło  $0,129 \pm 0,07 \text{ nmol/mg białka}$  i było istotnie ( $p < 0,01$ ) wyższe w porównaniu z grupą kontrolną ( $0,087 \pm 0,03 \text{ nmol/mg białka}$ ). U chorych stwierdzono dodatkowo obniżone istotnie ( $p < 0,0008$ ) stężenie melatoniny ( $20,98 \pm 13,19 \text{ pg/ml}$ ) w porównaniu z osobami zdrowymi ( $54,33 \pm 18,03 \text{ pg/ml}$ ). Suplementacja wpłynęła na zwiększenie stężenia tego parametru ( $35,32 \pm 26,29 \text{ pg/ml}$ ).

Wyniki badań potwierdzają nasilenie stresu oksydacyjnego w cukrzycy w wieku podeszłym i wskazują na korzystny antyoksydacyjny efekt suplementacji melatoniną, co może mieć znaczenie terapeutyczne.

## 5

## Częstość występowania nieprawidłowych stężeń TSH u starszych pacjentów hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym

Waldemar A. Herman<sup>1</sup>, Andrzej Józwiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Poradnia Endokrynologiczna SPZOZ (Wschowa, Polska); <sup>2</sup>Oddział Geriatryczny Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” (Gniezno, Polska)

**Wstęp.** Zachorowalność na schorzenia tarczycy jest wysoka w starszym wieku, zwłaszcza wśród ludności zamieszkałej na terenach do niedawna ubogich w jod. W piśmiennictwie dostępne dane są najczęściej formułowane na podstawie analizy badania probantów będących pensjonariuszami domów opieki społecznej.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) w populacji pacjentów z ukończonym 65 rokiem życia przyjmowanych z jakiegokolwiek przyczyny do leczenia szpitalnego na oddziale geriatrycznym.

**Materiał i metody.** Retrospektywną analizą objęto 1424 pacjentów (918 kobiet oraz 506 mężczyzn) w wieku powyżej 65 lat kolejno przyjmowanych do leczenia na Oddziale Geriatrycznym Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie w latach 1998–2001. Stężenie TSH oznaczano metodą ultraczułą MEIA z czułością analityczną testu  $0,02 \mu\text{IU/ml}$ .

**Wyniki.** Średnie stężenie TSH u kobiet wynosiło  $1,99 \mu\text{IU/ml} \pm 5,13$ , zaś u mężczyzn  $1,64 \mu\text{IU/ml} \pm 5,31$  — statystycznie istotnie wyższe ( $p < 0,015$ ). Supresję TSH poniżej wartości  $0,27 \mu\text{IU/ml}$  stwierdzono u 113 osób (7,93%), w tym 74 kobiet (8,06%) oraz 39 mężczyzn (7,71%). Elewację TSH powyżej wartości  $4,2 \mu\text{IU/ml}$  stwierdzono u 64 kobiet (6,97%) oraz 13 mężczyzn (2,57%).

Wykazano dodatnią korelację TSH z wiekiem badanych ( $r = 0,06$ ), stężeniem cholesterolu ( $r = 0,11$ ) oraz triglicerydów ( $r = 0,09$ ).

**Wnioski.** 1. W grupie pacjentów w wieku powyżej 65 lat hospitalizowanych na oddziale geriatrycznym obserwuje się znaczną częstość nieprawidłowych stężeń TSH. 2. U starszych kobiet podwyższone wartości TSH stwierdza się prawie trzykrotnie częściej niż u mężczyzn. Supresja TSH występuje z podobną częstością u obu płci. Wiek wykazuje bardzo słabą korelację z wartościami TSH. 3. Wartości TSH w tej grupie wiekowej słabo korelują z parametrami lipidowymi.

6

## Czy współistnienie schorzeń somatycznych ma związek z nieprawidłowym stężeniem tyreotropiny (TSH) u starszych pacjentów hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym?

Waldemar A. Herman<sup>1</sup>, Andrzej Józwiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Poradnia Endokrynologiczna SPZOZ (Wschowa, Polska);

<sup>2</sup>Oddział Geriatryczny Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” (Gniezno, Polska)

**Wstęp.** Prawidłową ocenę tyreometabolizmu utrudnia współwystępowanie wielu innych schorzeń mających wpływ na oznaczane parametry laboratoryjne. Szczególnie dotyczy to hormonu tyreotropowego (TSH), rzadziej „hormonów obwodowych” tarczycy: tyroksyny ( $T_4$ ) i trijodotyroniny ( $T_3$ ).

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena częstości nieprawidłowych stężeń TSH w populacji pacjentów z ukończonym 65 rż. przyjmowanych do leczenia szpitalnego w oddziale geriatrycznym oraz zależności TSH od współistnienia wybranych schorzeń somatycznych (zapalenie płuc, zaostrenie POCHP, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, niewydolność nerek).

**Materiał i metody.** Do retrospektywnego badania zakwalifikowano 1413 pacjentów w wieku powyżej 65 lat, kolejno przyjmowanych do leczenia na Oddziale Geriatrycznym Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie w latach 1998–2001. Wyłączono z badania 11 osób z (potwierdzonym oznaczeniem hormonów obwodowych tarczycy) jawnym zaburzeniem funkcji tarczycy. Stężenie TSH oznaczano w pierwszym dniu hospitalizacji ultraczułą metodą immunoenzymatyczną. Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem testów nieparametrycznych U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallis. Korelację oceniano testem Spearmana.

**Wyniki.** Średnie stężenie TSH u chorych na zapalenie płuc wynosiło  $1,38 \text{ mIU/ml} \pm 1,61$ , zaś w grupie bez tego schorzenia  $1,94 \text{ mIU/ml} \pm 5,57$ . Różnica ta była statystycznie istotna ( $p < 0,02$ ). Chorzy na cukrzycę mieli średnie stężenie tyreotropiny  $1,76 \text{ mIU/ml} \pm 5,29$  vs.  $1,93 \text{ mIU/ml} \pm 5,15$ ;  $p < 0,002$ ). Nie stwierdzono wpływu pozostałych analizowanych schorzeń, jak również niepomyślnego przebiegu schorzenia (zgon w trakcie hospitalizacji) na średnie stężenie TSH.

**Wnioski.** 1. W grupie pacjentów chorych na zapalenie płuc oraz w grupie z rozpoznaną cukrzycą wartości TSH były istotnie statystycznie niższe. 2. Przy ocenie tyreometabolizmu należy uwzględnić, oprócz patologii gruczołu tarczowego, pozatarczycowe przyczyny modulujące wartość TSH.

7

## Współwystępowanie depresji z lękiem oraz chorobami somatycznymi u osób starszych

Kornelia Kędziora-Kornatowska, Katarzyna Porzych, Anna Polak, Marcin Porzych, Jadwiga Motyl

Katedra i Klinika Geriatrii CM im. L. Rydygiera UMK (Bydgoszcz, Polska)

**Wstęp.** Celem prowadzonych badań było: określenie różnicy w poziomie lęku u hospitalizowanych pacjentów z depresją w porównaniu z pacjentami bez depresji; zbadanie, czy istnieje zależność pomiędzy poziomem lęku a nasileniem depresji; ustalenie, z jakiego typu objawami natury psychicznej i somatycznej najczęściej związany jest lęk; sprawdzenie, czy różnorodne zmienne związane z aktualną sytuacją życiową, tj. wiek, płeć, wykształcenie, sytuacja materialna, samoocena stanu zdrowia i inne, wpływają na poziom lęku i depresji u osób starszych oraz ustalenie, z jakimi chorobami somatycznymi najczęściej współwystępuje depresja.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto łącznie 120 osób w wieku 65 lat i powyżej. Były to osoby hospitalizowane w Klinice Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, których stan somatyczny umożliwił przeprowadzenie badania, oraz u których nie stwierdzono występowania zespołu otępiennego. Badanych podzielono na dwie grupy po 60 osób każda. Jedną grupę stanowiły osoby, które w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji uzyskały wynik wskazujący na obecność depresji, potwierdzony za pomocą obserwacji i wywiadu prowadzonego według kryteriów rozpoznawania depresji zawartych w ICD-10. W skład drugiej grupy wchodziły osoby, których wynik w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji nie wskazywał na istnienie depresji. Kryterium podziału stanowił wynik badania pacjentów, stwierdzający objawy depresji lub ich brak. W badaniach zastosowano Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS). Poziom lęku badano za pomocą Skali Lęku Hamiltona (HAMA). W badaniu korzystano z historii chorób pacjentów, na podstawie których uzyskiwano informacje dotyczące jednostek chorobowych występujących u osób biorących udział w badaniu.

**Wyniki i wnioski.** Wyniki badań wskazują, że u osób w podeszłym wieku z depresją, poziom lęku jest istotnie wyższy niż u osób bez depresji, a pomiędzy poziomem depresji a natężeniem lęku istnieje wyraźny prostoliniowy związek — im wyższy poziom depresji u pacjentów, tym wyższe nasilenie lęku. Ponadto określono, jakiego typu objawy natury psychicznej i somatycznej najczęściej związane są z lękiem. Wskazano

na zależność pomiędzy poszczególnymi zmiennymi związanymi z aktualną sytuacją życiową pacjentów a poziomem depresji i lęku. W badaniach wyodrębniono również rodzaje chorób, które najczęściej współwystępowały z zespołami depresyjnymi. Przeprowadzone badania poszerzają dotychczasową wiedzę na temat współwystępowania depresji z lękiem oraz chorobami somatycznymi, a także wskazują na nowe kierunki diagnostyczno-terapeutyczne u osób w wieku podeszłym.

## 8

### Rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia

Elżbieta Kozak-Szkopek, Jerzy Baraniak, Jolanta Mieczkowska

*Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych AM (Lublin, Polska)*

Celem pracy była ocena rozpowszechnienia czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz ocena ryzyka wystąpienia epizodu wieńcowego w szóstej dekadzie życia jako prognoza stanu zdrowia u prognozy starości.

Badaniami objęto 1214 pacjentów w wieku 30–60 lat, wyodrębniając z tej populacji grupę 521 osób w wieku 50–60 lat i porównując występowanie czynników ryzyka w obrębie tej grupy wiekowej (przed i po 55 rż., wśród kobiet i mężczyzn) oraz w stosunku do młodszych grup. Przeprowadzono wywiad za pomocą kwestionariusza uwzględniający informacje dotyczące czynników ryzyka, wykonano badanie fizykalne z pomiarem ciśnienia tętniczego, obliczono BMI, oznaczono lipidogram. Zbadano 521 osób w wieku 50–60 lat, w tym 381 (73,13%) kobiet (K) i 140 (26,87%) mężczyzn (M). Wyodrębniono dwie podgrupy: 289 osób między 50 a 54 rż. i 223 osoby między 55–60 rż. W badanej populacji nadciśnienie tętnicze wcześniej leczone podawało 30,32% badanych, chorobę niedokrwiennej serca — 6,14%, cukrzycę — 4,41%, obciążający wywiad rodzinny — 18,81%, palenie tytoniu 30,58% osób. Wskaźnik masy ciała (BMI) w populacji M wynosił średnio  $27,83 \pm 4,13 \text{ kg/m}^2$ , a w populacji K  $27,29 \pm 4,54 \text{ kg/m}^2$ .

Średnie stężenie cholesterolu całkowitego w badanej populacji wynosiło  $208,07 \pm 32,97 \text{ mg/dl}$ , cholesterolu frakcji HDL  $61,19 \pm 15,98 \text{ mg/dl}$ , cholesterolu frakcji LDL  $121,93 \pm 29,58 \text{ mg/dl}$ , triglicerydów  $127,13 \pm 63,64 \text{ mg/dl}$ . Średnia wartość jednorazowego pomiaru ciśnienia skurczowego wynosiła

$138,11 \pm 22,56 \text{ mm Hg}$ , ciśnienia rozkurczowego  $86,88 \pm 13,28 \text{ mm Hg}$ .

W szóstej dekadzie życia istotnie częściej występowały główne czynniki ryzyka w populacji mężczyzn w stosunku do kobiet. U badanych obserwowano istotny wzrost częstości czynników ryzyka po 55 rż. głównie w populacji kobiet. W porównaniu z młodszymi grupami wiekowymi stwierdzono istotnie wyższe wartości średnich pomiarów ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego, średniej wartości wskaźnika BMI, stężenia cholesterolu całkowitego i cholesterolu frakcji LDL.

Wydzielono 4 kategorie ryzyka wieńcowego według kryteriów podanych przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2000 roku. Zaobserwowano istotne narastanie odsetka K z dużym i bardzo dużym ryzykiem po 55 rż., ryzyko u M pozostawało na bardzo wysokim poziomie przed i po 55 rż.

**Wnioski.** Ze względu na stwierdzone bardzo duże rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia konieczne jest ich aktywne poszukiwanie i zwalczanie w tej grupie wiekowej jako prewencja niepomyślnej starości.

## 9

### Wskaźnik masy ciała czynnikiem rokowniczym śmiertelności wewnątrzszpitalnej pacjentów oddziału geriatrycznego

Andrzej Jóźwiak<sup>1</sup>, Przemysław Guzik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Oddział Geriatrii Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” (Gniezno, Polska);*  
<sup>2</sup>*Katedra i Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych AM (Poznań, Polska)*

Wyniszczenie jest poważnym powikłaniem wielu schorzeń pogarszającym rokowanie co do odległego przeżycia w różnych grupach wiekowych. Nieliczne badania oceniały związek między masą ciała a częstością zgonów w czasie hospitalizacji osób starszych.

Celem pracy była ocena związku między wskaźnikiem masy ciała (BMI, *body mass index*) a całkowitą śmiertelnością wewnątrzszpitalną u osób po 65 rż. hospitalizowanych na oddziale geriatrii. W retrospektywnej analizie oceniono 1219 kolejnych pacjentów (759 kobiet) w wieku 65–99 lat ( $76,2 \pm 6,9$  roku) hospitalizowanych z jakiegokolwiek przyczyny na Oddziale Geriatrii Szpitala „Dziekanka” w Gnieźnie w latach 2002–2003, u których w ciągu pierwszych 48 godzin od przyjęcia chorych mierzono wagę i wzrost. Retrospektywnie chorych zakwalifikowa-

no do jednego z decyli BMI. W poszczególnych decylach BMI oceniano częstość zgonów (niezależnie od przyczyny) w czasie pobytu w szpitalu. W wieloczynnikowej regresji logistycznej z uwzględnieniem wieku i płci określono iloraz szans (OR, *odds ratio*) z 95-procentowym przedziałem ufności (CI, *confidence interval*) dla wystąpienia zgonu przy wzroście BMI o 1 decyl oraz dla BMI  $\leq 19$  kg/m<sup>2</sup>. Ponadto, z wykorzystaniem nieliniowej regresji wielomianowej wykreślono krzywą charakteryzującą związek częstości zgonów ze średnim BMI w poszczególnych decylach.

W wieloczynnikowej regresji logistycznej zauważono, że wzrost BMI o 1 decyl wiąże się z około 22-procentowym zmniejszeniem ryzyka zgonu: OR 0,78 (95% CI: 0,73–0,84;  $p < 0,0001$ ). Iloraz szans dla zgonu w szpitalu dla osób z BMI  $\leq 19$  kg/m<sup>2</sup> wyniósł OR 5,40 (95% CI: 3,40–8,58;  $p < 0,0001$ ). Związek BMI ze śmiertelnością wewnątrzszpitalną był wyjaśniony w ponad 93% przez krzywą regresji nieliniowej zbliżoną kształtem do litery U. Najwyższą śmiertelność obserwowano wśród chorych z niskim BMI, najniższą zaś wśród pacjentów z nadwagą i otyłością, przy czym w ciężkiej otyłości obserwowano ponowny niewielki wzrost śmiertelności.

**Wnioski.** Ryzyko zgonu wewnątrzszpitalnego wśród osób starszych jest ściśle związane z BMI niezależnie od wieku i płci. Najwyższe ryzyko zgonu obserwuje się w grupie chorych z niskim BMI, natomiast obecność nadwagi i otyłości wydaje się zmniejszać to ryzyko.

## 10

### Białkomocznymi czynnikami ryzyka zgonu wewnątrzszpitalnego u osób po 65 roku życia. Doniesienie wstępne

Andrzej Józwiak<sup>1</sup>, Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Geriatrii Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” (Gniezno, Polska);

<sup>2</sup>Pracownia Gerontologii i Geriatrii Katedry i Zakładu Patofizjologii AM (Poznań, Polska)

**Wstęp.** Białkomocznymi jest nieswoistym parametrem, który może zależeć od obecności infekcji i od pogorszenia czynności nerek. Analiza moczu jest takim badaniem możliwym do wykonania w każdych warunkach. Jednak białkomocznymi jako czynnik rokowniczy u hospitalizowanych osób w starszym wieku jest rzadko brany pod uwagę. Prognozy dotyczą zwykle rokowania odległego. Celem pracy była ocena związku między obecnością białkomoczu a ryzykiem zgonu wewnątrzszpitalnego u hospitalizowanych osób po 65 rż.

**Materiał i metody.** Retrospektywna analiza 2775 kolejnych chorych (1759 kobiet) w wieku 65–102 lata (śr. 76,1  $\pm$  7,0 lat) przyjętych na Oddział Geriatrii Wojewódzkiego Szpitala „Dziekanka” w Gnieźnie w latach 2000–2003. Obecność białkomoczu u pacjentów oceniano następnego dnia po przyjęciu z pierwszej porannej porcji moczu metodą standardową za pomocą automatycznego analizatora MIDITRON Junior; czułość metody 12  $\pm$  5 mg/dl. Analizę statystyczną wykonano przy użyciu testu Fischera; określając każdorazowo iloraz szans (OR) i 95-procentowy przedział ufności (CI).

**Wyniki.** W analizowanej grupie wystąpiły 454 zgony wewnątrzszpitalne (16,4%). Białkomocznymi stwierdzono u 1096 osób (39,5%). U osób bez białkomoczu przy przyjęciu do szpitala ryzyko zgonu było istotnie niższe w porównaniu z pacjentami z białkomocznymi (9,7% vs. 26,6%;  $p < 0,0001$ ; OR: 0,2974 [95% CI: 0,2411–0,3669]). Dotyczyło to zarówno kobiet (8,8% vs. 23,7%;  $p < 0,0001$ ; OR: 0,3112 [95% CI: 0,2364–0,4097]), jak i mężczyzn (11,3% vs. 31,3%;  $p < 0,0001$ ; OR: 0,2812 [95% CI: 0,2028–0,3899]). Śmiertelność wewnątrzszpitalna w grupach wiekowych: chorzy bez białkomoczu w porównaniu z osobami z białkomocznymi w procentach analizowanej grupy oraz iloraz szans dla wystąpienia zgonu w grupie bez białkomoczu: 65–69 lat — 3,8% vs. 22,9% ( $p < 0,0001$ ) OR: 0,1323 [95% CI: 0,0682–0,2565] 70–74 lata — 8,5% vs. 18,0% ( $p = 0,0005$ ) OR: 0,4358 [95% CI: 0,2767–0,6864] 75–79 lat — 9,1% vs. 26,8% ( $p < 0,0001$ ) OR: 0,2747 [95% CI: 0,1812–0,4164] 80–84 lata — 14,0% vs. 30,3% ( $p = 0,0001$ ) OR: 0,3744 [95% CI: 0,2268–0,6180] 85 i więcej lat — 19,4% vs. 36,1% ( $p = 0,0002$ ) OR: 0,4259 [95% CI: 0,2725–0,6657]

**Wnioski.** W analizowanej grupie starszych pacjentów brak białkomoczu stwierdzanego w badaniu przy przyjęciu do szpitala istotnie zmniejszył ryzyko zgonu wewnątrzszpitalnego.

## 11

### Ocena stężenia neopteryny u chorych z łagodną i umiarkowaną niewydolnością serca

Irmina Wietlicka<sup>1</sup>, Katarzyna Korzeniowska<sup>2</sup>, Mirosław Kaźmierczak<sup>1</sup>, Anna Jabłeczka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala im. J. Dietla (Środa Wielkopolska, Polska); <sup>2</sup>Zakład Farmakologii Klinicznej AM im. K. Marcinkowskiego (Poznań, Polska)



**Wstęp.** Niewydolność serca (CHF) dotyczy głównie ludzi starszych. Do jej najczęstszych przyczyn należą nadciśnienie tętnicze (HA) oraz choroba wieńcowa (CAD), u podłoża których leży głównie miażdżycza naczyń. Aktualny stan wiedzy wskazuje, że jednym z elementów procesu miażdżycowego jest reakcja zapalna. Jej markerem jest m.in. neopteryna produkowana przez makrofagi pod wpływem INF  $\gamma$ . Wzrost jej stężenia obserwuje się w zakażeniach, chorobie nowotworowej, reakcjach odrzucania przeszczepu, niewydolności nerek, zawałach serca oraz w zaawansowanej postaci niewydolności serca. Celem pracy było ustalenie, czy stężenie neopteryny wzrasta także w niewydolności serca klasy II i III według NYHA oraz czy jest ono zależne od jej etiologii.

**Materiały i metody.** Przebadano grupę 21 pacjentów (12 kobiet i 9 mężczyzn) w wieku 53–90 lat ( $73 \pm 10$ ) hospitalizowanych na Oddziale Wewnętrznym w Szpitalu w Środzie Wielkopolskiej z objawami niewydolności serca NYHA II i III. U 11 chorych u podłoża niewydolności serca leżała choroba wieńcowa, zaś u 10 — nadciśnienie tętnicze. U 9 osób wraz z niewydolnością współistniała cukrzyca (u 5 osób z chorobą wieńcową i u 4 osób z nadciśnieniem). Grupę kontrolną stanowiło 20 zdrowych osób w wieku 28–55 lat ( $40 \pm 8$ ). Stężenie neopteryny w surowicy krwi oznaczano ilościowo za pomocą testu radioimmunologicznego RIA. Z badania wyłączone osoby, u których współistniał stan zapalny, choroba nowotworowa, niewydolność nerek oraz niewydolność serca w klasie IV według NYHA.

**Wyniki.** W grupie chorych z CHF obserwowano wyższe stężenia neopteryny w stosunku do grupy kontrolnej:  $6,58 \pm 4,3$  nmol/l vs.  $2,97 \pm 0,9$  nmol/l ( $p < 0,001$ ). Nie stwierdzono jednocześnie różnic w stężeniu neopteryny pomiędzy grupą z HA a grupą z CAD ( $p = 0,41$ ).

**Wnioski.** W łagodnej i umiarkowanej niewydolności serca następuje wzrost stężenia neopteryny niezależny od etiologii choroby.

## 12

### Ocena stężenia neopteryny w świeżym udarze mózgu

Irmina Wietlicka<sup>1</sup>, Katarzyna Korzeniowska<sup>2</sup>, Mirosław Kaźmierczak<sup>1</sup>, Anna Jabłecka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala im. J. Dietla (Środa Wielkopolska, Polska); <sup>2</sup>Zakład Farmakologii Klinicznej AM im. K. Marcinkowskiego (Poznań, Polska)

**Wstęp.** Reakcja zapalna jest jednym z czynników rozwoju miażdżycy, która jest główną przyczyną zmian niedokrwienych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Do markerów stanu zapalne-

go należy neopteryna — petydyna produkowana przez makrofagi pod wpływem INF  $\gamma$ . Podwyższone stężenie neopteryny obserwuje się w przebiegu m.in. zawału serca, udaru mózgu, chorób zapalnych czy nowotworowych. Dotychczas nie analizowano powiązania pomiędzy poziomem tego markera, a nasileniem zmian miażdżycowych. Celem naszej pracy było ustalenie, czy istnieje związek pomiędzy echokardiograficznym wyznacznikiem miażdżycy, jakim jest średnica aorty wstępującej (Ao), a stężeniem neopteryny u osób ze świeżym udarem niedokrwienym mózgu.

**Materiał i metody.** Przebadano grupę 17 pacjentów (9 kobiet i 8 mężczyzn) w wieku 47–86 lat ( $74 \pm 10$ ) hospitalizowanych na Oddziale Wewnętrznym Szpitala w Środzie Wielkopolskiej z powodu udaru niedokrwienego mózgu. Grupę kontrolną stanowiło 20 zdrowych osób w wieku 28–55 lat ( $40 \pm 8$ ). Poziom neopteryny w surowicy krwi badano ilościowo za pomocą testu radioimmunologicznego RIA. Badanie echokardiograficzne przeprowadzono w grupie chorych aparatem Esaote Caris, dokonując pomiaru szerokości aorty wstępującej 10 mm powyżej opuszki.

**Wyniki.** Stężenie neopteryny w grupie pacjentów z udarem wyniosło  $10,45 \pm 5,2$  nmol/l, zaś w grupie kontrolnej  $2,97 \pm 0,9$  nmol/l ( $p < 0,001$ ). Szerokość aorty w grupie badanej wynosiła  $36,2 \pm 6,5$  mm. W grupie z udarem nie stwierdzono zależności pomiędzy stężeniem neopteryny a średnicą aorty wstępującej ( $r = 0,245$ ,  $p = 0,52$ ).

**Wnioski.** U pacjentów ze świeżym udarem mózgu stwierdza się wzrost stężenia neopteryny w osoczu, nie ma on jednak związku z nasileniem zmian miażdżycowych w aorcie wstępującej, ocenianych echokardiograficznie.

## 13

### Krótki program usprawniania dla minimalizowania zaburzeń równowagi seniorów

Jolanta Twardowska-Rajewska, Genowefa Kuderska

*Podyplomowe Studium Gerontologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza (Poznań, Polska)*

Chwiejność, zaburzenia równowagi i upadki, należą do tzw. dużych problemów geriatrycznych. Są bowiem typowe dla tego okresu życia, wynikają z procesów fizjologicznych, jak i wielu chorób starości, uruchamiają tzw. kaskadę gerontologiczną i w konsekwencji prowadzą do niepotrzebnej, przedwczesnej śmierci. Doświadczenie przebytego upadku (urazu

ciała) rozwija lęk przed następnym epizodem i ogranicza mobilność seniora, zarówno w jego mieszkaniu, jak i poza nim. Skutkuje to izolacją społeczną, samotnością, pogorszeniem jakości życia, wymusza nasilone działania opiekuńcze. Stąd narastające zainteresowanie badaniami czynników ryzyka upadków, lęku przed upadkami, zapobieganiu im i minimalizowaniu następstw przez programy rehabilitacji (testy: CTSI-B, *Frailty & Falls, Grip Strenght, Falls Efficacy Scale, Fear & Falling Questionare, CES-D scale, Tinetti, Timed Up & Go test, Berg Balance Scale, STS, Sit to Stand Performance, LEG, Lenght of Stay-LOS, LEG, Single Leg Stance* oraz *ADL, Bartel Index, GDS, MMSE* i wiele innych).

W swojej pracy autorzy przeprowadzili wstępne badanie grupy 20 seniorów, w wieku powyżej 70 rż., systematycznie korzystających z Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu (Dębiec), z wyżej opisanymi problemami w wywiadzie, u których przeprowadzono ocenę ryzyka upadków oraz skalę Tinetti-go. Następnie wdrożono sześciomiesięczny, indywidualny program, ukierunkowany na poprawę równowagi i prewencję upadków (zawierający elementy Tai-Chi). Zaprezentowano wstępne wyniki (po 2 miesiącach), nadal trwającego programu usprawniania, które są zachęcające dla kontynuowania badań.

#### 14

### Rehabilitacja i jej wpływ na chód i wykonywanie prostych czynności ruchowych u pacjentów geriatrycznych

Marek Żak

*Katedra Rehabilitacji Klinicznej AWF (Kraków, Polska)*

**Wstęp.** Celem pracy była ocena wpływu programu rehabilitacji na chód i wykonanie prostych czynności ruchowych przez pacjentów geriatrycznych.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 50 osób (32 kobiety i 18 mężczyzn) w wieku 82–90 lat, u których stwierdzono w badaniu lekarskim zaburzenia chodu i problemy ze zmianą pozycji. Wszyscy badani byli mieszkańcami dwóch dzielnic Krakowa — Krowdrzy i Śródmieścia — i byli objęci leczeniem ambulatoryjnym. Aby zrealizować cel badań, dokonano oceny za pomocą testu *The time Get-Up and Go*, przeprowadzonego przed programem rehabilitacji i po jego zakończeniu. Program rehabilitacji był realizowany przez 2 miesiące 3 razy w tygodniu i składał się z dwóch części: praktycznej, która obejmowała m.in. indywidualną kinezyterapię i naukę bezpiecznej zmia-

ny pozycji, oraz teoretycznej, w której przekazywano pacjentom informacje o zagrożeniach upadkami.

**Wyniki.** W teście *The time Get-Up and Go* poprawę czasu wykonania testu po programie rehabilitacji stwierdzono u 64% badanych, (poziom istotności  $p < 0,05$ ). U 30% badanych wyniki pozostały na tym samym poziomie, a 3 osoby miały po programie rehabilitacji gorszy czas wykonania testu.

**Wnioski.** Proponowany program rehabilitacji wpływa na poprawę wykonywania czynności funkcjonalnych i chód u pacjentów geriatrycznych. Zalecany program daje istotną poprawę szczególnie u pacjentów mających duże ograniczenia funkcjonalne.

#### 15

### Występowanie zespołu metabolicznego u osób starszych w populacji wielkomiejskiej o wysokim ryzyku chorób układu krążenia

Mariusz E. Mianowany

*Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego (Łódź, Polska)*

**Wstęp.** Zespół metaboliczny (ZM) to współwystępowanie zaburzeń, jak m.in. hiperglikemia, otyłość brzuszna, dyslipidemia i podwyższone ciśnienie tętnicze. Ważnym czynnikiem patogenetycznym zespołu jest insulinooporność, która zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 oraz chorób układu krążenia. Celem niniejszej pracy jest ocena występowania zespołu metabolicznego oraz jego składowych i powikłań — chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy — u starszych mieszkańców Łodzi, miasta o najwyższym w Polsce wskaźniku umieralności ogólnej oraz bardzo wysokiej wartości współczynników chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia.

**Materiał i metody.** W 2002 roku w ramach Programu *Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention* (CINDI WHO) przeprowadzono badanie przekrojowe w celu oceny stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych mieszkańców Łodzi w wieku powyżej 65 lat. Badaniu poddano próbę 824 osób, kobiet i mężczyzn, wybranych losowo z populacji ogólnej. Dane zebrano za pomocą wywiadu kwestionariuszowego, badań analitycznych, antropometrycznych i lekarskich. Zespół metaboliczny u badanych diagnozowano na podstawie kryteriów *National Cholesterol Education Program* (NCEP) *Adult Treatment Panel III* (ATP III).

**Wyniki.** Zespół metaboliczny stwierdzono u 26,2% mężczyzn i 36,3% kobiet ( $p < 0,01$ ). Najczęściej występującym elementem ZM u ludzi starszych jest podwyższone ciśnienie tętnicze, u 90% badanych, oraz otyłość brzuszna — u 45%. Wśród kobiet częściej niż u mężczyzn obserwowano otyłość, podwyższone stężenie triglicerydów i obniżone stężenie HDL oraz większą kumulację składowych ZM. U osób z ZM istotnie częściej występowało nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca oraz — u kobiet — przebyty zawał serca.

**Wnioski.** Rozpoznanie zespołu metabolicznego zwiększa ryzyko zaburzeń metabolizmu glukozy oraz chorób układu sercowo-naczyniowego. Również u ludzi w starszym wieku bardzo istotna jest właściwa diagnoza ZM i podjęcie kompleksowego leczenia w celu prewencji powikłań sercowo-naczyniowych i metabolicznych. Zapobieganie ZM powinno być nastawione na modyfikację stylu życia: wzrost systematycznej aktywności ruchowej, zmiana nawyków żywieniowych, zaprzestanie palenia tytoniu — jako drodze do redukcji masy ciała, obniżenia ciśnienia tętniczego, znormalizowania stężenia glukozy i poprawy profilu lipidowego.

## 16

### Wielolekowość u starszych mieszkańców Poznania

Agnieszka Rajska-Neumann,  
Katarzyna Wieczorowska-Tobis

*Pracownia Gerontologii i Geriatrii Katedry i Zakładu Patofizjologii AM im. K. Marcinkowskiego (Poznań, Polska)*

**Wstęp.** W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się na całym świecie zjawisku wielolekowości u starszych pacjentów i związanym z nim zagrożeniom. Dane dotyczące skali tego zjawiska w Polsce nie są znane, dlatego celem pracy jest ilościowa analiza farmakoterapii starszych mieszkańców Poznania.

**Materiał i metody.** Grupę 680 przypadkowych starszych mieszkańców Poznania (średni wiek: 72,5–7,7 [zakres 65–97 lat], w tym: 438 kobiet i 242 mężczyzn) poddano badaniu ankietowemu. Przeanalizowano liczbę i rodzaj pobieranych przez nich leków, zarówno tych wydawanych na receptę (Rp), jak i dostępnych bez recepty (OTC). Na podstawie narzędzi statystycznych wykazano, że badanie wykonane w grupie o takiej liczebności pozwala na wyciąganie wiarygodnych wniosków.

**Wyniki.** Osoby objęte badaniem deklarowały, że pobierają 0–15 leków Rp (średnio:  $5,3 \pm 2,8$ ) i od 0–11

leków OTC (średnio:  $1,6 \pm 1,5$ ). Ankietowani nieprzyjmujący leków stanowili zaledwie 1,8% badanych (12 osób). Tylko 23 osoby (3,4% ogółu) nie pobierały żadnych leków wydawanych na receptę, ale ponad połowa pobierała 4–6 specyfików (228 osób — 33,5% ogółu). Co więcej, aż 51 osób (7,5% ogółu) było leczonych przy użyciu 10 i więcej tych leków. Stosunkowo często ankietowani nie pobierali leków OTC (190 osób — 27,9% ogółu). Zdecydowana większość pozostałych deklarowała zażywanie 1–3 preparatów (426 osób — 62,6% ogółu).

Nie stwierdzono różnic w liczbie pobieranych preparatów przez kobiety i mężczyzn (odpowiednio:  $5,3 \pm 2,8$  leków Rp i  $1,7 \pm 1,6$  leków OTC oraz  $5,2 \pm 2,7$  leków Rp i  $1,4 \pm 1,3$  leków OTC).

**Wnioski.** Wielolekowość jest powszechnym zjawiskiem u ankietowanych osób starszych, a uzyskane przez autorów wyniki są zbieżne z danymi z piśmiennictwa pochodzącymi z innych krajów świata. W świetle potencjalnych zagrożeń związanych z wielolekowością konieczne jest prowadzenie dalszych badań obejmujących charakterystykę jakościową prezentowanego zjawiska oraz zdefiniowanie jego czynników determinujących.

## 17

### Potencjalne błędy farmakoterapii geriatrycznej wyzwaniem dla opieki farmaceutycznej

Agnieszka Rajska-Neumann<sup>1</sup>, Edmund Grześkowiak<sup>2</sup>,  
Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Pracownia Gerontologii i Geriatrii Katedry Zakładu Patofizjologii AM im. K. Marcinkowskiego (Poznań, Polska); <sup>2</sup>Katedra i Zakład Farmacji Klinicznej Biofarmacji AM im. K. Marcinkowskiego (Poznań, Polska)*

**Wstęp.** Celem pracy jest analiza stosowanej przez osoby starsze farmakoterapii pod kątem obecności potencjalnych błędów w leczeniu.

**Materiał i metody.** Grupę badaną, określoną za pomocą narzędzi statystycznych jako minimalną dla wiarygodnego wnioskowania, stanowiło 1000 przypadkowych osób starszych (średni wiek:  $72,6 \pm 6,5$  roku [zakres: 65–97 lat], w tym: 654 kobiety i 364 mężczyzn). Byli to pacjenci aptek, pensjonariusze Dziennych Domów Opieki Społecznej oraz członkowie organizacji zrzeszających osoby starsze (m.in. Uniwersytetu Trzeciego Wieku). Wśród tych osób przeprowadzono badania ankietowe uwzględniające ilościowe i jakościowe aspekty farmakoterapii oraz, posługując się Zestawem Kryteriów Definiującym Potencjalną Niepopraw-

ność Leczenia, scharakteryzowano najczęściej popełniane potencjalne błędy leczenia.

**Wyniki.** Wśród badanych osób stwierdzono znaczną skalę zjawiska niepoprawności leczenia. Prawie 1/3 (28,2%) ankietowanych otrzymywała co najmniej jeden potencjalnie niewłaściwy preparat leczniczy. Były to najczęściej: chlordiazepoksyd i diazepam (10%), długodziałające benzodiazepiny (7,7%), połączenia paracetamolu z pseudoefedryną (5,5%) oraz indometacyna (2,5%). Analiza potencjalnie niewłaściwych połączeń leków wykazała, że aż 34,6% osób stosujących leki z grupy NLPZ pobierało jednocześnie leki z grupy inhibitorów ACE. W tej grupie aż 20,8% osób stosowało dodatkowo leki moczopędne. Prawie co trzeci pacjent (27,3%) leczony diuretykami oszczędzającymi potas otrzymywał jednocześnie preparaty potasu. Suplementację potasem stosowano również u 14,7% osób pobierających inhibitory ACE. Wykazano, że 38,5% osób stosujących leki z grupy pochodnych hydroksykumaryny stosowało jednocześnie NLPZ. Niepokojące jest, że aż 17,4% pacjentów deklarujących jaskrę stosowało leki przeciwwskazane przy tym schorzeniu (salbutamol i terbutalina).

**Wnioski.** Skala potencjalnej niepoprawności leczenia analizowanych osób starszych jest znaczna. Jakość i nasilenie tego zjawiska są porównywalne z danymi z piśmiennictwa pochodzącymi z innych krajów. Wykonane badania wskazują na pilną potrzebę objęcia starszych pacjentów programem opieki farmaceutycznej.

## 18

### Ocena możliwości podniesienia się po upadku pacjentów wieku starszym z nadciśnieniem tętniczym

Marek Żak<sup>1</sup>, Tomasz Grodzicki<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Rehabilitacji Klinicznej AWF (Kraków, Polska);

<sup>2</sup>Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CMUJ (Kraków, Polska)

**Wstęp.** Celem pracy była ocena możliwości podniesienia się po ewentualnym upadku pacjentów w wieku starszym, leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, u których w wywiadzie stwierdzono upadki oraz występowanie ograniczonej sprawności funkcjonalnej.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto grupę 60 osób w wieku 73–91 lat ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Byli to pacjenci leczeni ambulatoryjnie w krakowskich przychodniach, u których w okresie 2 tygodni poprzedzających badanie w wywiadzie stwierdzono co najmniej jeden upadek. W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze

dokonano przed przystąpieniem do badań oceny sprawności funkcjonalnej za pomocą testu *Get-up and Go* oraz dwukrotnie oceny możliwości podniesienia się po ewentualnym upadku za pomocą metody opracowanej przez Pileta i Swina. Możliwości podniesienia się po upadku dokonano po 2 tygodniach i po 6 miesiącach od upadku.

**Wyniki.** Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej za pomocą nieparametrycznego testu Wilcoxon'a i na tej podstawie zweryfikowano pytania badawcze oraz wyciągnięto wnioski. Po 2 tygodniach od upadku podnoszenie się było praktycznie niewykonalne z pozycji leżącej u 65% badanych i u 60% z pozycji kłęku na jednym kolanie. Po 6 miesiącach od upadku podnoszenie się po ewentualnym upadku było praktycznie niemożliwe z pozycji leżącej u 70% badanych i u 60% z pozycji kłęku na jednym kolanie (poziom istotności od 0,002 do 0,05).

**Wnioski.** Pacjenci w wieku starszym z nadciśnieniem tętniczym mają ograniczone możliwości podnoszenia się po ewentualnym upadku. Po pół roku od odnotowanego upadku następuje większe ograniczenie podnoszenia się po upadku.

## 19

### Znajomość czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego i działań prozdrowotnych wśród starszych hospitalizowanych pacjentów

Jolanta Wilmańska<sup>1</sup>, Bernarda Bagińska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Geriatrii AM (Białystok, Polska); <sup>2</sup>Szpital Miejski PCK (Białystok, Polska)

**Wstęp.** Nadciśnienie tętnicze jest istotnym problemem nie tylko medycznym, ale również społecznym i ekonomicznym. Jest to najważniejszy poddający się modyfikacji czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Jednak skuteczność różnych rodzajów terapii nadciśnienia tętniczego oraz wiedza o tym schorzeniu, szczególnie wśród starszej populacji, jest ciągle niezadowalająca. Celem pracy była ocena częstości nadciśnienia tętniczego, świadomości choroby i działań prozdrowotnych wśród starszych pacjentów hospitalizowanych na oddziale internistycznym.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 100 pacjentów w wieku 60 lat i powyżej hospitalizowanych z różnych przyczyn na oddziale Internistyczno-Gastrologicznym Szpitala Miejskiego PCK w Białymstoku. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji oceniający m.in. sytuację środowiskową, stan kliniczny i sprawność funkcjonalną badanych osób star-

szych oraz znajomość czynników ryzyka nadciśnienia i zachowań prozdrowotnych w tej grupie wiekowej.

**Wyniki.** Opisywana grupa pacjentów należała do osób sprawnych w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (ADL). Swobodnie poza domem poruszało się 74% badanych, a w obrębie mieszkania — 94%. Kąpiel nie sprawiała trudności 97% pacjentów, korzystanie z toalety 98%. Mimo to aż 51% kobiet i 42% mężczyzn oceniło swój stan zdrowia jako zły (gorszy od przeciętnego), a jedynie 9% jako dobry (lepszy od przeciętnego). Nadciśnienie tętnicze występowało u 59% badanych (69% kobiet i 47% mężczyzn). Tylko 44% pacjentów deklarowało regularny pomiar ciśnienia. Stopień samokontroli obniżał się z wiekiem badanych ( $p = 0,05$ ). Niewielki procent pacjentów potrafił wymienić poszczególne czynniki ryzyka hipertenzji, takie jak niewłaściwa dieta (25%), otyłość (28%), palenie tytoniu (24%) czy choroby układu sercowo-naczyniowego (29%). Szczegółowe analizy zostaną zaprezentowane w doniesieniu.

**Wnioski.** Zarówno znajomość czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego, jak i jego powikłań oraz świadomość możliwości nefarmakologicznego leczenia tego schorzenia jest wśród starszych pacjentów niewystarczająca i wskazuje na pilną potrzebę wprowadzenia programów edukacyjnych.

## 20

### Poziom funkcji poznawczych i depresji u hospitalizowanych chorych w podeszłym wieku z izolowanym nadciśnieniem skurczowym

Czesław Marcisz<sup>1</sup>, Jolanta Szkliniarz<sup>2</sup>, Bartosz Chmielnicki<sup>1</sup>, Magdalena Marcisz-Orzeł<sup>1</sup>, Ewa Pogoda<sup>1</sup>, Iwona Simon<sup>2</sup>, Agnieszka Wodniok<sup>2</sup>, Beata Dębska<sup>1</sup>

*Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych Wydziału Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej AM (Tychy, Polska); <sup>2</sup>Oddział Geriatryczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 1 (Tychy, Polska)*

Celem pracy była ocena funkcji poznawczych i stanu depresji u hospitalizowanych chorych w podeszłym wieku z INS. Badaniami objęto 1439 chorych (1152 kobiety i 287 mężczyzn) hospitalizowanych na Oddziale Geriatrycznym w Tychach w latach 2001–2004. Wiek badanych osób wynosił 61–99 lat (średnio 75,3 roku). Badane osoby podzielono na 3 grupy wiekowe: **A.** 61–70 lat (liczebność: 361 osób), **B.** 71–80 lat (748 osób) i **C.** powyżej 80 r. (330 osób). W każdej grupie wiekowej wyłoniono najpierw chorych na nadciśnienie tętnicze, przyjmując wielkość ciśnienia tętni-

czego powyżej 139/89 mm Hg, a następnie chorych z INS (ciśnienie skurczowe > 139, a rozkurczowe < 90 mm Hg. Odsetek chorych z INS i normotoników (ciśnienie tętnicze poniżej 140/90) wynosił, odpowiednio: w grupie **A.** 21,1% i 33,2%, w **B.** 29,1% i 36,1% i w **C.** 25,5% i 41,8%. Pomiaru ciśnienia tętniczego dokonywano w godzinach rannych na czczo po co najmniej 12-godzinnej przerwie w stosowaniu leków hipotensyjnych. Z użyciem *Mini Mental State Examination* (MMSE) oceniano funkcje poznawcze, oszacowano geriatryczną skalę oceny depresji (GDS) i użyto skali oceny równowagi i chodu według Tinettiego. Wykazano, że wraz z wiekiem dochodziło do obniżania się ciśnienia skurczowego i rozkurczowego oraz postępował ubytek funkcji poznawczych, nasilały się zaburzenia równowagi i chodu i wzrastała skala depresji. Pomiędzy wiekiem a wielkością MMSE i skali równowagi i chodu występowała istotna korelacja; odpowiednio: współczynniki korelacji  $r = -0,35$ ;  $p < 0,001$  i  $-0,41$ ;  $p < 0,001$ . Ponadto MMSE wykazywało istotnie dodatnią korelację z poziomem ciśnienia skurczowego ( $r = 0,12$ ;  $p < 0,001$ ) i klirensiem kreatyniny ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,001$ ). W grupie chorych z INS wartość MMSE była istotnie wyższa (śr. 23,15) niż u normotoników (śr. 21,70) ( $p < 0,001$ ). W grupach wiekowych istotne zróżnicowanie w zakresie MMSE okazało się jedynie w grupie C, w której obserwowano dodatnią korelację pomiędzy wielkością ciśnienia skurczowego a: MMSE ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,01$ ) i GDS ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,05$ ).

Autorzy wnioskuje, że: 1. hospitalizowanych chorych w podeszłym wieku z izolowanym nadciśnieniem skurczowym, szczególnie po 80 r., cechuje wyższy poziom funkcji poznawczych niż porównywalne wiekiem osoby z prawidłowym ciśnieniem tętniczym; 2. upośledzenie funkcji poznawczych postępuje wraz z wiekiem; 3. poziom depresji u osób w podeszłym wieku wydaje się niezależny od izolowanego nadciśnienia skurczowego.

## 21

### Tyreotropinemia a czynności poznawcze u osób w podeszłym wieku

Czesław Marcisz<sup>1</sup>, Jolanta Szkliniarz<sup>2</sup>, Tomasz Gołąb<sup>1</sup>, Grażyna Kurzawska<sup>1</sup>, Iwona Simon<sup>2</sup>, Beata Dębska<sup>1</sup>, Agnieszka Wodniok<sup>2</sup>, Barbara Urbaniak<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych Wydziału Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej AM (Tychy, Polska); <sup>2</sup>Oddział Geriatryczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 1 (Tychy, Polska)*

Jawne zaburzenia czynności tarczycy występujące w podeszłym wieku są często nacechowane nietypowymi objawami klinicznymi, m.in. zmianą nastroju i pojawianiem się znamion otępienia. W dostępnej literaturze wyniki badań dotyczące funkcji poznawczych w dystyrozach, zwłaszcza w postaciach subklinicznych, nie są jednoznaczne.

Celem pracy było określenie poziomu czynności poznawczych u osób w podeszłym wieku, hospitalizowanych i niehospitalizowanych, zróżnicowanych pod względem stężenia TSH w surowicy krwi.

Badano 501 osób w wieku powyżej 60 lat (śr.  $\pm$  SD =  $70,3 \pm 7,6$  roku), w tym 406 kobiet i 95 mężczyzn. Populacja ta obejmowała 247 osób hospitalizowanych (OH) na Oddziale Geriatrycznym w Tychach i 254 osób niehospitalizowanych (ONH), badanych w ramach akcji promocji zdrowia. W zależności od stężenia TSH w surowicy krwi, osoby te podzielono na 3 grupy: I — z prawidłową tyreotropinemią (stężenie TSH w surowicy =  $0,4-4,0$  mUI/l), II — z podwyższoną ( $> 4,0$ ) i III — z obniżoną tyreotropinemią ( $< 0,4$ ). U wszystkich badanych osób określono poziom funkcji poznawczych, posługując się skalą *Mini Mental State Examination* (MMSE). TSH oznaczono metodą immunoradiometryczną w surowicy krwi pobranej w godzinach rannych na czczo.

Grupa I liczyła 443 osoby, co stanowiło 80,7% badanej populacji, w grupie II było 55 osób (10%), a w grupie III — 51 osób (9,3%). Podwyższone stężenie TSH w surowicy u OH występowało częściej niż u ONH, odpowiednio: 17,8% vs. 6,7%, zaś obniżona tyreotropinemia była porównywalna w populacjach OH i ONH, mianowicie: 11,3% i 13,4%. Wykazano, że poziom funkcji poznawczych był u OH istotnie niższy (MMSE =  $23,2 \pm 5,8$ ) niż u ONH ( $26,3 \pm 2,8$ ;  $p < 0,001$ ). W poszczególnych grupach zróżnicowanych pod względem stężenia TSH w surowicy funkcje poznawcze mierzone skalą MMSE były porównywalne i nie różniły się istotnie statystycznie, mianowicie u OH w grupie I MMSE wynosiło  $22,7 \pm 6,0$ , w II =  $23,5 \pm 5,7$  i w III =  $25,4 \pm 3,2$  a u ONH: w grupie I =  $26,2 \pm 2,8$ , w II =  $26,1 \pm 2,2$  i w III =  $26,9 \pm 2,8$ . Z analizy regresji wynikało, że MMSE nie wykazywało istotnej korelacji z tyreotropinemią.

Autorzy wnioskują, że: 1. poziom funkcji poznawczych u osób w podeszłym wieku nie zależy od stężenia tyreotropiny w surowicy krwi; 2. u hospitalizowanych osób w podeszłym wieku występowanie podwyższonej tyreotropinemii jest częstsze, a poziom funkcji poznawczych jest niższy niż u osób niehospitalizowanych.

## Regularna aktywność ruchowa u osób starszych jest związana z niższym stężeniem fibrynogenu

Jadwiga Para<sup>2</sup>, Barbara Kostka<sup>2</sup>, Marta Michalska<sup>2</sup>, Katarzyna Prączko<sup>1</sup>, Ewa Rębowska<sup>1</sup>, Anna Jegier<sup>1</sup>, Wojciech Drygas<sup>1</sup>, Tomasz Kostka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej (Łódź, Polska); <sup>2</sup>Zakład Biochemii Farmaceutycznej Uniwersytetu Medycznego (Łódź, Polska)

**Wstęp.** Z roku na rok obserwujemy w naszym kraju, jak wynika z badań demograficznych, narastający proces starzenia się społeczeństwa. Problem ten staje się coraz bardziej poważny i wymusza konieczność podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej osób starszych. Główną przyczynę zgonu w tej grupie wiekowej stanowią choroby układu krążenia, a wśród czynników zagrożenia nimi zwraca się ostatnio coraz większą uwagę na fibrynogen (Fg). Jego zwiększony poziom, obserwowany u osób starszych, stanowi nie tylko istotny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego, ale także zgonu. Wraz z wiekiem badanych dochodzi również do spadku aktywności fizycznej, co stanowi kolejny element zagrażający ich zdrowiu. Celem pracy było zbadanie, czy zachowanie regularnej aktywności ruchowej w starszym wieku może korzystnie modyfikować poziom Fg.

**Materiał i metody.** W badaniach wzięła udział grupa 120 starszych osób (60 kobiet i 60 mężczyzn, w wieku 65–78 lat) o małej i dużej aktywności fizycznej, wyselekcjonowanych na podstawie kwestionariusza Stanford. U każdego z badanych dokonano pomiaru masy ciała, wzrostu, obwodu tali, bioder i procent zawartości tkanki tłuszczowej. Obliczono także wskaźniki BMI i WHR. Stężenie Fg w osoczu oznaczono chronometryczną metodą Clausa.

**Wyniki.** Średnie stężenie Fg wśród badanych osób wynosiło  $3,20 \pm 0,92$  g/l. Jego poziom był znacząco niższy u osób o wysokiej aktywności fizycznej ( $F = 4,86$ ;  $p = 0,03$ ) oraz w grupie mężczyzn ( $F = 4,75$ ;  $p = 0,03$ ). Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, kierunek zmian poziomu Fg pod wpływem aktywności ruchowej był taki sam ( $F = 1,27$ ;  $p > 0,1$ ). Nie wykazano natomiast istotnego statystycznie wpływu wieku ( $F = 1,48$ ;  $p > 0,1$ ), masy ciała ( $F = 1,18$ ;  $p > 0,1$ ), BMI ( $F = 1,33$ ;  $p > 0,1$ ), WHR ( $F = 0,69$ ;  $p > 0,5$ ), ani też % zawartości tkanki tłuszczowej ( $F = 1,07$ ;  $p > 0,1$ ) na poziom Fg.

**Wnioski.** Wśród badanych osób po 65 rż. kobiety charakteryzowały się wyższym stężeniem Fg w porównaniu z mężczyznami. Regularna aktywność ruchowa, nawet o umiarkowanej intensywności, związana jest z niższym poziomem Fg, zarówno wśród starszych kobiet, jak i męż-

czyn. Otrzymane wyniki sugerują, że poprzez promocję zachowań prozdrowotnych wśród osób starszych możliwa jest korzystna modyfikacja ryzyka sercowo-naczyniowego, między innymi przez wpływ na poziom Fg.

Finansowanie: granty Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Nr 502-13-229 i 502-16-109.

## 23

## Wpływ aktywności ruchowej na występowanie infekcji górnych dróg oddechowych u osób starszych

Katarzyna Prączko, Tomasz Kostka

Zakład Medycyny Zapobiegawczej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego (Łódź, Polska)

**Wstęp.** Celem pracy jest ocena zależności między aktywnością ruchową a występowaniem infekcji górnych dróg oddechowych (URTI, *upper respiratory tract infections*) u osób starszych oraz ocena potencjalnych czynników modyfikujących tę zależność.

**Materiał i metoda.** W badaniu uczestniczyło 300 osób — mieszkańców Łodzi w wieku 65–79 lat dobranych losowo na podstawie numeru PESEL. W ocenie prospektywnej obejmującej okres 1 roku posłużono się kwestionariuszem infekcyjnym monitorującym objawy chorobowe każdego dnia w roku. Aktywność ruchowa została oceniona na początku okresu badawczego za pomocą kwestionariusza aktywności ruchowej *Seven-Day Physical Activity Recall Questionnaire* (SDPAR). Spośród 146 osób wypełniających kwestionariusz infekcyjny przez cały rok wybrano grupę 115 osób, które nie były szczepione przeciw grypie. Zależność między liczbą epizodów oraz liczbą dni z objawami URTI/rok a poziomem wysiłku fizycznego o umiarkowanej i dużej intensywności w kcal/kg/tydz. oraz poziomem całkowitego wydatku energetycznego w kcal/kg/tydz. analizowano za pomocą testu korelacji rang Spearmana.

**Wyniki.** W badanej grupie 115 osób średnia wieku wynosiła  $69 \pm 4,05$  roku. Liczba kobiet wynosiła 64 (55,6%). Wskaźnik masy ciała (BMI) wyniósł  $28,3 \pm 4,4$ . Do najczęstszych chorób należało nadciśnienie tętnicze stwierdzone u 72,2% osób, choroba niedokrwienna serca — u 38,3%, dolegliwości ze strony układu ruchu — u 33,9%. Wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności wyniósł  $59,5 \pm 22,0$  kcal/kg/tydz., natomiast o dużej  $7,8 \pm 10,6$  kcal/kg/tydz. Całkowity wydatek energetyczny wyniósł  $270,6 \pm 14,4$  kcal/kg/tydz. Mediana wyliczona dla liczby epizodów z objawami URTI/rok wyniosła 2,0 (1,0–6,0), dla liczby dni z objawami URTI/rok 16,0 (4,0–48,0). Za pomocą współczyn-

nika korelacji rang Spearmana stwierdzono, że liczba dni z objawami infekcji w ciągu roku korelowała ujemnie z wydatkiem energetycznym związanym z wysiłkiem fizycznym o dużej intensywności ( $\rho = -0,21$ ;  $p = 0,029$ ) oraz z całkowitym całotygodniowym wydatkiem energetycznym ( $\rho = -0,20$ ;  $p = 0,036$ ).

**Wnioski.** Wraz ze wzrostem poziomu aktywności ruchowej maleje liczba dni i epizodów z objawami URTI. Kompleksowa ocena zależności między aktywnością ruchową a występowaniem URTI u osób po 65 rż. pozwoli na lepsze poznanie roli wysiłku fizycznego w promocji zdrowia osób starszych.

Finansowanie: grant Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Nr 502-16-109.

## 24

## Wpływ wieku na zdolność do wykonywania wysiłków krótkotrwałych i długotrwałych

Dorota Zaniewicz, Anna Jegier, Wojciech Drygas, Tomasz Kostka

Zakład Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego (Łódź, Polska)

**Wstęp.** W niniejszej pracy oceniano wpływ procesu starzenia się na zdolność do wykonywania wysiłków krótkotrwałych (wydolność anaerobowa — beztlenowa) i długotrwałych (wydolność aerobowa — tlenowa).

**Materiał i metody.** W badaniu uczestniczyło 203 mężczyzn w wieku 32–88 lat ( $56,7 \pm 10,3$  roku; średnia  $\pm$  odchylenie standardowe). Badaniami objęto mężczyzn uczęszczających do Poradni Zdrowego Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wydolność beztlenową oceniano podczas maksymalnego wysiłku sprinterskiego (2 ośmiosekundowych prób wykonywanych przy obciążeniu 0,25 N/kg i 0,45 N/kg masy ciała na cykloergometrze typu Monark). W wyniku próby uzyskano wielkość charakteryzującą wydolność anaerobową: moc maksymalną ( $P_{\max}$ ). Wydolność tlenową oceniano w trakcie klasycznej submaksymalnej próby wysiłkowej i wyrażono wskaźnikiem  $PWC_{85\%HR_{\max}}$ .

**Wyniki.** Średnia wielkość mocy maksymalnej w badanej grupie wynosiła  $572,8 \pm 147,9$  Wat (W). Średnia wielkość wskaźnika  $PWC_{85\%HR_{\max}}$  wyniosła  $151,0 \pm 43,2$  Wat. Testem korelacji potwierdzono znaczne obniżenie się mocy maksymalnej wraz z wiekiem ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ). Zależność  $PWC_{85\%HR_{\max}}$  wykazywała również ujemną korelację wraz z wiekiem ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,001$ ). Badaną grupę mężczyzn podzielono na 4 grupy wiekowe: 32–45 lat, 46–55 lat, 56–65 lat i powyżej 65 rż. W poszczególnych grupach

wiekowych przeprowadzono analizę wskaźników:  $PWC_{85\%HRmax}$ ,  $PWC_{85\%HRmax}/kg$  masy ciała,  $PWC_{85\%HRmax}/kg$  masy mięśnia czworogłowego uda,  $P_{max}$ ,  $P_{max}/kg$  masy ciała,  $P_{max}/kg$  masy mięśnia czworogłowego. Stwierdzono, iż parametry charakteryzujące wydolność anaerobową szybciej ulegają obniżeniu wraz z wiekiem niż wskaźniki charakteryzujące wydolność tlenową.

**Wnioski.** Otrzymane wyniki wskazują, że obniżanie się z wiekiem wskaźników charakteryzujących zdolność do wykonywania wysiłków krótkotrwałych w stosunku do wysiłków długotrwałych jest szybsze. Ze względu na potencjalne implikacje kliniczne (niepełnosprawność) warto zwrócić uwagę na wpływ treningu fizycznego nie tylko na wydolność aerobową, ale również na wydolność anaerobową.

Finansowanie: grant KBN Nr 3 PO5D 012 23 i grant Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Nr 502-16-109.

## 25

### Przydatność cystatyny C jako markera funkcji nerek u osób starszych

Anna Skalska, Ewa Sekman

*Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego (Kraków, Polska)*

**Wstęp.** Postępujący z wiekiem spadek masy mięśniowej oraz trudności z przeprowadzeniem dobowej zbiórki moczu w podeszłym wieku powodują, że powszechnie używane markery upośledzonej funkcji nerek — stężenie kreatyniny i jej klirens nerkowy — stają się mniej użyteczne. Celem pracy była ocena użyteczności stężenia cystatyny C w surowicy jako wskaźnika funkcji nerek u osób z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą typu 2.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 50 osób w wieku 42–92 lata, śr.  $65,6 \pm 11,76$  roku, 26 kobiet i 24 mężczyzn, z nadciśnieniem tętniczym trwającym od 0,5 roku do 40 lat, śr.  $17,1 \pm 12,7$  roku, 27 osób (54%) spośród badanych chorowało na cukrzycę typu 2 (1 miesiąc — 26 lat, śr. 6,42 roku). U wszystkich badanych oznaczono w surowicy stężenie kreatyniny, cystatyny C, a wielkość filtracji kłębkowej szacowano zgodnie z wzorem Cockcrofta-Gaulta. Analiza statystyczna: ponieważ średnie wartości stężeń kreatyniny, cystatyny C i wielkości filtracji kłębkowej dla grup osób bez cukrzycy i z cukrzycą nie różniły się, badaną grupę analizowano w całości. Ze względu na brak rozkładu normalnego wartości średnie porównywano testem U Manna-Whitneya, a zależność między zmiennymi szacowano korelacją Spearmana.

**Wyniki.** Stężenie cystatyny C w badanej grupie wynosiło 0,69–2,21 mg/l, średnio  $1,16 \pm 0,33$ , stężenie

kreatyniny 55,2–151,1  $\mu\text{mol/l}$ , śr.  $81,7 \pm 21,72$ , a filtracja kłębkowa 26,4–194,7, śr.  $84,74 \pm 29,81$ . U 35 badanych, czyli u 70%, stężenie cystatyny C było wyższe od wartości referencyjnych (powyżej 0,95 mg/l).

Analiza wykazała dobrą korelację między stężeniem kreatyniny i cystatyny C w surowicy,  $r = 0,56$ ,  $p = 0,000005$  oraz ujemną zależność między stężeniem cystatyny C a wielkością filtracji kłębkowej,  $r = -0,65$ ,  $p = 0,000001$ . W przeciwieństwie do kreatyniny stężenie cystatyny C zależało od wieku,  $r = 0,63$ ,  $p = 0,000001$ , a także od czasu trwania nadciśnienia tętniczego,  $r = 0,34$ ,  $p = 0,02$  i czasu trwania cukrzycy,  $r = 0,32$ ,  $p = 0,02$ . Osoby w wieku 75 lat i powyżej charakteryzowały się istotnie niższą wielkością filtracji kłębkowej i wyższym stężeniem cystatyny C, podczas gdy stężenie kreatyniny nie różniło się między grupami osób poniżej i powyżej 75 r.

**Wnioski.** U osób powyżej 75 r. cystatyna C jest lepszym markerem funkcji nerek niż stężenie kreatyniny.

## 26

### Długowieczność a produkty zaawansowanej glikacji

Arkadiusz Styszyński, Renata Podkówa, Katarzyna Wieczorowska-Tobis

*Pracownia Gerontologii i Geriatrii AM (Poznań, Polska)*

Białka organizmu człowieka są poddawane spontanicznemu procesowi glikacji, który polega na nieenzymatycznym przyłączaniu grup cukrowych w strukturę cząsteczek białkowych. Końcowe produkty zaawansowanej glikacji (AGEs) mogą podlegać akumulacji w organizmie, co wykazano u osób z cukrzycą, niewydolnością nerek i w podeszłym wieku. Uważa się, że AGEs mogą brać udział w patogenezie takich schorzeń, jak miażdżyca, osteoporoza, zaćma czy choroba Alzheimera. Celem badania było określenie wpływu długowieczności na stopień akumulacji AGEs w surowicy osób w wieku podeszłym.

W badaniu uczestniczyło 212 osób w dwóch grupach wiekowych: — **grupa A:** 74 osoby w wieku 65–67 lat, w tym 46 kobiet i 28 mężczyzn; żadna z osób badanych należących do tej grupy nie chorowała na cukrzycę; — **grupa B:** 138 osób w wieku 100 i więcej lat, (113 kobiet i 25 mężczyzn), w tym 11 osób z rozpoznaną wcześniej cukrzycą lub glikemią na czczo powyżej 140 mg/dl (**grupa B1:** 10 kobiet i 1 mężczyzna); pozostałe 127 osób zakwalifikowano do **grupy B2** (103 kobiety i 24 mężczyzn).

Zawartość AGEs w surowicy oznaczono, mierząc natężenie specyficznej dla nich fluorescencji przy długości fali emisji 418 nm i wzbudzenia 346 nm



wyrażonej we względnych jednostkach świetlnych (RLU, *reliable light units*). Pomiar przeprowadzono w nierozcieńczonych próbkach surowicy. Uzyskane wyniki przeliczono na stężenie albuminy w surowicy.

Średnie stężenie AGEs wyrażone w RLU nie różniło się pomiędzy grupami A i B2 i wynosiło w grupie A  $3953 \pm 792$ , a w grupie B  $4091 \pm 1297$ . Średnie stężenie AGEs wyrażone w RLU/g albuminy surowicy było istotnie statystycznie wyższe w grupie B2 (grupa B2:  $552 \times 10^3 \pm 185 \times 10^3$ ; grupa A:  $430 \times 10^3 \pm 96 \times 10^3$ ;  $p < 0,0001$ ), co wynika z niższych stężeń albuminy w tej grupie (odpowiednio:  $3,77 \pm 0,57$  g/dl i  $4,63 \pm 0,36$  g/dl;  $p < 0,0001$ ). Średnie stężenie AGEs (zarówno wyrażone w RLU, jak i w RLU/g albuminy) było porównywalne w grupach B1 i B2 (grupa B1:  $3982 \pm 1085$  i  $524 \times 10^3 \pm 180 \times 10^3$ ).

Nie wykazano wpływu wieku na zawartość AGEs w jednostce objętości surowicy osób badanych, jednak albumina w surowicy stulatków wykazuje większy stopień glikacji. Porównywalne stężenia AGEs w surowicy osób stuletnich chorych na cukrzycę najprawdopodobniej świadczą o niewielkim nasileniu zmian lub krótkim okresie trwania patologii.

## 27

### Świeży zawał ściany dolnej mięśnia serca leczony skutecznie trombolitycznie u 87-letniej chorej — opis przypadku

Wiesława B. Duda-Król, Agata Kusz-Rynkun, Adam Soszka, Dariusz Rynkun, Jolanta Pietrzak

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM, Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii Instytutu Kardiologii (Warszawa, Polska)

Wiadomo, że podstawowym celem leczenia w świeżym zawał mięśnia serca jest udrożnienie naczynia odpowiedzialnego za ostre niedokrwienie mięśnia serca. Cel ten można osiągnąć w drodze leczenia trombolitycznego, bądź stosując zabiegi kardiologii inwazyjnej — przezskórną angioplastykę wieńcową lub postawienie aortalno-wieńcowe.

O ile korzyści płynące z leczenia inwazyjnego są bezdyskusyjne i problemem może być jedynie dostępność metody, o tyle leczenie fibrynolityczne, zwłaszcza w grupie starszych osób, powyżej 75 rż., jest przedmiotem dalszych analiz.

W przedstawionej pracy opisano przypadek 87-letniej chorej ze świeżym zawałem ściany dolnej mięśnia serca leczonej skutecznie streptokinazą.

**Wnioski.** 1. W każdym przypadku świeżego zawału mięśnia serca należy dokładnie rozważyć wskazania i przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego. 2. Niezależnie do wieku chorego w sytuacji, kiedy leczenie inwazyjne nie jest możliwe, warto podjąć ryzyko leczenia trombolitycznego, jeżeli nie ma bezwzględnych przeciwwskazań.

## 28

### Występowanie kamicy przewodowej w grupie osób powyżej 65 roku życia — badanie retrospektywne na podstawie materiału własnego

Wiesława B. Duda-Król, Adam Soszka, Agata Kusz-Rynkun, Jolanta Pietrzak

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM (Warszawa, Polska)

**Wstęp.** W około 15% przypadków kamicy pęcherzyka żółciowego towarzyszy kamica przewodowa, natomiast u pacjentów po cholecystektomii kamicy przewodowej żółciowej wspólnego spotyka się u około 5–20% chorych. Wpływ na zapadalność na kamice żółciową ma wiele czynników, między innymi wiek, płeć, rasa, dieta bogatocholesterolowa. Wiadomo, że zapadalność na kamice pęcherzyka żółciowego wzrasta wraz z wiekiem i powyżej 60 rż. wynosi u kobiet około 30–40%, u mężczyzn 15–20%.

W połowie przypadków kamica przewodowa ma charakter bezobjawowy. Szczególnie trudnym problemem klinicznym jest kamica wewnątrzwątrobowa, prowadząca do cholestazy kanalikowej, postępujących zmian degeneracyjnych mięszu wątroby i dróg żółciowych.

Podstawową metodą leczenia niepowikłanej kamicy przewodowej żółciowej wspólnego jest usunięcie kamieni za pomocą technik endoskopowych, radiologii zabiegowej lub zabiegów chirurgicznych.

Celem pracy było określenie występowania kamicy przewodowej w populacji pacjentów powyżej 65 roku życia zgłaszających się na badanie endoskopowe cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW).

**Materiał i metody.** Badaniem retrospektywnym objęto 273 chorych, u których w latach 1999–2004 przeprowadzono ECPW z różnych wskazań. Badanie ECPW wykonywano duodenoskopem ED 200 XT firmy Fujinon

**Wnioski.** 1. Pacjenci powyżej 65 rż. (65–94 lata) stanowili 67% badanej populacji, z czego około 80% stanowiły kobiety a 20% mężczyźni (4:1). 2. Kamice przewodową rozpoznano u około 40% badanych

osób, z czego 84% stanowiły kobiety, a 16% mężczyźni. 3. Wiek pacjenta nie powinien stanowić ograniczenia dostępności nowoczesnych technik leczenia

29

### Przebieg choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy z uwzględnieniem tendencji do zanikania zjawiska sezonowości w grupie osób po 65 roku życia — w oparciu o retrospektywną analizę wyników badań endoskopowych w okresie 1994–2001

Agata Kusz-Rynkun<sup>1</sup>, Adam Soszka<sup>1</sup>,  
Wiesława B. Duda-Król<sup>1</sup>, Dariusz Rynkun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM (Warszawa, Polska); <sup>2</sup>Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii Instytutu Kardiologii (Warszawa, Polska)

Błona śluzowa żołądka i dwunastnicy jest nieustannie narażona na działanie różnych czynników uszkadzających. Istnieje także możliwość uszkodzenia błony śluzowej przez niesteroidowe leki przeciwzapalne, których nadużywanie uważa się za ważną przyczynę powstania wrzodów żołądka. Prawie 10% populacji (głównie osoby starsze) stosuje je przewlekłe. Od dawna wskazywano, że przebieg choroby wrzodowej ulega zmianom związanym z porami roku. Stwierdzenie takie traktuje się jako kanon. Większość publikacji podkreśla dwa szczyty zachorowań przypadające na okres wiosenny i jesienny. Ta sezonowość była niejednokrotnie podstawą zapobiegawczego wdrażania w tych okresach leków obniżających kwasność soku żołądkowego. **Celem pracy** była analiza występowania choroby wrzodowej w całej grupie pacjentów po 65 rż. z uwzględnieniem płci pacjentów oraz ocena sezonowego występowania choroby wrzodowej w grupie badanej i w wyodrębnionych grupach płci. **Analizą** retrospektywną objęto pacjentów badanych w Pracowni Endoskopii Szpitala Śródmiejskiego w Warszawie. Analizowano 10 414 badań endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego, z czego 4360 to pacjenci po 65 rż. Grupę podzielono pod względem płci. Chorobę wrzodową rozpoznawano na podstawie endoskopowego badania górnego odcinka przewodu pokarmowego.

**Wnioski.** 1. Obserwowana jest tendencja do malejącej na przestrzeni lat liczby rozpoznawanych wrzodów peptycznych żołądka i dwunastnicy — zwłaszcza rzadziej (u obu płci) są rozpoznawane wrzody żołądka. 2. W grupie kobiet na przestrzeni roku wrzody

peptyczne rozpoznawane są zdecydowanie częściej, niż w grupie mężczyzn. 3. Obserwowano wyraźne zatarcie sezonowości choroby wrzodowej w grupie badanej — nie występowała tendencja do dwóch sezonowych szczytów występowania choroby wrzodowej w miesiącach wiosennych i jesiennych.

30

### Stężenie cystatyny C a ultrasonograficzny obraz nerek u osób starszych — obserwacja wstępna

Barbara Gryglewska, Anna Skalska, Teresa Pawlik,  
Tomasz Grodzicki

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CM  
Uniwersytetu Jagiellońskiego (Kraków, Polska)

**Wstęp.** Celem pracy była ocena zależności między stężeniem cystatyny C a ultrasonograficznymi parametrami nerek.

**Materiał i metody.** Badaniami obejmowano chorych po 60 rż. U wszystkich badanych wykonano oznaczenie: stężenia mocznika, kreatyniny, klirensu kreatyniny oraz stężenie cystatyny C. Długość, szerokość oraz grubość kory obu nerek określono w trakcie badania ultrasonograficznego, stosując do dalszych obliczeń wartość uśrednioną wymiarów z obu nerek. Przeprowadzono analizę korelacji Spearmana między badanymi parametrami.

**Wyniki.** Przebadano 30 osób w średnim wieku  $74,3 \pm \pm 6,96$  roku. W tabeli przedstawiono charakterystykę badanych.

	Średnia $\pm$ SD
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	26,5 $\pm$ 4,4
Mocznik [mmol/l]	7,9 $\pm$ 4,0
Kreatynina [ $\mu$ mol/l]	88,9 $\pm$ 24,4
Klirens kreatyniny [ml/min]	71,8 $\pm$ 31,5
Cystatyna C [mg/l]	1,3 $\pm$ 0,37
Długość nerek [mm]	99,4 $\pm$ 8,8
Szerokość nerek [mm]	47,6 $\pm$ 6,9
Grubość kory nerek [mm]	15,3 $\pm$ 17,4

Stężenie cystatyny C korelowało z wiekiem ( $r = 0,56$ ), stężeniem mocznika ( $r = 0,54$ ), kreatyniny ( $r = 0,67$ ) oraz słabiej z klirensem kreatyniny ( $r = -0,35$ ). Natomiast żaden z ocenianych ultrasonograficznych wymiarów nerek nie korelował ze stężeniem cystatyny C.

**Wnioski.** Wstępne obserwacje wskazują, że u osób starszych wielkość nerek w ultrasonografii nie wykazuje związku ze stężeniem cystatyny C.

31

## Zmienność parametrów ciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę typu 2

Zygmunt Chodorowski<sup>1</sup>, Jacek Sein Anand<sup>1</sup>,  
Marek Wiśniewski<sup>1</sup>, Barbara Cyłkowska<sup>2</sup>,  
Adam Hajduk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc AM (Gdańsk, Polska); <sup>2</sup>Poradnia Diabetologiczna (Elbląg, Polska)

**Wstęp.** Celem pracy była ocena wpływu wieku na parametry ciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę typu 2 nieleczonych hipotensyjnie.

**Materiał i metody.** Badaniu poddano 433 pacjentów z Poradni Diabetologicznej w Elblągu (219 kobiet i 214 mężczyzn) w wieku od 40 do 94 lat (średnio  $60,7 \pm 10,0$  roku) nieotrzymujących leków hipotensyjnych przed przyjęciem do powyższej poradni. Pomiaru ciśnienia dokonywano sfigmomanometrem rtęciowym w pozycji siedzącej podczas dwóch kolejnych wizyt. Do obliczeń statystycznych użyto testu U Manna-Whitneya oraz testu współczynnika korelacji liniowej Pearsona zawartego w pakiecie Statistica 6.0.

**Wyniki.** Porównanie parametrów ciśnienia tętniczego między grupami (tab.).

Grupa wiekowa	Grupa I < 65 lat	Grupa II $\geq$ 65 lat	p
Średnie ciśnienie skurczowe $\pm$ SD	$139,1 \pm 15,7$	$144,8 \pm 17,7$	$< 0,001^*$
Średnie ciśnienie rozkurczowe $\pm$ SD	$82,7 \pm 7,9$	$77,4 \pm 9,5$	$< 0,001^*$
Średnie ciśnienie tętna $\pm$ SD	$56,4 \pm 13,1$	$67,4 \pm 16,0$	$< 0,001^*$

\*Test U Manna-Whitneya

Pacjentów podzielono na dwie grupy wiekowe:  $< 65$  r. (275 osób) i  $\geq 65$  r. (158 osób). Średnie ciśnienie skurczowe w grupie II wynosiło  $144,8 \pm 17,7$  mm Hg i było istotnie wyższe niż w grupie I —  $139,1 \pm 15,7$  mm Hg. Wzrostowi ciśnienia skurczowego towarzyszył spadek ciśnienia rozkurczowego ( $77,4 \pm 9,5$  vs.  $82,7 \pm 7,9$  mm Hg) i zwiększenie średniego ciśnienia tętna ( $67,4 \pm 16,0$  vs.  $56,4 \pm 13,1$  mm Hg). W całej populacji stwierdzono dodatnią korelację wartości ciśnienia skurczowego i ciśnienia tętna z wiekiem (współczynnik korelacji Pearsona odpowiednio: 0,21 i 0,4;  $p < 0,001$ ) oraz korelację ujemną ciśnienia rozkurczowego z wiekiem (współczynnik korelacji — 0,27;  $p < 0,001$ ). W każdej dekadzie życia stwierdzono wzrost ciśnienia skur-

czowego o 3,6 mm Hg i spadek ciśnienia rozkurczowego o 2,5 mm Hg, dające przyrost ciśnienia tętna o 6,1 mm Hg w okresie 10 lat.

**Wnioski.** 1. Średnie ciśnienie skurczowe oraz ciśnienie tętna były wyższe, zaś średnia wartość ciśnienia rozkurczowego była niższa w grupie pacjentów w wieku podeszłym w porównaniu z chorymi poniżej 65 r. 2. Stwierdzono występowanie korelacji liniowej między parametrami ciśnienia tętniczego a wiekiem. 3. W każdej dekadzie życia ciśnienie skurczowe wzrosło o 3,6 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe obniżyło się o 2,5 mm Hg, dając zwyczajnie ciśnienia tętna o 6,1 mm Hg na każde 10 lat życia.

32

## Ocena skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę typu 2 w wieku podeszłym

Zygmunt Chodorowski<sup>1</sup>, Jacek Sein Anand<sup>1</sup>,  
Marek Wiśniewski<sup>1</sup>, Barbara Cyłkowska<sup>2</sup>,  
Adam Hajduk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I Klinika Chorób Wewnętrznych AM (Gdańsk, Polska); <sup>2</sup>Poradnia Diabetologiczna (Elbląg, Polska)

**Materiał i metody.** Wśród chorych  $\geq 65$  r. utworzono pary dobrane losowo pod względem wieku i płci, otrzymując dwie grupy liczące po 137 osób (w każdej z nich było 96 kobiet i 41 mężczyzn (średnia wieku wynosiła  $78,3 \pm 6,0$  lat). Pomiaru ciśnienia dokonywano w pozycji siedzącej za pomocą sfigmomanometru rtęciowego podczas dwóch wizyt. Do analizy statystycznej użyto testu U Manna-Whitneya i testu  $\chi^2$ .

**Wyniki.** Stwierdzono różnicę średnich wartości ciśnienia skurczowego i ciśnienia tętna oraz brak różnicy średnich wartości ciśnienia rozkurczowego między obu badanymi grupami (tab. I).

**Tabela I. Porównanie ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i ciśnienia tętna między grupami**

Badane parametry	Chorzy na cukrzycę	Chorzy nieobciążeni cukrzycą	p*
Średnie ciśnienie skurczowe $\pm$ SD	$154,9 \pm 19,6$	$138 \pm 15,2$	$< 0,001$
Średnie ciśnienie rozkurczowe $\pm$ SD	$80,0 \pm 9,9$	$80,4 \pm 8,8$	NS*
Średnie ciśnienie tętna $\pm$ SD	$74,9 \pm 19,2$	$58,5 \pm 12,6$	$< 0,001$

\*Test U Manna-Whitneya

**Tabela II. Rodzaj i odsetkowa częstość stosowania leków hipotensyjnych**

	Chorzy na cukrzycę	Chorzy nieobciążeni cukrzycą	p*
Inhibitory konwertazy angiotensyny	71,5	67,9	NS
Diuretyki tiazydowe i tiazydopodobne	52,6	57,7	NS
Antagoniści wapnia	52,6	34,3	< 0,01
$\beta$ -andrenolityki	29,9	32,9	NS

\*Test  $\chi^2$ 

Z tabeli II wynika, że jedynie antagoniści wapnia były lekami istotnie częściej stosowanymi u chorych na cukrzycę w porównaniu z pacjentami cierpiącymi tylko na nadciśnienie tętnicze. Liczba leków hipotensyjnych używanych w obu grupach była podobna — średnio 2,27 u diabetyków i 2,25 wśród chorych bez cukrzycy. Stosowane leczenie hipotensyjne umożliwiło osiągnięcie docelowego ciśnienia tętniczego (< 130/80 mm Hg) u 10,2% pacjentów obciążonych cukrzycą w porównaniu z 40,2% pacjentów drugiej grupy, u których ciśnienie tętnicze wynosiło < 140/90 mm Hg ( $p < 0,001$ ; test  $\chi^2$ ).

**Wnioski.** 1. U chorych na cukrzycę leczonych niemal identyczną liczbą i podobnym składem leków hipotensyjnych średnie ciśnienie skurczowe i ciśnienie tętna były znamienne wyższe niż u pacjentów jedynie z nadciśnieniem tętniczym; nie stwierdzono różnicy w średnim ciśnieniu rozkurczowym w obu grupach. 2. U chorych na cukrzycę istotnie częściej niż u pozostałych pacjentów używano antagonistów wapnia. 3. Współwystępowanie cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego u chorych w wieku podeszłym w znacznym stopniu utrudnia osiągnięcie docelowych wartości ciśnienia tętniczego i wymaga zastosowania bardziej intensywnej terapii hipotensyjnej.

**33****Hipoteza etapowej progresji miażdżycy**

Zygmunt Chodorowski

*I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc AM (Gdańsk, Polska)*

Wieloletnie doświadczenie kliniczne wskazuje iż miażdżycą jest procesem dynamicznym z okresowym występowaniem zaostrzeń i zwolnień. O przebiegu i rozkładzie dynamiki miażdżycy decyduje sumaryczna, jakościowa i ilościowa przewaga czynników miażdżycorodnych lub miażdżycoochronnych. Uwzględniona mnogimi przyczynami zmiana wzajemnych

relacji tych czynników nasila lub obniża szybkość i zakres toczącego się procesu miażdżycowego w tętnicach. W średnim wieku wyraźnie przeważa miażdżycą jednoogniskowa z dominacją w tętnicach wieńcowych. Powodowane przez nią epizody martwicy narządowej niezakończone zgonem rzucają pomyślnie, gdy suma czynników sprawczych i obronnych zapewnia przewagę profilu miażdżycoochronnego. Większa część chorych po zawale serca lub udarze mózgowym dokonanym w wieku 40–60 lat osiąga stosunkowo długi czas przeżycia bez kolejnych epizodów miażdżycy, a więc bez postępu tego procesu w sposób klinicznie uchwytany. Długi okres zacisza w miażdżycy wynika ze spowolnienia mechanizmów promujących jej destrukcyjny postęp w naczyniach tętniczych i zwolnienia dynamiki tego procesu. Często zasadnicze znaczenie dla wydłużenia wieloletnich etapów bezobjawowych ma prozdrowotna postawa chorego i obniżenie nadmiernego psychicznego i fizycznego obciążenia organizmu. W wieku podeszłym miażdżycą jednoogniskowa staje się zjawiskiem rzadszym, przewagę zaś stopniowo zyskują następstwa miażdżycy wieloogniskowej o uogólnionym i przyspieszonym przebiegu aterosklerozy. Każdy kolejny etap miażdżycy o charakterze zazwyczaj skokowym manifestuje się nowym epizodem niedokrwienia narządowego o różnym obrazie klinicznym zależnym od lokalizacji procesu. Wraz z postępującym zaawansowaniem wieku częstość zaostrzeń i powikłań miażdżycy wzrasta, a odległość czasowa między nimi ulega skróceniu. To klinicznie uchwytne zjawisko jest widoczne najdobitniej u osób w wieku sędziwym, jakkolwiek istnieje tu wyraźne zróżnicowanie osobnicze. Rokowanie w miażdżycy, na różnych etapach jej zaawansowania, zależy w głównej mierze od promowania czynników ochronnych i eliminowania czynników prowokujących jej skokowy postęp. Jednak nawet optymalna ingerencja profilaktyczna i terapeutyczna staje się mniej skuteczna w najbardziej zaawansowanym wieku, a wskutek postępującej polipatologii prowadzenie właściwej aktywności fizycznej staje się często znacznie utrudnione lub wręcz niemożliwe.

**34****Ocena wybranych funkcji poznawczych u osób zdrowych i z elementami zespołu metabolicznego**Jarosław Derejczyk<sup>1</sup>, Barbara Kłapcińska<sup>2</sup>, Rafał Sołtysek<sup>1</sup><sup>1</sup>Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II (Katowice, Polska); <sup>2</sup>Katedra Nauk Fizjologiczno-Medycznych, Zakład Biochemii AWF (Katowice, Polska)

**Wstęp.** Celem pracy były: 1) Porównanie sprawności funkcji poznawczych, mierzonych szybkością wykonania testów znaków i łączenia cyfr w 2 grupach różniących się wartością BMI; 2) Ocena porównawcza wybranego panelu badań biochemicznych opisujących stan gospodarki lipidowej, węglowodanowej oraz statusu antyoksydacyjnego w obu grupach, w korelacji z testami oceniającymi funkcje poznawcze.

**Materiał i metody.** W badaniu poddano analizie dwie 12-osobowe grupy. Przyjęto, iż kryterium różnicującym będzie wartość BMI > 28. Pośrednio różniono w ten sposób badane grupy na grupę z mniejszą i większą ilością tkanki tłuszczowej. Grupę z wartością BMI > 28 określono grupą I. Średnia wartość BMI w tej grupie wynosiła 30,4. Grupa z BMI < 28 nazwana została grupą II. Średnia wartość BMI wynosiła tu 24,9. Funkcje poznawcze oceniano za pomocą testów znaków i łączenia cyfr. W obu grupach analizie poddano: BMI, wiek i płeć, stężenie retinolu,  $\gamma$ -tokoferolu, cholesterolu całkowitego oraz frakcji LDL i HDL, stężenie triglicerydów, fruktozaminy, poziom insulinemii, glikemii na czczo, stężenie białka C-reaktywnego, kwasu moczowego, aktywność dysmutazy ponadtlenkowej, aktywność katalazy, stężenie Se, aktywność peroksydazy glutationu, aktywność reduktazy glutationu, zawartość ryboflawiny, stężenie aldehydu malonowego, obecność przeciwciał przeciwko utlenionym LDL, stężenie hemoglobiny.

**Wyniki.** Analizę wyników przeprowadzono za pomocą testu U Manna-Whitneya, wykazując, że: grupa I znacząco statystycznie różniła się od grupy II wynikami testu znaków ( $p = 0,0304$ ), oraz stężeniem triglicerydów ( $p = 0,0179$ ), cholesterolu frakcji HDL ( $p = 0,0043$ ), fruktozaminy ( $p = 0,0327$ ), insulinią ( $p = 0,0015$ ), białka C-reaktywnego ( $p = 0,0194$ ) i stężeniem kwasu moczowego ( $p = 0,0079$ ). W następnym etapie za pomocą testu rang Spearmana analizowano wyniki uzyskane w powyższych dwu grupach, szukając korelacji oznaczonych parametrów biochemicznych z wynikami testu łączenia znaków i testu symboli. Badane grupy analizowano na podstawie podziału na grupę I i grupę II. Istotną statystycznie ujemną korelację uzyskano dla testu łączenia znaków i glikemii na czczo w grupie I (BMI > 28) ( $p = 0,0120$ ). W grupie II (BMI < 28) wykazano dodatnią korelację pomiędzy aktywnością katalazy i wynikami testu łączenia znaków ( $p = 0,0090$ ).

**Wnioski.** Grupa osób z podwyższonym BMI może być bardziej narażona na rozwój zaburzeń poznaw-

czych, co jest prawdopodobnie związane z obecnością anomalii biochemicznych towarzyszących zespołowi metabolicznemu.

35

### Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego u chorych na nadciśnienie tętnicze w bardzo zaawansowanym wieku z lub bez cukrzycy

Andrzej Kurek

*Katedra i Klinika Geriatrii (Katowice, Polska)*

**Wstęp.** Zaawansowany wiek, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca są dobrze udokumentowanymi czynnikami ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. W ostatnim czasie stwierdzono związek między stężeniem cystatyny C w surowicy (Cy-C) oraz niektórymi czynnikami ryzyka miażdżycy, jak stężenie w surowicy homocysteiny (Hc) i lipoproteiny (a) (Lp(a)). Celem pracy było określenie zależności między wskaźnikiem masy lewej komory (LVMI) a wybranymi czynnikami ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego u chorych na nadciśnienie tętnicze w bardzo zaawansowanym wieku z lub bez cukrzycy.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono u 21 chorych na nadciśnienie tętnicze (NT) w starszym wieku (74–92 lata) oraz u 9 chorych na NT i cukrzycę (NT + DM) w podobnym wieku (75–88 lat). U wszystkich chorych określono BMI, LVMI, stężenia w surowicy cholesterolu frakcji HDL i LDL, triglicerydów (TG) i Cy-C oraz wskaźnik insulinooporności (HOMA<sub>IR</sub>) na podstawie stężenia glukozy i insuliny w surowicy. Wyniki przedstawiono w tabeli.

	NT	NT+DM
BMI	27,6 ± 1,0	29,1 ± 1,4
HDL mg/dl	46,2 ± 3,7	41,8 ± 4,7
LDL mg/dl	124,1 ± 9,0	129,8 ± 15,8
TG mg/dl	113,5 ± 16,0	135,5 ± 15,8
HOMA <sub>IR</sub>	1,5 ± 0,3	4,5 ± 1,6*
S CY-C ng/ml	131,2 ± 16,6	121,2 ± 5,8
LVMI g/m <sup>2</sup>	117,5 ± 5,8	124,4 ± 7,3

\*Różnica istotna statystycznie,  $p < 0,05$

**Wnioski.** Obecność cukrzycy u starszych osób chorych na nadciśnienie tętnicze nie wiązała się ze zwiększeniem ryzyka dyslipidemii oraz stężenia cystatyny C i LVMI.

36

## Ocena parametrów czynności nerek u pacjentów w podeszłym wieku z nadciśnieniem tętniczym

Andrzej Kurek

Katedra i Klinika Geriatrii (Katowice, Polska)

**Wstęp.** Zaawansowany wiek i nadciśnienie tętnicze upośledzają czynność nerek. Tradycyjny wskaźnik tej czynności — stężenie kreatyniny w surowicy — nie odzwierciedla spadku filtracji kłębuszkowej u chorych w starszym wieku. Celem pracy było porównanie różnych wskaźników czynności nerek u chorych na nadciśnienie tętnicze w wieku podeszłym.

**Materiał i metody.** Porównano grupę 21 osób starszych ( $80,7 \pm 0,9$  roku) z grupą 21 osób młodych ( $36,3 \pm 1,8$  roku) chorych na nadciśnienie tętnicze z normoglikemią i prawidłowym stężeniem kreatyniny. Oznaczono stężenie kreatyniny i cystatyny C w osoczu oraz wydalanie z moczem albumin i  $\beta_2$ -mikroglobuliny. Klirens kreatyniny obliczono według wzoru Cockcrofta-Gaulta.

**Wyniki.** Grupy różniły się istotnie pod względem wszystkich wskaźników czynności nerek, poza stężeniem kreatyniny (tabela).

	Starsi z nadciśnieniem tętniczym	Młodzi z nadciśnieniem tętniczym
BMI	$27,6 \pm 1,0$	$28,0 \pm 1,0$
Kreatynina w surowicy ( $\mu\text{mol/l}$ )	$88,6 \pm 0,8$	$84,1 \pm 0,8$
Klirens kreatyniny (ml/min)	$53,4 \pm 3,6$	$121,5 \pm 6,6^*$
Cystatyna C w surowicy (ng/ml)	$131,2 \pm 10,0$	$106,2 \pm 6,4^*$
Albuminuria (mg/24 h)	$11,6 \pm 1,9$	$31,6 \pm 8,6^*$
$\beta_2$ -mikroglobulina w moczu (ng/24 h)	$313,1 \pm 89,01$	$119,9 \pm 20,0^*$

\*Różnica istotna statystycznie,  $p < 0,05$ 

37

## Leczenie nadciśnienia tętniczego u chorych w wieku podeszłym

Zygmunt Chodorowski, Jacek Sein Anand,  
Adam Hajduk, Piotr Piłeczki, Anna KuncewiczI Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc AM  
(Gdańsk, Polska)

**Wstęp.** Badania zostały przeprowadzone u losowo wybranych chorych na nadciśnienie tętnicze za-

mieszkujących domy opieki społecznej na terenie Trójmiasta.

**Materiał i metody.** Analizie poddano dokumentację lekarską 178 chorych, w tym 136 kobiet i 42 mężczyzn w wieku od 65 do 98 lat (śr. 81,9 roku) leczonych hipotensyjnie w latach 2002–2004. Izolowane nadciśnienie skurczowe (RR skurczowe  $\geq 140$  mm Hg, RR rozkurczowe  $< 90$  mm Hg) stwierdzono u 110 pacjentów (61,8%). W badaniu posługiwano się manometrem rtęciowym. Pomiaru wykonywano wielokrotnie w odstępach od 2 do 6 tygodni, uwzględniając w analizowanym materiale wynik średni.

**Wyniki.** Dziewiętnastu chorych z różnych przyczyn przerwało terapię (10,7%). W monoterapii pozytywny wynik, tzn. spadek RR poniżej 140/90 mm Hg, uzyskano u 18 pacjentów (11,3%). Stało się to możliwe dzięki przyjmowaniu inhibitorów konwertazy angiotensyny (11 osób) lub niedihydropirydynowych antagonistów wapnia (5 osób), zaś pozostałe dwa przypadki były leczone innymi lekami hipotensyjnymi. Politerapia okazała się skuteczna u 29 chorych (18,2%). Najbardziej udanym zestawem leków hipotensyjnych były inhibitory konwertazy angiotensyny w połączeniu z diuretykami tiazydowymi i/lub niedihydropirydynowymi antagonistami wapnia.

Prawidłowego RR nie osiągnięto u 40 chorych poddanych monoterapii i u 72 pacjentów poddawanych politerapii. Dwoma lub trzema preparatami były leczone 63 osoby, zaś czterema lub pięcioma zaledwie 9 chorych (12,5%). Najczęściej stosowanymi lekami w populacji były inhibitory konwertazy angiotensyny (77,7% przypadków), niedihydropirydynowi antagoniści wapnia (42,9% przypadków) i diuretyki tiazydowe (40,2% przypadków). Zwraca szczególną uwagę stosunkowo częste rekomendowanie Normatenu (11,6% przypadków), krótkodziałającej nifedypiny (9,8% przypadków) oraz nieużywanie w ogóle blokerów receptora angiotensynowego.

**Wnioski.** 1. Skuteczność leczenia hipotensyjnego u chorych powyżej 65 rż. wynosiła 29,5%. 2. Dość mała efektywność terapeutyczna była zapewne spowodowana zbyt częstym stosowaniem monoterapii (36,4%) i zbyt rzadkim zalecaniem powyżej trzech leków hipotensyjnych (12,5%). 3. Najczęściej używanymi lekami były inhibitory konwertazy angiotensyny, niedihydropirydynowe preparaty antagonistów wapnia i diuretyki tiazydowe. 4. Do błędnego postępowania można zaliczyć rekomendowanie krótkodziałających preparatów nifedypiny (9,8%). 5. Pomimo istnienia wskazań żaden z chorych nie był leczony blokerami receptora angiotensynowego.

38

## Wtórna nadpłytkowość w przebiegu nowotworów złośliwych w różnych grupach wiekowych

Zygmunt Chodorowski<sup>1</sup>, Jacek Sein Anand<sup>1</sup>,  
Andrzej Kopacz<sup>2</sup>, Janusz Emerich<sup>3</sup>,  
Jan Skokowski<sup>4</sup>, Anna Skalska<sup>1</sup>,  
Marta Twardowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrej Zatruc AM (Gdańsk, Polska); <sup>2</sup>Klinika Chirurgii Onkologicznej AM (Gdańsk, Polska); <sup>3</sup>Klinika Ginekologii AM (Gdańsk, Polska); <sup>4</sup>Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AM (Gdańsk, Polska)

**Wstęp.** Nadpłytkowość wtórna występuje jako objaw w wielu procesach nowotworowych, chorobach hematologicznych i stanach zapalnych. Celem pracy była ocena częstości występowania nadpłytkowości wtórnej u chorych z litymi nowotworami złośliwymi płuc, układu pokarmowego i narządu rodowego.

**Materiał i metody.** Analizie poddano 1549 chorych w wieku od 21 do 92 lat (średnio  $69,8 \pm 16,7$  roku), w tym 783 poniżej 65 rż. i 766 powyżej 65 rż. Rozpoznanie nowotworu złośliwego ustalono na podstawie badania histopatologicznego materiału po operacyjnego i/ lub biopsyjnego. Za nadpłytkowość wtórną uznawano liczbę płytek powyżej  $400 \times 10^9/l$  uzyskaną w co najmniej dwóch badaniach. W opracowaniu statystycznym wyników stosowano test  $\chi^2$ .

**Wyniki.** Tabela I.

**Wnioski.** 1. U chorych z rakiem żołądka, jelita grubego, szyjki macicy, trzonu macicy, jajnika nadpłytkowość wtórna występowała nieznacznie częściej w wieku powyżej 65 rż. 2. U pacjentów z rakiem płuca w wieku podeszłym stwierdzono znamienne częstszą obecność nadpłytkowości wtórnej w porównaniu z młodszą grupą wiekową.

39

## Sztynność dużych naczyń tętnicznych i ciśnienie tętnicze u stulatków oraz ich potomstwa

Tomasz Jachymczyk, Alicja Klich-Rączka, Jolanta Życzkowska, Tomasz Grodzicki

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii  
(Kraków, Polska)

**Wstęp.** Celem pracy była ocena ciśnienia i sztywności dużych naczyń tętnicznych u osób stuletnich i ich potomstwa, w porównaniu z grupą kontrolną.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w ramach projektu KBN — „Ocena Stanu Zdrowia Polskich Stulatków ze szczególnym uwzględnieniem układu krążenia”. Zbadaliśmy 3 grupy osób: 59 stulatków (osoby, które ukończyły w roku przeprowadzenia badania 100 lat lub więcej), 51 dzieci stulatków oraz 50-osobową grupę kontrolną, dobraną do dzieci stulatków pod względem: wieku, płci (rodzice tych osób zmarli w wieku pomiędzy 60 a 80 rż.). Sztynność naczyń oceniano za pomocą aparatu Sphygmocor, który pozwala na uzyskanie wykresu fali tętna w aorcie wstępującej, uzyskanej za pomocą tonometru aplanacyjnego fali tętna na tętnicy promieniowej. Oznaczono następujące parametry: ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, obwodowe (SBP, DBP) i w aorcie wstępującej (SBPc, DBPc) oraz ciśnienie średnie (MBP); ciśnienie tętna obwodowe i centralne (PP, PPc); ciśnienie wzmocnienia w aorcie (AP — wzmocnienie SBPc pod wpływem fali odbitej); współczynnik wzmocnienia (Alx oraz Alx75 — wystandardyzowany względem akcji serca 75/min); czas do powrotu fali odbitej (Tr).

**Wyniki.** Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w średnich wartościach ciśnienia obwodowych, centralnych i średnich pomiędzy badanymi grupami,

Tabela I. Częstość występowania nadpłytkowości wtórnej w wybranych litych nowotworach złośliwych

Rodzaj procesu złośliwego	Wiek < 65 rż.			Wiek $\geq$ 3 65 rż.			p
	Liczba chorych	Liczba przypadków wtórnej nadpłytkowości	%	Liczba chorych	Liczba przypadków wtórnej nadpłytkowości	%	
Rak płuca	159	22	13,8	184	45	24,5	< 0,05
Rak żołądka	92	10	10,9	106	13	12,3	> 0,05
Rak jelita grubego	141	15	10,6	135	17	12,6	> 0,05
Rak szyjki macicy	189	21	11,1	147	20	13,6	> 0,05
Rak trzonu macicy	115	11	9,6	128	13	10,2	> 0,05
Rak jajnika	87	11	12,6	66	9	13,6	> 0,05

choć zauważono tendencję do wyższych wartości SBP i SBPc oraz MBP w grupie kontrolnej w porównaniu z pozostałymi grupami. Grupa potomstwa odznaczała się najniższymi wartościami ciśnienia tętna zarówno obwodowego ( $72,7 \pm 21,8$  vs.  $65,1 \pm 21,8$  vs.  $78,3 \pm 19,3$  mm Hg;  $p < 0,01$ ; odpowiednio: stulatki vs. potomstwo vs. kontrola), jak i centralnego ( $58,4 \pm 20,2$  vs.  $53,4 \pm 18,2$  vs.  $63,4 \pm 17,4$  mm Hg;  $p < 0,05$ ; odpowiednio: jw.) w porównaniu z pozostałymi grupami. Oszacowana na podstawie Alx75 ( $32,2 \pm 8,8$  vs.  $30,2 \pm 7,4$  vs.  $29,8 \pm 8,2$  %;  $p < 0,05$ ; odpowiednio: jw.), jak i Tr ( $124,7 \pm 9,4$  vs.  $134,3 \pm 9,5$  vs.  $131,9 \pm 9,4$  ms;  $p < 0,001$ ; odpowiednio: jw.) sztywność naczyń była największa w grupie stulatków.

**Wnioski.** 1. Sztywność naczyń stulatków choć jest większa niż w młodszych grupach wiekowych, to jednak jej wartość bezwzględna jest niższa od spodziewanej. 2. Potomstwo stulatków wydaje się grupą w relatywnie najlepszej kondycji układu sercowo-naczyniowego, w której odzwierciedla się korzystne współdziałanie dziedzicznych czynników przekazanych od długowiecznych rodziców.

40

### Ocena stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) u pacjentów w wieku podeszłym hospitalizowanych w klinice geriatryi CM w Bydgoszczy w latach 2002–2004

Jadwiga Motyl<sup>1</sup>, Katarzyna Porzych<sup>1</sup>, Joanna Kołakowska<sup>1</sup>, Hanna Kubik-Swierczyńska<sup>1</sup>, Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>1</sup>, Tomasz Kornatowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Geriatrii, <sup>2</sup>Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii UMK (Toruń, Polska), CM im. L. Rydygiera (Bydgoszcz, Polska)

Zaburzenia wydzielania gruczołu tarczowego u osób w wieku podeszłym jest dość powszechne. Rozpoznanie utajonej (subklinicznej) nadczynności tarczycy nie jest możliwe na podstawie badań klinicznych z uwagi na brak typowych objawów. Do szczególnie ważnych badań czynności tarczycy należy określenie stężenia TSH zwłaszcza metodami ultraczułymi. Celem pracy jest ukazanie nieprawidłowości wydzielania tego hormonu u pacjentów w wieku podeszłym. Do analizy włączono 805 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Geriatrii CM w Bydgoszczy w wieku 65–85 lat. U wszystkich chorych w ramach badań rutynowych oznaczono stężenie TSH. W przypadku nieprawidłowości

wartości TSH z różnych przyczyn oznaczono stężenie fT3, fT4. Stwierdzono, że w grupie badanej najczęściej występuje utajona nadczynność tarczycy.

41

### Incydentaloma nadnerczy jako problem kliniczny u chorych w starszym wieku w porównaniu z młodszymi pacjentami

Katarzyna Legierska, Maria Kowalczyk-Kowalska, Mirosława Janowska, Jan Szewieczek, Jan Duława

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych oraz Katedra i Klinika Geriatrii Śląskiej AM (Katowice, Polska)

**Wstęp.** Wykryte przypadkowo guzy nadnerczy (*incydentaloma*) stają się coraz częstszym problemem w praktyce klinicznej. Częstość ich występowania szacuje się na 0,5–2% w tomografii komputerowej. Najważniejszym elementem diagnostyki różnicowej jest określenie aktywności hormonalnej guza oraz wykluczenie jego złośliwego charakteru. Celem pracy była kliniczna charakterystyka chorych hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych oraz w Klinice Geriatrii, u których wykryto przypadkowo klinicznie bezobjawowy guz nadnerczy.

**Materiał i metody.** Dokonano analizy 33 przypadków *incydentaloma* nadnerczy, porównując grupę chorych powyżej 60 r. (14 osób) z grupą chorych młodszych (19 osób).

**Wyniki.** Średni wiek chorych w grupie młodszej wynosił  $51,4 \pm 5,9$  roku (31–59), natomiast w grupie starszej —  $69,4 \pm 5,6$  roku (62–80). W obydwu grupach stwierdzono przewagę liczebną kobiet (79% w grupie młodszej oraz 71% w grupie starszej). Średni wskaźnik masy ciała wynosił  $31,9 \pm 6,3$  kg/m<sup>2</sup> (19,4–47) w grupie młodszej oraz  $26,5 \pm 3,4$  kg/m<sup>2</sup> (21,5–31,5) w grupie chorych powyżej 60 r. Otyłość i dyslipidemia występowały znacząco rzadziej w grupie starszej (odpowiednio: 29% vs. 63% i 43% vs. 74%). Pozostałe zaburzenia metaboliczne występowały z podobną częstością w obydwu grupach (nadciśnienie tętnicze — 79% w grupie starszej vs. 74% w grupie młodszej, cukrzyca — 29% vs. 21%). Zaburzenia hormonalne stwierdzono u 5 osób w grupie starszej (36%) oraz u 6 osób w grupie młodszej (32%). Podejrzanie rozrostu złośliwego dotyczyło 1 osoby w grupie starszej.

**Wnioski.** W grupie chorych starszych w porównaniu z młodszymi zaburzenia hormonalne występowały



z podobną częstością, natomiast niektóre zaburzenia metaboliczne (otyłość, dyslipidemia) rzadziej.

42

### Problemy rozpoznania i leczenia mielodysplazji transformującej w ostrą białaczkę u pacjentów powyżej 80 roku życia

Anna Waclawik, Jan Szewieczek, Jerzy Paprocki, Bogusława Januszewska

*Katedra i Klinika Geriatrii oraz Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Śląskiej AM (Katowice, Polska)*

**Wstęp.** U chorych w podeszłym wieku często stwierdza się niedokrwistość. Diagnostyka różnicowa musi uwzględniać zwiększone ryzyko zespołów mielodysplastycznych (MDS). Interpretacja wyników badań jest trudna z uwagi na złożoną często etiologię i odmienne przebieg chorób w starości. Jeszcze większym problemem jest wybór leczenia.

**Materiał i metody.** Przeanalizowano problemy diagnostyki i leczenia mielodysplazji transformującej w ostrą białaczkę na przykładzie 2 chorych powyżej 80 rż.

**Wyniki.** Diagnostyka różnicowa odpornej niedokrwistości pozwoliła w obydwu przypadkach rozpoznać MDS typu RAEB-t ze zwiększoną odpowiednio do 22% i 26% liczbą blastów w szpiku. Problemem były inne współistniejące choroby przewlekłe w tym przewlekłe zakażenia. Istniejące uwarunkowania stanowiły przeciwwskazania do leczenia cytostatycznego. Przebieg choroby był w obydwu przypadkach stosunkowo powolny.

**Wnioski.** Współistniejące z MDS choroby ograniczają możliwość leczenia cytostatycznego. Przewlekłe zakażenia mogą być czynnikiem wyzwalającym klonalne zaburzenia krwiotworzenia. Wiek i współistniejące choroby mogą modyfikować dynamikę MDS negatywnie lub pozytywnie, jednocześnie wpływają na decyzje terapeutyczne.

43

### Neurobiologia depresji u osób starszych — implikacje terapeutyczne

Jarosław Derejczyk

*Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II (Katowice, Polska)*

Na podstawie o uznanej obserwacji klinicznej, iż z wiekiem wzrasta u ludzi częstość występowania de-

presji, dokonano przeglądu zmian biochemicznych i tkankowych odpowiedzialnych za to zjawisko. Z częstszym występowaniem depresji może wiązać się słabnąca z wiekiem adaptacja mózgu na przewlekły stres. Do osłabionej adaptacji na poziomie neuronu usposabiają: utrudnienie w zachowaniu równowagi oksydoredukcyjnej, kumulacja niespecyficznych produktów metabolizmu tlenu i glukozy, kumulacja białek proapoptotycznych, zmieniona aktywność enzymów i receptorów, rozhamowanie prążkowiowej części układu limbicznego w związku z niedoborem dopaminy, predyspozycje do wzmożonej produkcji glutaminianu, osłabienie bariery krew–mózg, mikroudary w przebiegu nadciśnienia, niedokrwienie mózgu, wpływ hiperinsulinemii na mózg, glejosenescencja, choroba drobnych naczyń, andropauza i menopauza, niedobór melatoniny, stosowana polipragmazja. W konsekwencji obserwowane są: zaburzenia ilości monoamin, receptorowa dysregulacja neuroprzekąźnictwa, zmieniona regulacja mózgowych części osi PPN (podwzgórze-przysadka-nadnercza) z jej przedłużoną aktywacją, zmieniona cytokinogeneza, zaburzenia neurogenezy i plastyczności neuronalnej. Obserwacja osób długowiecznych, które pomimo wielu szkodliwych czynników psychospołecznych i chorobowych potrafią zachować adaptację i są pogodne, sugeruje że odpowiedź na pytanie o sprawną reakcję neuronów, zawiera się w typie transkrypcyjnej odpowiedzi komórki na stresory. Taki anty-senescencyjny profil transkrypcji ma znaczenie w unikaniu depresji. Do białek odpowiedzi na czynnik depresyjogenny należą: białko wiążące czynnik odpowiedzi na cAMP (CREB, **c** AMP response **e**lement **b**inding protein) i czynnik neurotroficzny pochodzenia mózgowego (BDNF, **brain-derived neurotrophic factor**). Obydwa są związane z plastycznością synaps i odpornością neuronów przed uszkodzeniami. Zmiany w depresji prowadzą do zaniku struktur regulujących pamięć i nastrój. W depresji obserwuje się zanik objętości kory przedczołowej ze zmniejszeniem objętości hipokampa i osłabienie transmisji serotoninowej. U osób starszych obserwowane są również zaniki jąder podstawy mózgu. W przyszłości leki przeciwdepresyjne będą uwzględniały modyfikację neurogenezy i modulację osi PPN. W celu odrzucenia negatywnego skojarzenia, że osoby starsze to ludzie smutni i zapominający się, istnieje potrzeba nowych metod leczenia chorób neurodegeneracyjnych.

## TEMATYKA SPOŁECZNA

44

### Czy starzenie się jest nierozłącznie związane ze zmniejszaniem się prężności parcjalej tlenu we krwi? Wnioski z badania polskich stulatków, POLSTU 2001

Katarzyna Broczek<sup>1</sup>, Małgorzata Kupisz-Urbańska<sup>1</sup>, Małgorzata Mossakowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Geriatrii Klinicznej AM (Warszawa, Polska);

<sup>2</sup>Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej (Warszawa, Polska)

Od końca lat 60. XX wieku w piśmiennictwie światowym toczy się dyskusja na temat związanych z wiekiem zmian wymiany gazowej i prężności parcjalej tlenu we krwi tętnicznej (PaO<sub>2</sub>). Celem pracy była ocena układu oddechowego i wydolności oddechowej u osób, które ukończyły 100 lat, oraz porównanie wskaźników stanu układu oddechowego u stulatków z odpowiadającymi im wskaźnikami w grupie osób 65-letnich.

Grupę badaną stanowiły 93 kobiety i 13 mężczyzn w wieku 100,0–108,2 roku. Grupę kontrolną stanowiło 47 kobiet i 24 mężczyzn w wieku 65,0–67,6 roku. W badaniu zastosowano następujące metody: badanie podmiotowe i przedmiotowe, kompleksową ocenę geriatryczną z uwzględnieniem stanu umysłowego, zdolności do samoobsługi i sprawności ruchowej oraz przezskórny pomiar wysycenia hemoglobiny tlenem za pomocą pulsoksymetru, wykonywany w pozycji leżącej, siedzącej i po wysiłku.

Prawie połowa badanych stulatków chorowała w przeszłości na zapalenie płuc. Co trzeci stulatek zgłaszał duszność, a co czwarty — przewlekły kaszel. Nieprawidłową budowę klatki piersiowej stwierdzono u 80% badanych stulatków. Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) rozpoznano na podstawie badania klinicznego u 12% stulatków. Pulsoksymetria wykazała, że u zdecydowanej większości badanych stulatków wysycenie hemoglobiny tlenem (SpO<sub>2</sub>) wynosiło co najmniej 95%, co odpowiada zakresowi normy dla osób dorosłych. Jedynie u 5% badanych stulatków SpO<sub>2</sub> była mniejsza od 90%, wartości uznawanej za próg niewydolności oddechowej. U stulatków z POChP i osób z dużym stopniem niesprawności fizycznej, wartości SpO<sub>2</sub> były mniejsze niż w pozostałej grupie stulatków. Nie stwierdzono korelacji między SpO<sub>2</sub>, a przebytymi chorobami ani stanem umysłowym

stulatków. Wartości SpO<sub>2</sub> w pozycji leżącej nie różniły się u stulatków i osób z grupy kontrolnej, natomiast w pozycji siedzącej i po wysiłku mediana SpO<sub>2</sub> była większa u osób 65-letnich, ale różnice, choć istotne statystycznie, nie przekraczały 2%.

**Wnioski.** U większości osób stuletnich zachowana jest wydolność oddechowa oceniana za pomocą przezskórnego pomiaru wysycenia hemoglobiny tlenem, a tylko u niewielkiego odsetka badanych można podejrzewać niewydolność oddechową.

Część badawcza pracy finansowana w ramach projektu PBZ–KBN–022/P05/1999 pt.: „Genetyczne i środowiskowe czynniki długowieczności polskich stulatków”, koordynowane przez Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie.

45

### Program badania polskich stulatków — oczekiwania a rzeczywistość

Małgorzata Mossakowska, Beata Jaczewska

Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej (Warszawa, Polska)

W multidyscyplinarnym programie koordynowanym przez Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie wzięły udział 22 zespoły badawcze zgrupowane w 7 podprojektach poświęconych: ocenie stanu zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem układu sercowo-naczyniowego (prof. T. Grodzicki); psychologicznym mechanizmom funkcjonowania stulatków (dr hab. E. Szeląg); ocenie stanu psychicznego i neurologicznego, w tym otępienia i zaburzeń pozapiramidowych (dr A. Pfeffer-Baczuk); ocenie układu neuroendokrynnego (prof. B. Baranowska), immunologicznego (prof. E. Sikora) i potencjału antyoksydacyjnego (prof. B. Kłapcińska); badaniu polimorfizmów wybranych genów i aberracji chromosomowych (prof. M. Witt). W banku materiału genetycznego zgromadzono 160 linii unieśmiertelnianych limfocytów, ponad 300 próbek genomowego DNA, po 143 próbki RNA i cDNA oraz osocze, krwinki czerwone, surowicę od ponad 150 osób. Materiał ten, wraz z danymi zgromadzonymi w specjalnie stworzonej bazie, jest udostępniany także zespołom badawczym spoza programu.

Jednym z głównych problemów utrudniających prowadzenie badań były nieaktualne listy adresowe otrzymywane z rejestru PESEL. Drugim zaś, była niemoż-

ność potwierdzenia daty urodzenia. Dotyczyło to 14% respondentów, w tym aż 40% odwiedzonych mężczyzn. Aby spełnić założenia Programu, odwiedzono 400, a nie, jak pierwotnie zakładano, 350 osób. Lekarze, którzy odwiedzili 193 osoby, musieli niejednokrotnie odbywać dalekie podróże.

W przypadku osób w bardzo podeszłym wieku czynniki zdrowotne wydają się dominująco wpływać na ocenę jakości życia, nie można jednak pominąć czynników socjalno-bytowych. Ze względu na przyznawane stulatom emerytury nadzwyczajne ich sytuacja ekonomiczna jest dobra, a nieliczne wyjątki są spowodowane patologią w rodzinie. Ocena sytuacji mieszkaniowej musi być dokonywana indywidualnie, gdyż obiektywnie złe warunki mieszkaniowe są często spełnieniem woli osoby starszej. Pozostanie w starym domu bez wygód jest rekompensowane zachowaniem więzi społecznych. Należy zaznaczyć, że bariery architektoniczne występujące w miastach są dla najstarszych Polaków powodem pogłębienia uczucia osamotnienia. Mimo iż samooceny jakości życia dokonało tylko 20% badanych stulatków, można wnosić, że najbardziej zadowoleni są ci, którzy żyją w rodzinach wielopokoleniowych w miejscu swojego stałego zamieszkania.

Praca finansowana przez MNiI (KBN) w ramach projektu PBZ-KBN-022/PO5/1999 „Genetyczne i środowiskowe czynniki długowieczności polskich stulatków”.

46

## Stulatak jako pacjent geriatryczny

Katarzyna Broczek<sup>1</sup>, Małgorzata Mossakowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Geriatrii Klinicznej AM (Warszawa, Polska);

<sup>2</sup>Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej (Warszawa, Polska)

Osoby, które przekroczyły 100 rok życia, stanowią wyjątkową grupę w populacji ludzi długowiecznych. Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że stulatkowie osiągają ekstremalną długowieczność w procesie selekcji demograficznej dzięki korzystnemu profilowi genetycznemu i mniejszemu narażeniu na czynniki środowiskowe. Celem pracy jest przedstawienie sprawności i ogólnego stanu zdrowia stulatków zbadanych w ramach programu POLSTU 2001.

Jednym z mierników sprawności może być tryb życia osób badanych, który podzielono na pięć kategorii: leżący, leżący-siedzący, siedzący, siedząco-chodzący i chodzący. Spośród 304 zbadanych stulatków do poszczególnych kategorii należało odpowiednio: 11%, 24%, 11%, 25%

i 29% badanych. Wśród podstawowych czynności życia codziennego stulatom najmniej trudności sprawia prze-mieszczanie się, czynność tę wykonuje samodzielnie 60% badanych. Około 40% osób samodzielnie je i dokonuje toalety osobistej, a podobny odsetek badanych kontroluje wydalanie moczu. Co trzeci stulatak jest w stanie samodzielnie się ubrać, a co dziesiąty wykąpać. Około 1/3 badanych ma poważne zaburzenia słuchu utrudniające komunikację, a 2/3 — znaczne pogorszenie wzroku.

Badacze amerykańscy zaproponowali podział stulatków na trzy grupy: Survivors, czyli osoby, które osiągnęły długowieczność mimo współistniejącej choroby przewlekłej z listy 10 najczęstszych problemów zdrowotnych; Delayers — osoby, u których chorobę przewlekłą rozpoznano po 80 rż. i Escapers — osoby, u których do 100 roku życia nie rozpoznano choroby przewlekłej [1]. Próbę takiego podziału podjęto w grupie 164 polskich stulatków (140 kobiet i 24 mężczyzn), w średnim wieku 100,2 roku, u których przeprowadzono pełne badanie lekarskie i wykonano podstawowe badania krwi. Wśród osób, które nie zgłaszały chorób przewlekłych, u 20% stwierdzono nadciśnienie tętnicze, natomiast u 27% hipercholesterolemię. Warto zwrócić uwagę na trudności w rozpoznawaniu zaburzeń poznawczych w najstarszej grupie wiekowej, cechy otępienia stwierdzono u 50% spośród stulatków, których rodziny nie zauważyły zaburzeń pamięci u badanych.

1. Evert J., Lawler E., Bogan H., Perls T. Morbidity profiles of centenarians: Survivors, Delayers and Escapers. *J. Gerontol. Med. Sci.* 2003; 58: A232–A237.

Część badawcza pracy finansowana w ramach projektu PBZ-KBN-022/PO5/1999 pt.: „Genetyczne i środowiskowe czynniki długowieczności polskich stulatków”, koordynowanego przez Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie.

47

## Wydarzenia osobiste i globalne w biograficznych doświadczeniach polskich seniorów

Olga Czerniawska

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódzki Oddział PTG (Łódź, Polska)

Komunikat będzie relacją z wywiadów narracyjnych, które powstały w trakcie zajęć z gerontologii społecznej prowadzonych na studiach licencjackich i magisterskich w niepaństwowej wyższej szkole i na Uni-

wersytecie Łódzkim w latach 2002–2005. Obecnie dysponuję około 100 wywiadami. Przedstawię na podstawie tego materiału ogólną charakterystykę wydarzeń, z uwzględnieniem tzw. wysp pamięci (D. Demetrio), dzieciństwa i starości oraz zjawisk ogólnych, takich, jak pamięć, bieda, wojna, a na jej tle Niemcy, Rosjanie, ocena obecnej sytuacji w Polsce i świecie — załamanie się pozytywnego obrazu przeszłości — smutek, beznadzieja, lęk.

48

### Koszty ponoszone przez osoby starsze na zakup preparatów farmaceutycznych

Marek Simon<sup>1, 2</sup>, J. Cielecka-Piontek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Akademia Medyczna w Poznaniu (Poznań, Polska);

<sup>2</sup>Apteka „Convallaria” (Poznań, Polska)

Liczne doniesienia, które wskazują na wysokie kwoty przekazywane przez NFZ na refundację leków, nie obejmują jednak danych o kosztach, jakie ponoszą osoby starsze, realizując recepty (Rp), poza leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym, albo zakupując preparaty farmaceutyczne dostępne bez recepty (OTC). Podjęto więc próbę wyceny miesięcznych kosztów leczenia farmakologicznego osób starszych. Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych, wśród 254 osób w wieku 65–92 lata (średnia wieku  $72,0 \pm 6,4$  roku), w tym 165 kobiet ( $71,9 \pm 6,5$  roku) i 80 mężczyzn ( $72,2 \pm 6,4$  roku), zebrano dane dotyczące liczby i rodzaju pobieranych preparatów oraz ich dawkowania. Koszty wynikające z miesięcznej terapii obliczono na podstawie cen leków dyspensowanych na receptę — Rp (*Datum* — ceny zgodne z Rozp. Min. Dz.U. 274//2004 z dnia 27.12.2004 i 275/2004 z dnia 28.12.2004) oraz cen detalicznych preparatów dostępnych bez recepty OTC, zależnie od deklarowanego przez ankietowanych schematu dawkowania. Analiza obejmowała także zależność kwoty wydawanej na zakup leków od: płci, wieku i wykształcenia. Ankietowane osoby przyjmowały 1–17 preparatów (średnio  $5,2 \pm 2,7$ , w tym na receptę Rp  $4,2 \pm 2,7$ , i OTC  $1,0 \pm 1,2$ ), wydając średnio na zakup leków w okresie miesiąca  $79,67 \pm 53,17$  PLN (w tym na Rp.  $67,87 \pm 57,06$  i OTC  $11,60 \pm 16,51$ ). Ankietowani najczęściej przyjmowali leki z grupy C (wg klasyfikacji ATC) — 76,8% badanych, co wiązało się ze średnio ponoszonym kosztem 32,41 PLN miesięcznie, i grupy N — 39,4% badanych, przy koszcie 12,94 PLN, wobec pozostałych — grupa A — 5,51 PLN i grupa M — 8,84 PLN. Przeprowadzona analiza wykazała rów-

nież zależność ponoszonych kosztów od wieku badanych. Badane starsze osoby z grupy wiekowej 65–74 lata wydawały średnio mniej na zakup preparatów farmaceutycznych niż osoby z grupy wiekowej 75–92 lata (77,12 PLN vs. 85,70 PLN). Nie stwierdzono różnic w kosztach ponoszonych przez kobiety i mężczyzn. Uwagę zwraca jednak fakt, że mężczyźni ponosili większy średnio koszt na zakup leków z grupy C (36,77 PLN vs. 30,33 PLN) w porównaniu z kobietami, które więcej przeznaczały na zakup leków z grupy N (14,62 PLN vs. 9,42 PLN). Ponadto wykazano, że poziom wykształcenia nie wpływał na ponoszone koszty zakupu preparatów Rp, jakkolwiek osoby lepiej wykształcone wydawały większe kwoty na preparaty OTC. Koszty ponoszone przez osoby starsze na zakup preparatów farmaceutycznych będą zależę od obowiązujących zasad odpłatności za leki, ale i jakości farmakoterapii indywidualnie dostosowanej dla danego pacjenta, która wobec nasilającej się polipragmazji w tym wieku powinna być koordynowana przez jednego lekarza prowadzącego.

49

### Zagadnienia gerostomatologiczne — wpływ stanu jamy ustnej na jakość życia osób starszych

Marta Skiba, Marta Kusa-Podkańska, Joanna Wysokińska-Miszczuk

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Periodontologii AM (Lublin, Polska)

Rozważania dotyczące Jakości Polskiej Starości nie mogą być prowadzone bez uwzględnienia zagadnień z zakresu gerostomatologii. Dowiedziono, iż stan jamy ustnej posiada istotny wpływ na dobrostan psychiczny i fizyczny każdego człowieka oraz na możliwość jego pełnego uczestnictwa w życiu osobistym i społecznym. Praca przedstawia zakres dolegliwości ze strony jamy ustnej, z jakimi starsi pacjenci zgłaszają się do Katedry i Zakładu Periodontologii AM w Lublinie. Badano związek występujących zaburzeń ze strony jamy ustnej ze współistniejącymi chorobami ogólnoustrojowymi. Wśród badanych stwierdzanymi u osób starszych najczęstszymi jednostkami chorobowymi były: zespół palących ust (BMS), kserostomia, kandydoza jamy ustnej, zapalenie jamy ustnej protetyczne oraz przewlekłe zapalenie tkanek przyzębia. Bardzo często obserwowano negatywny wpływ utraty powierzchni żucia oraz obecność dolegliwości ze strony jamy ustnej na stan psychiczny pacjentów. Przedstawiona praca wskazuje na konieczność kompleksowej — lekarskiej oraz stomatologicznej — opieki nad osobami starszymi.

50

## Perspektywy badań nad kulturą prefiguratywną

Marek Niezabitowski

*Wydział Organizacji i Zarządzania Politechniki Śląskiej (Zabrze, Polska)*

Celem referatu jest wyodrębnienie z analiz socjologicznych różnych autorów problemów i zagadnień dla dalszych badań nad kulturą prefiguratywną w Polsce. Jest ona zarówno w fundamentalnym znaczeniu Margaret Mead, jak i w rozumieniu polskich badaczy kulturą dialogu między pokoleniami. Na rzecz takiego dialogu przemawiają współcześnie potrzeba przedłużania okresu aktywności zawodowej w życiu człowieka, wzrost udziału procentowego ludzi starszych w społeczeństwach post-industrialnych, jak również prawdopodobny w przyszłości wzrost ich udziału w życiu społecznym.

Dialog między pokoleniami dziadków, rodziców i dzieci w rodzinie jest zdaniem Margaret Mead warunkiem pomyślnego rozwiązywania problemów tych najmłodszych i udanego planowania ich przyszłości, pojmowanej jako wspólna przyszłość. Powinien on być praktykowany również przy wyborze zawodu przez dorastającą młodzież. Realizacja idei edukacji permanentnej Petera Druckera i uczenia się przez całe życie w pracy Pera Erika Ellstroma da w przyszłości seniorom i emerytom szansę świadomego uczestnictwa w różnych sferach życia społecznego i przygotowuje ich do lepszego rozumienia zachodzących zmian, ułatwiając im dialog międzypokoleniowy. Z kolei sprzężenie szkoły i nauki z pracą stworzy szanse na bieżące uaktualnianie wiedzy fachowej przez starszych pracowników i pozwoli im lepiej niż młodszym definiować i rozwiązywać problemy z wykorzystaniem bogatego doświadczenia.

Oporając się na analizowanych przez mnie badaniach socjologicznych i przywołanych w planowanym referacie teoriach, wnioskuje o potrzebie badań nad następującymi zagadnieniami w ramach złożonej problematyki transmisji międzypokoleniowej: 1) międzypokoleniowe przemiany tożsamości społecznej w różnych środowiskach społecznych i zawodowych; 2) rodzinne uwarunkowania wyboru zawodu; 3) potrzeby rynku pracy, a wyobrażenia rodziców i dziadków o rolach zawodowych młodzieży; 4) eksperymenty pedagogiczne w szkołach, testujące dialogowy i nowoczesny system przekazu wiedzy; 5) rewolucja technologiczna w pracy a degradacja zawodowa starszych pracowników; 6) uwarunkowania dobrego przystosowania starszych pracowników do zmian technologicznych w pracy; 7) wpływ dialogu międzypokoleniowego na poczucie tożsamości regionalnej i wolę działania na rzecz społeczności lokalnych.

Wnioski teoretyczne dotyczą potrzeby poszerzenia zakresu pojmowania edukacji permanentnej o dalsze kształcenie zawodowe.

51

## Ubezpieczenia pielęgnacyjne — propozycja rozwiązania problemów bezradnych ludzi starszych

Jacek Putz

*Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP (Warszawa, Polska)*

Wśród zwiększającej się populacji ludzi starszych, w związku z wielokierunkowymi procesami transformacji społeczno-gospodarczej, narasta problem zapewnienia godziwych warunków i jakości życia osobom określonym obecnie jako bezradne (niezdolne do samodzielnej egzystencji). Obecnie w Polsce problem ten jest rozwiązywany przez świadczenie pieniężne — dodatek pielęgnacyjny wypłacany w jednej wysokości wszystkim osobom wymagającym ze względu na upośledzenie funkcji organizmu konieczności opieki osób drugih.

Rozwiązanie to jest odbierane jako społecznie niesprawiedliwe ze względu na konieczność różnicowania zakresu (i wartości) świadczeń w zależności od indywidualnego stopnia bezradności.

Pewne rozwiązania systemowe tego problemu wprowadzono w Niemczech i Czechach, gdzie zdefiniowano i skategoryzowano bezradność według trzech stopni, stwarzając możliwość zróżnicowania wysokości indywidualnych świadczeń pielęgnacyjnych.

Treścią doniesienia jest prezentacja nowego podejścia do rozwiązywania problemu osób z bezradnością wynikającą z chorób lub wieku.

Proponowane przez autorów wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest jednym z możliwych rozwiązań systemowych narastającego problemu bezradności osób starszych.

52

## Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgnarskiego domu opieki w Polsce

Jacek J. Pruszyński<sup>1</sup>, Alicja Cicha-Mikołajczyk<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych CMKP (Warszawa, Polska); <sup>2</sup>Zakład Informatyki CMKP (Warszawa, Polska)*

Celem badania był opis struktury pensjonariuszy pielęgnarskiego domu opieki z uwzględnieniem takich czyn-

ników, jak wiek, płeć, środowisko, w którym przebywali bezpośrednio przed przyjęciem do domu opieki oraz ocena ich stanu wydolności czynnościowej i sprawności lokomocyjnej. Badania własne przeprowadzono w latach 1997–2004 wśród osób, które zostały przyjęte do jednego z Pielęgniarskich Domów Opieki w Warszawie. Grupę badaną stanowiło  $N = 122$  pensjonariuszy w wieku 63–98 lat. Wykonana po przyjęciu do domu opieki ocena sprawności ADL wykazała, że 77,1% pensjonariuszy znajdowało się w stanie ciężkiej niesprawności, 19,7% kwalifikowało się do grupy umiarkowanej niesprawności, a tylko 3,2% nie wykazywało niesprawności w ocenie ADL. Porównanie stopnia sprawności funkcjonalnej pacjentów przyjętych do domu opieki ze szpitala oraz z domu wykazało, że spośród pacjentów przyjętych bezpośrednio ze szpitala aż 91,30% charakteryzowało się ciężką niesprawnością, natomiast dla pacjentów przyjętych z domu odsetek ten wynosił 72,22% ( $p_v = 0,012$ ). Oceniając poszczególne czynności ADL, stwierdzono statystycznie istotne różnice pomiędzy grupą pacjentów przybyłych z domu a grupą pacjentów przyjętych bezpośrednio ze szpitala w takich czynnościach ADL, jak: zdolność do samodzielnego jedzenia ( $p_v = 0,0006$ ), przemieszczania się z łóżka na fotel ( $p_v = 0,0001$ ) oraz korzystania z toalety ( $p_v = 0,0012$ ). Wśród pacjentów przyjętych do domu opieki bezpośrednio po wypisie ze szpitala odsetek pensjonariuszy o dużym ryzyku upadków wynosił aż 89,36%, natomiast wśród pensjonariuszy przyjętych z własnego środowiska wynosił tylko 38,67% ( $p_v = 0,0001$ ). W trakcie badań stwierdzono również, że grupa mężczyzn w porównaniu z grupą kobiet jest bardziej niesprawna w części szczegółowych czynności ADL oraz wykazuje gorszą sprawność motoryczną. Dla porównania odsetek mężczyzn narażonych na duże ryzyko upadków wynosił 74,36% w stosunku do odpowiadającego mu 50,60% ryzyka upadków dla kobiet ( $p_v = 0,013$ ). Przeprowadzona analiza odzwierciedla stan wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej pensjonariuszy domów opieki i może stanowić podstawę do określenia wskaźników predykcyjnych długości pobytu starszych osób w warunkach opieki instytucjonalnej w Polsce.

53

### Samotność i osamotnienie łódzkich sędziwych starców a ich status rodzinny

Piotr Szukalski

*Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego (Łódź, Polska)*

**Wstęp.** Celem pracy było określenie związku pomiędzy statusem rodzinnym (stan cywilny, liczba posiada-

nego potomstwa, jakość kontaktów z posiadanym potomstwem) na percepcję samotności i osamotnienia.

**Materiał i metody.** Analiza statystyczna danych pochodzących z przeprowadzonego w I półroczu 2004 roku badania najstarszych łódzian (75 lat i więcej) korzystających z usług opiekuńczych MOPS w Łodzi (projekt „Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim”, grant KBN 2H20E 03424). Przebadano reprezentatywną z punktu widzenia płci i wieku próbę 830 osób.

**Wnioski.** Badanie przeprowadzono wśród zbiorowości, której nie można uznać za reprezentatywną próbę zbiorowości najstarszych mieszkańców Łodzi z uwagi na nadreprezentację kobiet, osób niepozostających w związku małżeńskim, jednostek relatywnie dobrze wykształconych. Niemniej jednak badanie dostarczyło — dzięki skoncentrowaniu się na roli statusu rodzinnego — wielu cennych danych pozwalających na określenie wagi tego statusu dla sytuacji bytowej i zdrowotnej. Z punktu widzenia tematyki opracowania ważne jest, że zarówno percepcja samotności, jak i osamotnienia okazały się silnie uzależnione od stanu cywilnego (posiadania żyjącego partnera — najlepsza sytuacja wśród zamężnych/żonatych, najgorsza wśród owdowiałych); liczby posiadanego potomstwa (najgorsza sytuacja bezdzietnych, chociaż bardziej widoczna w przypadku samotności niż osamotnienia), jakości kontaktów z potomstwem (ocena jakości jako gorszej niż przeciętna jest predyktorem zarówno samotności, jak i osamotnienia). Otrzymane wyniki są zgodne z oczekiwaniami sformułowanymi na podstawie znajomości literatury przedmiotu.

54

### Starzenia się polskiego społeczeństwa — implikacje dla rynku pracy

Milena Pietruszek

*Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego (Łódź, Polska)*

Celem pracy było przedstawienie możliwych konsekwencji zmian w strukturze demograficznej Polski w okresie do 2030 roku dla rynku pracy.

Kwestie związane z rynkiem pracy — zarówno w części podażowej, jak i popytowej — utożsamiane są zwykle z ludźmi w wieku produkcyjnym — najczęściej w mobilnym wieku, co wiąże się z faktem, że ta właśnie grupa najłatwiej i najszybciej dostosowuje się do zmieniającego się otoczenia. Zmiany demograficzne, m.in. wzrastający udział osób w starszym wieku oraz zmieniająca się struktura osób w wieku produkcyjnym, mogą jednak wpływać na oblicze przyszłego rynku pracy.

Podstawowym wyróżnikiem procesu starzenia się danego społeczeństwa jest wzrost liczby i udziału osób w starszym, a tym samym w poprodukcyjnym wieku. Konsekwencją tych zmian, przy zachowaniu stałej aktywności zawodowej według wieku, będzie malejąca podaż pracy. Ze względu na przystąpienie naszego kraju w 2004 roku do Unii Europejskiej, a co za tym idzie włączenie Polski w obszar otwartego rynku — w tym także rynku pracy — wielkość zasobów pracy będzie wypadkową sytuacji demograficznej i społeczno-gospodarczej pozostałych krajów Wspólnoty. Prognozy wskazują, że w nieodległej przyszłości wielkość potencjalnych zasobów pracy będzie ulegała zmniejszeniu. Możemy przypuszczać, że popyt na te zasoby zostanie zaspokojony nie tylko poprzez aktywizację osób bezrobotnych czy pracowników–imigrantów, ale także aktywizację zawodową osób w starszym wieku (zmiany aktywności zawodowej tej grupy osób mogą być dodatkowo spowodowane zmianami w systemach emerytalnych). Należy mieć jednak na uwadze, że popyt na pracę także może ulegać zmianom. Zmiany technologiczne powodują na ogół zmniejszenie zapotrzebowania na czynnik ludzki, szczególnie w produkcji. Pociągać może to za sobą, poza spadkiem zatrudnienia, zmiany w strukturze według sektorów. Oznacza to przekształcenia w wielkości i strukturze zatrudnienia. Zmiany w strukturze zatrudnienia mogą zostać dodatkowo pogłębione tym, iż w obliczu rosnącej populacji osób w starszym wieku, jednocześnie będących potencjalnymi konsumentami dóbr i usług, rynek będzie musiał dostosować się do potrzeb tej grupy oraz uwzględniać jej specyfikę.

55

### Udział w wydarzeniach kulturalnych jako element jakości życia osób starszych

Monika Kosior, Swietłana Hetmańska

*Akademia Ekonomiczna im. O. Langego (Wrocław, Polska)*

Celem artykułu jest analiza struktury i stopnia zaspokojenia potrzeb kulturalnych ludzi starszych zamieszkałych we Wrocławiu.

Jako narzędzie badawcze wybrano kwestionariusz ankietowy. Badanie zostało przeprowadzone na próbie celowej obejmującej osoby starsze aktywnie uczestniczące w życiu społecznym.

Jakość życia jest pojęciem, które nawiązuje do stopnia „dobroci” życia. W literaturze przedmiotu jakość życia jest definiowana na wiele sposobów. Jest to pojęcie bardzo obszerne ze względu na subiektywny charakter tego zjawiska.

W przypadku osób starszych szczególnie ważne jest wieloaspektowe podejście do poruszanego w artykule zjawiska, gdyż osoby te po przejściu w stan dezaktywizacji zawodowej kierują się w stronę innych form aktywności, a więc ich system wartości ulega zmianie. Kultura definiowana jako udział w wydarzeniach kulturalnych jest jednym z ważnych komponentów jakości życia. Determinuje ona stopień zaspokojenia potrzeb kulturalnych, a tym samym wpływa na zmianę poziomu jakości życia. W zależności od systemu wartości danej osoby kultura może być sposobem na spędzenie czasu wolnego lub też realizacją potrzeb najwyższego rzędu (np. samorealizacji).

W artykule kulturę rozpatruje się w dwóch kategoriach. Pierwszą kategorią jest kultura nazywana przez autorki popularną i są to takie dobra, które są dostępne bez wychodzenia z domu, drugą zaś grupę dóbr kultury stanowią te, które wymagają większych nakładów finansowych oraz wyjścia z domu (kultura elitarna).

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły sformułowane przez autorki hipotezy o tym, iż brak wystarczających środków finansowych w znacznym stopniu ogranicza możliwość korzystania z preferowanych instytucji kultury. Zdecydowana większość osób badanych na co dzień korzysta z dóbr kultury popularnej, choć zaznacza, iż preferencje kulturalne są ukierunkowane na kulturę elitarną. Wyniki badań pokazują również, iż oferta części instytucji kulturalnych, szczególnie kultury elitarniej, nie odpowiada w pełni oczekiwaniom osób starszych. Analizując różnice pomiędzy strukturą wykorzystania poszczególnych dóbr kultury w rzeczywistości, a w sytuacji braku barier finansowych można zauważyć, iż osoby starsze chętniej korzystałyby z dóbr kultury elitarniej, czasami nawet kosztem kultury popularnej.

Jednym z najistotniejszych wniosków z przeprowadzonych badań jest fakt, iż dla znacznej części osób starszych dobra kultury popularnej przez swoją powszechną dostępność są wykorzystywane jako substytut dóbr kultury elitarniej.

56

### Zaburzenia równowagi oraz ich wpływ na upadki i złamania u osób ponadstuletnich

Małgorzata Kupisz-Urbańska<sup>1</sup>, Katarzyna Broczek<sup>1</sup>,  
Małgorzata Mossakowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Zakład Geriatrii Klinicznej AM (Warszawa, Polska);*

<sup>2</sup>*Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej (Warszawa, Polska)*

Układ kostno-stawowy, jak wszystkie układy i narządy organizmu, podlega procesom starzenia.

Z wiekiem wzrasta ubytek tkanki kostnej, a także liczba mikrouszkodzeń w obrębie kośćca, upośledzając tym samym jego funkcje. Celem niniejszego badania była ocena u polskich stulatków stanu układu kostnego oraz wpływających na niego upadków. Grupę badaną stanowiło 291 osób, w tym 250 kobiet i 41 mężczyzn, średni wiek kobiet wynosił 101,5 roku (maks. 111,6 roku), a średni wiek mężczyzn 101,3 roku (maks. 104,3 roku). Pełne badania podmiotowe i przedmiotowe przeprowadzono w domach osób badanych; u 117 osób wykonano badania laboratoryjne. Średni wzrost kobiet wyniósł 145,36 cm i był średnio o 13,5 cm mniejszy niż w wieku 50 lat (dane z wywiadu), u mężczyzn — wynosił średnio 156,9 cm i był mniejszy, w stosunku do wzrostu w wieku 50 lat, średnio o 12,5 cm. 84% kobiet i 68% mężczyzn deklaroowało niepewność w utrzymywaniu postawy w pozycji stojącej (średnio od 97 rz.). U 54% badanych stwierdzono zaburzenia równowagi, zaś u blisko 80% nieprawidłowości chodu. Zwiększoną częstość upadków (średnio od 97,2 rz.) deklaroowało 37% badanych (107 osób), spośród których 23% przebyło złamanie biodra, a 42% złamanie o innym umiejscowieniu. Średni wiek, w którym doszło do złamania szyjki kości udowej wynosił 95,4 lat. Złamania o innym umiejscowieniu przebyło: jedno złamanie — 36% mężczyzn i 34% kobiet; dwa — 3% mężczyzn, 11% kobiet; trzy — jedynie 2% kobiet. Najczęściej były to złamania kości przedramienia, miednicy; średni wiek osób, w którym doszło do pierwszego złamania, wynosił u mężczyzn — 73,2, a u kobiet 78,6 roku. Natomiast w grupie osób, które przebyły od 1 do 4 upadków w ciągu ostatniego roku, częstość złamań w wyniku tych upadków jest większa niż w grupie osób, które przebyły 5 lub więcej upadków. Hipokalcemię stwierdzono u blisko 20% badanych, zaś hiperfosfatemię u 2% kobiet. Nie odnotowano istotnej zależności między przebytymi złamaniami, a stężeniami wapnia i fosforanów nieorganicznych.

**Wnioski.** Osoby z zaburzeniami chodu, narażone na upadki, stanowią grupę zwiększonego ryzyka złamań, jednak większą częstość złamań obserwowano w grupie osób, które w ostatnim roku przebyły od 1 do 4 upadków, w stosunku do osób, które przebyły więcej niż 5 upadków. Zwraca uwagę stosunkowo późny wiek, w którym wystąpiły złamania, jak również niewystarczające zaopatrzenie w sprzęt pomocniczy, a także prawie całkowity brak rehabilitacji wśród najstarszych seniorów w Polsce.

57

## Jakościowy czy ilościowy rozwój polskich uniwersytetów trzeciego wieku?

Andrzej Jopkiewicz

*Zakład Antropologii Pedagogiki, Akademia Świętokrzyska (Kielce, Polska)*

Uniwersytety trzeciego wieku powinny być placówkami dydaktycznymi przygotowującymi ludzi starszych do procesu starzenia się organizmu i prowadzącymi kształcenie w starości, przyczyniającymi się do jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, z ukazaniem również pozytywnych stron jesieni życia. Dlatego też w pracy scharakteryzowano rozwój polskich uniwersytetów trzeciego wieku, zwłaszcza w ciągu ostatnich lat. Starano się odpowiedzieć na pytanie, czy rozwój ten ma charakter jakościowy, czy raczej ilościowy. Podstawową techniką badawczą była analiza dokumentów i materiałów pochodzących ze sprawozdań składanych przez poszczególne placówki, a ostatnio także wniosków składanych w konkursie grantowym przeznaczonym dla UTW przez Polsko-Amerykańską Fundację Wolności. Analiza dokumentów i obserwacja bezpośrednia wskazują, że pod wspólną nazwą „Uniwersytet Trzeciego Wieku” funkcjonują obecnie w Polsce trzy typy placówek: 1. Działające w strukturach lub pod patronatem wyższej uczelni; 2. Stowarzyszenia istniejące dzięki osobistemu zaangażowaniu i wielkiej aktywności lokalnych liderów; 3. Inne — działające przy domach kultury, bibliotekach, ośrodkach pomocy społecznej czy domach dziennego pobytu, dla których praca z ludźmi starszymi stanowi poszerzenie dotychczasowej działalności o zajęcia z inną grupą wiekową. Niezależnie od różnych form organizacyjnych w rozwoju polskich uniwersytetów trzeciego wieku zauważyć można kilka tendencji, a mianowicie: — wyraźny wzrost liczby słuchaczy, których liczba w ciągu ostatnich lat potroiła się (od ok. 7 tys. w roku akad. 1996/1997 do ponad 20 tys. w roku akad. 2004/2005); — znaczne urozmaicenie prowadzonych zajęć dydaktycznych; — zwiększenie samorządności UTW i liczby grup samokształceniowych (różnych form zajęć: wykładów, seminariów, sekcji, lektoratów i zespołów); — tworzenie filii w których wiodącą rolę odgrywają duże placówki istniejące od wielu lat, działające w strukturach lub pod patronatem wyższej uczelni; — podejmowanie wielu inicjatyw społecznych i kulturalno-oświatowych w środowisku lokalnym, np. pracy środowiskowej, wolontariatu itp.



58

## Poszukiwanie homogenicznych grup wśród polskich seniorów

Paweł Kubicki<sup>1</sup>, Jolanta Perek-Białas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Instytut Gospodarstwa Społecznego SGH (Warszawa, Polska);* <sup>2</sup>*Instytut Statystyki i Demografii SGH/Instytut Socjologii UJ (Warszawa/Kraków, Polska)*

**Wstęp.** Celem badania było znalezienie homogenicznych grup osób w wieku powyżej 60 rż. ze względu na ich cechy społeczno-demograficzne, ekonomiczne i psychologiczne. Celem bezpośrednim jest znalezienie takich narzędzi (i metod), które pozwolą na segmentację osób starszych uwzględniającą wymiar ekonomiczny, społeczny-demograficzny, ale też psychologiczno-kulturowy. Odpowiednia typologia osób starszych jest niezbędna przy planowaniu i realizacji programów polityki społecznej na rzecz osób starszych. Punktem wyjścia jest jedna z nielicznych jakościowych prób opracowania tego tematu stworzona na podstawie badań jakościowych realizowanych w ramach SGH w latach 2003–2004. W efekcie powstał podział osób starszych na cztery kategorie: „wykluczeni”, „pro-rodzinni”, „poszukiwacze wrażeń”, „elita”.

**Materiał i metody.** Analiza danych z ogólnopolskiego badania Diagnoza Społeczna. Badanie to zostało wybrane zarówno ze względu na dużą (ponad 1500 osób) próbę osób powyżej 60 rż., jak i rozbudowany blok pytań o zadowolenie z życia. Wykonano analizy tylko dla osób po 60 rż., wykorzystano do tego przekształcone na potrzeby analizy redukcji danych (analizę czynnikową, rotacją skośną), aby identyfikować wymiary zadowolenia z życia jako jednej z determinant bycia: szczęśliwym/nieszczęśliwym, wykluczonym/niewykluczonym, przynależnym do elity/nieprzynależnym oraz bycie prospołecznym lub nie.

**Wyniki.** Po raz pierwszy dla danych zastanych z Diagnozy Społecznej zdecydowano się na pogłębioną analizę wielowymiarową — identyfikującą ukryte wymiary decydujące o zróżnicowaniu lub podobieństwach osób starszych. Wstępne wyniki pokazują, że zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn największą część ogólnego zadowolenia należy przypisać tzw. zadowoleniu finansowemu, potem rodzinnemu (tj. stosunki z najbliższymi, dziećmi), następnie aspektom związanym z życiem osobistym oraz posiadanym wykształceniem i na koniec miejscu zamieszkania. Wykresy map percepcyjnych dla zadowolenia w podziale według płci pokazują różnice, tzn. bardziej pozytywne zadowolenie mężczyzn niż kobiet na poszczególnych typach zadowolenia. Zakończenie badania planowane jest na

koniec maja 2005 r., dlatego też pogłębione wyniki analiz zostaną zaprezentowane na Zjeździe.

59

## Niedołężstwo starcze w Polsce — oszacowanie ryzyka w oparciu o przeciętne dalsze trwanie życia w poszczególnych fazach niedołężstwa starczego

Barbara Więckowska

*Szkoła Główna Handlowa (Warszawa, Polska)*

Proces starzenia się społeczeństw oraz zmiany we współczesnym modelu rodziny, określane często mianem „cichej rewolucji”, doprowadzają do stopniowego wzrostu społecznego zainteresowania ryzykiem niedołężstwa starczego oraz problemami związanymi z długoterminową opieką nad zniepełniającymi osobami w wieku starczym (*long-term care*). Dominującą kwestią staje się temat źródeł finansowania opieki długoterminowej z uwzględnieniem rozłożenia ciężaru odpowiedzialności za zarządzanie tym ryzykiem pomiędzy państwo, a (rodzinne) gospodarstwo domowe. Dlatego też niezbędne jest precyzyjne zdefiniowanie (określenie) ryzyka niedołężstwa starczego. **Celem pracy jest oszacowanie ryzyka niedołężstwa starczego. Cel ten zostanie osiągnięty poprzez określenie przeciętnego dalszego trwania życia z (bez) niedołężstwem(a) starczym(ego) w Polsce, tj. przeciętnej liczby lat, jaką ma do przeżycia osoba w wieku x lat, pozostając bez(w) pełnej zdolności do wykonywania codziennych czynności (ADL, *activities of daily living*).**

**Szacunki zostały oparte na tablicach trwania życia w Polsce z 1999 roku oraz na wynikach badania „Polska starość” przeprowadzonego przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne.** Ponieważ próba była niereprezentatywna w rocznych podgrupach wiekowych, na bazie rocznych wartości zamieszczonych w tablicach trwania życia stworzone zostały skrócone tablice trwania życia i na ich podstawie określone zostało przeciętne dalsze trwanie życia z (bez) niedołężstwem(a) starczym(ego). Przeciętne dalsze trwanie życia z niedołężstwem starczym w Polsce wynosi średnio **4,2 roku dla kobiet w wieku powyżej 65 rż., co stanowi średnio 38% przeciętnego dalszego trwania życia** (od 26% w najniższej podgrupie wiekowej do 52% w najwyższej). **Dla mężczyzn** w wieku powyżej 65 rż. przeciętne

dalsze trwanie życia z niedołatwstwem starczym oszacowane zostało na poziomie średnio **2,4 roku, co stanowi średnio 27% przeciętnego dalszego trwania życia** (od 18% w najniższej podgrupie wiekowej do 37% w najwyższej).

W przypadku próby reprezentatywnej w rocznych podgrupach wiekowych można stworzyć tablice trwania życia bez niedołatwstwa starczego, które z kolei mogą stanowić podstawę analiz aktuarialnych wykorzystywanych przy konstrukcji ubezpieczenia ryzyka niedołatwstwa starczego.

60

## Integralność w życiu ludzi starych

Beata Bugajska

*Uniwersytet Szczeciński Instytut Pedagogiki (Szczecin, Polska)*

Celem badań było rozpoznanie uwarunkowań osiągnięcia integralności w życiu przez ludzi starych. Integralność wyraża się w rozumieniu niepowtarzalności i wyjątkowego sensu własnej egzystencji, przy jednoczesnym godzeniu się z nieuchronnością śmierci. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i metodę biograficzną. Interpretacji poddano materiał zebrany od 260 osób, powyżej 60 rż. Integralność badano przy wykorzystaniu kwestionariusza Skali Równowagi Psychospołecznej opracowanego przez G. Domino i D. Affonso, na podstawie koncepcji E.H. Eriksona. Analiza uzyskanych wyników badań wykazała, że 16,92% badanych posiada niski poziom integralności, 60,77% przeciętny poziom integralności, a 22,31% charakteryzuje się wysokim poziomem integralności. Wzrost poziomu integralności współwystępuje ze wzrostem pozytywnego doświadczenia przeszłości ( $\gamma = 0,771$ ), terażniejszości ( $\gamma = 0,949$ ) i przyszłości ( $\gamma = 0,715$ ). Wzrostowi poziomu integralności towarzyszy zastępowanie fizycznego doznawania wartości doznawaniem psychicznym i duchowym ( $? = 0,356$ ), co prowadzi do lokalizowania się wartości materialnych w dolnej części struktury obejmującej ogół wartości ludzi starych. Uwagę zwraca silny związek pomiędzy poziomem integralności i wyborem wartości „nadzieja” ( $C_{kor} = 0,590$ ). Poziom integralności współwystępuje z projektami na przyszłość ( $C_{kor} = 0,345$ ). Zachodzi wysoki związek pomiędzy poziomem integralności i projektami na przyszłość nastawionymi na stabilizację ( $C_{kor} = 0,673$ ). Wzrostowi poziomu integralności towarzyszy wzrost nastawień na stabilizację łączonych z przekonaniem, że „jest dobrze” i spadek nastawień na stabilizację, łączonych z przekonaniem, że „nic

nie da się zmienić”. Czynniki socjodemograficzne utrudniające osiągnięcie integralności przez ludzi starych to: niski poziom wykształcenia, postępujące zaawansowanie wiekowe, brak współmałżonka oraz samotne zamieszkiwanie. Na podstawie analizy wywiadów biograficznych stwierdzono, że osoby o wysokim poziomie integralności, w odróżnieniu od osób o niskim poziomie integralności, przejawiają pozytywne nastawienie wobec zachodzących wraz z wiekiem zmian.

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie wniosków, które odnoszą się do praktyki edukacyjnej w aspekcie 1) optymalizacji działań edukacyjnych i innych wspomagających rozwój człowieka staroego w środowisku dużego miasta; 2) przygotowania ludzi młodych do ostatniego okresu w życiu.

61

## Kierunki usprawnień środowiskowej opieki pielęgniarskiej nad osobami starszymi w opinii pielęgniarek

Halina Doroszkiewicz

*Klinika Geriatrii AM (Białystok, Polska)*

**Wstęp.** Przyspieszone starzenie społeczeństwa prowadzi nie tylko do wzrostu odsetka ludzi starszych w populacji, ale również do zmian w strukturze osób starych — zwiększania się udziału osób w zaawansowanej starości kosztem spadku we wczesnych przedziałach wieku starszego. Zaawansowana starość powiązana jest z utratą sprawności i wzrostem poziomu uzależnienia od opiekunów rodzinnych oraz zapotrzebowania na środowiskową opiekę pielęgniarską. Przeprowadzone dotychczas badania wykazały, iż na terenie miasta Białegostoku środowiskowa opieka pielęgniarska pozostaje niewydolna w stosunku do potrzeb osób starszych. Celem badań było poznanie propozycji pielęgniarek na temat usprawnień, które mogłyby przyczynić się do poprawy wydolności środowiskowej opieki geriatrycznej.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 100 ze wszystkich 113 zatrudnionych w mieście pielęgniarek środowiskowych, które odpowiedziały w sposób anonimowy na przedłożoną im ankietę. Wskaźnik odpowiedzi — 89,4%. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji wypełniany anonimowo.

**Wyniki.** Zestawienie zatrudnienia wykazało, że 76% ankietowanych było zatrudnionych w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), pozostałe 24% deklarowało zatrudnienie w Niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej (NPZOZ). Niemal

wszystkie pielęgniarki środowiskowe niezależnie od formy zatrudnienia (97%) opowiedziały się za potrzebą wsparcia ich usługami rehabilitanta i opiekunek środowiskowych. W podobnym odsetku (94%) ankietowane pielęgniarki wskazywały na konieczność rozwijania zespołowej współpracy interdyscyplinarnej, tj. z lekarzem POZ i pracownikiem socjalnym. Wskazywały one również na potrzebę zwiększenia gratyfikacji finansowej za liczbę, jak i stopień niesprawności starszych podopiecznych.

**Wnioski.** Poprawy wydolności środowiskowej opieki pielęgniarskiej nad osobami starszymi należy upatrywać po wprowadzeniu głębokich zmian w systemie ochrony zdrowia na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

62

### Uwarunkowania progresji zaburzeń funkcji poznawczych u osób w zaawansowanej starości

Magdalena Przydatek<sup>1</sup>, Barbara Bień<sup>2</sup>

<sup>1</sup>II Oddział Neurologii, Wojewódzki Szpital Zespolony (Białystok, Polska); <sup>2</sup>Klinika Geriatrii AM (Białystok, Polska)

**Wstęp.** Zaburzenia funkcji poznawczych [ZFP] w starości mogą sygnalizować lub manifestować otępienie. Celem podjętego badania było oszacowanie rozpowszechnienia ZFP wśród osób po 75 rż., ocena dynamiki tych zmian w okresie 12 miesięcy wraz z poznaniem czynników ją determinujących.

**Materiał i metody.** Badaniem przesiewowym objęto próbę 230 osób 75-letnich i starszych, zamieszkujących obszar śródmieścia Białegostoku. Osoby spełniające kryterium przynajmniej łagodnych ZFP w badaniu przesiewowym, zdefiniowano jako grupę badaną ( $n = 64$ ), zaś losowo dobraną, podobnie liczną grupę sprawnych intelektualnie — jako kontrolną ( $n = 60$ ). Obie grupy poddano ocenie wyjściowej i kontrolnej po roku za pomocą tego samego instrumentarium (Test Upośledzenia Funkcji Poznawczych [TUFPP] wg Katzmana, EASYCare z testem ADL i Geriatryczną Skalą Depresji). Badanie przeprowadzono na podstawie standardu diagnostycznego grupy IGERO.

**Wyniki.** W badaniu przesiewowym ZFP stwierdzono u 38,4% osób badanych, przy czym 14,8% stanowiły zaburzenia łagodne, a 23,6% poważne. O ile w 2000 roku średnia punktacja całej badanej zbiorowości wynosiła 7,7 punktów w TUFPP, czyli lokowała przeciętną osobę w przedziale osób jeszcze sprawnych intelektualnie, to po upływie roku wzrosła do 9,5 punktów, przemieszczając ją do kategorii osób z łagodnymi ZFP. Osoby o gorszym wyjściowym

poziomie FP wykazywały tendencję do pogorszenia się tych funkcji po roku. Progresja ZFP korelowała z narastaniem niesprawności ADL i depresji, a ustępowanie z poprawą sprawności emocjonalnej. Pogorszenie ZFP powiązane było z niższym wykształceniem, osamotnieniem, niską samooceną zdrowia, narastaniem depresją, niesprawnością ruchową i ADL oraz chorobami tarczycy. Na pogorszenie FP w 64,2% wpływała jedynie niezdolność do wykonywania ciężkich prac domowych. Zaburzenia snu, chodu, objawy deliberacyjne i mniejsza aktywność życiowa, pozwoliły prawidłowo oszacować pogorszenie FP w 75%. Przyjmując ze standardu IGERO: obecność ZFP, ich progresję oraz pogorszenie ADL, to otępienie typu alzheimerowskiego można rozpoznać z prawdopodobieństwem 58%. U pozostałych osób nie można wykluczyć otępienia o innym typie, w tym rzekomego, mieszanego czy naczyniopochodnego.

63

### Satysfakcja życiowa ludzi starych i jej uwarunkowania

Małgorzata Halicka

Klinika Geriatrii AMB

Celem badań było uzyskanie pogłębionej wiedzy na temat satysfakcji życiowej ludzi starych, jej uwarunkowań i wynikających stąd potrzeb w odniesieniu do tej grupy wieku.

Do zrealizowania powyższych celów badawczych przyjęto triangulacyjny model badań, w którym proces badawczy składał się z trzech poziomów postępowania: badań dwóch grup wiekowych: 65–69 i 75–79 (kwestionariusz ankiety na próbie 400 mieszkańców Białegostoku), ogólnopolskich badań przekrojowych (kwestionariusz wywiadu) na próbie 1821 osób po 65 rż.; badań biograficznych (wywiad pogłębiony) na grupie 24 celowo wybranych osób. Do oceny wyników badań ilościowych zastosowano test  $\chi^2$  Pearsona oraz analizę regresji logistycznej. Wymienione badania zrealizowane były w latach 1996–2001 w ramach kolejnych projektów badawczych KBN. Badania wykazały, że ludzie starzy w Polsce w większości odczuwają satysfakcję życiową. Poczucie zadowolenia z dokonań życiowych jest większe (43% całkowicie zadowolonych) aniżeli poczucie zadowolenia z obecnego życia (33% całkowicie zadowolonych).

Wśród ludzi starych w Polsce większe poczucie satysfakcji życiowej mają osoby lepiej wykształcone, pozostające w związku małżeńskim, w lepszym stanie

zdrowia i sprawności lokomocyjnej, osoby których sytuacja materialna i warunki mieszkaniowe są dobre, osoby których zawód wiązał się z pracą umysłową lub pracą w usługach, osoby których stosunki z dziećmi były dobre, a także osoby o stałej orientacji światopoglądowej (tj. albo byli zawsze tak samo religijni, albo zawsze tak samo niereligijni).

O braku satysfakcji życiowej decydują natomiast takie czynniki, jak: zła sytuacja materialna, złe warunki mieszkaniowe, poczucie osamotnienia, ograniczona sprawność lokomocyjna, złe stosunki z dziećmi lub brak dzieci, utrata niezależności finansowej po przejściu na emeryturę/rentę, utrata kontaktu z ludźmi i poczucia użyteczności, zamieszkiwanie w małym mieście, niezdolność do aktywności społecznej. Ryzyko braku satysfakcji jest nieco większe u kobiet, u osób owdowiałych oraz stanu wolnego, u tych u których poziom wykształcenia jest niski, a także wśród rolników oraz osób starszych, które w okresie starości stały się bardziej religijne.

64

### Ocena sytuacji życiowej starszych wiekiem mieszkańców Sokółki

Marina Greś<sup>1</sup>, Małgorzata Halicka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii SP ZOZ (Sokółka, Polska); <sup>2</sup>Klinika Geriatrii AM (Białystok, Polska)

Celem badań była ocena sytuacji zdrowotnej i społecznej ludzi starych małego miasta (Sokółki). Jako grupę szczególnego ryzyka potraktowano osoby owdowiałe.

Na podstawie alfabetycznego wykazu mieszkańców Sokółki urodzonych w 1937 roku i wcześniej przeprowadzono systematyczne losowanie probantów. Z ogólnej liczby 2058 osób w wieku 65 i więcej lat losowano co 13 osobę, tak by uzyskać zakładaną liczbę 160 osób. Badania przeprowadzono w 2002 roku. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety. Do oceny statystycznej zastosowano test  $\chi^2$  Pearsona.

Głównymi problemami starszych wiekiem Sokółczan są: zły stan zdrowia, ograniczenia w dostępności do usług pielęgnarskich i rehabilitacyjnych, zła sytuacja materialna, niska aktywność społeczna, brak pomocy w rozwiązywaniu problemów ze strony państwowych instytucji. Zły stan zdrowia dotyczy prawie 40% seniorów (sprawność lokomocyjna jest upośledzona w przypadku połowy badanych). Zła sytuacja materialna dotyczy prawie 40% badanych. Około połowa respondentów (46%) nie jest w stanie wykupić wszystkich niezbędnych leków z przyczyn finansowych. Je-

dynie warunki mieszkaniowe osób starszych w Sokółce można ocenić jako satysfakcjonujące. Zdecydowana większość osób badanych jest całkowicie zadowolona ze swojego mieszkania — 71%, częściowo zadowolonych było 27%, natomiast niezadowolonych — 2%.

Osoby stanu wolnego, a zwłaszcza owdowiałe kobiety i owdowiali mężczyźni stanowią grupę szczególnego ryzyka. Jakość życia owdowiałych mieszkańców Sokółki jest gorsza niż tych, którzy pozostają w związkach małżeńskich. Różnice te dotyczą w szczególności formy zamieszkania i relacji rodzinnych. Odsetek osób zadowolonych z relacji rodzinnych jest najwyższy wśród osób zamieszkujących z rodziną (89,7%), niezadowolonych jedynie 3,2%. W odróżnieniu od tej grupy pozostają osoby, które zamieszkują samotnie: zadowolonych z relacji rodzinnych jest 69,7%, natomiast niezadowolonych aż 18,1%.

Jednym z ważnych problemów ludzi starych w Sokółce jest brak pomocy w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych ze strony instytucji państwowych.

65

### Problemy psychologiczne u ludzi z zaburzeniami słuchu

Jan Pietruski

Klinika Otolaryngologii AMB

Zaburzenia słyszenia powodują u każdego człowieka daleko idące implikacje psychologiczne. W każdym wieku są inne. Zawsze są bardzo poważne i trudno powiedzieć kiedy są najdotkliwsze, każdy bowiem wiek odbiera je inaczej. U ludzi starszych normalne w tym wieku zaburzenia słyszenia, będące biologią starzenia się, powodują głęboko idące zmiany psychologiczne. Ponieważ ubytek słuchu narasta powoli w ciągu lat, dotknięty tym człowiek przyzwyczaja się, i jako ostatni zdaje sobie z tego sprawę. Część ludzi starszych pracuje nadal, lecz zaburzenia słyszenia niekorzystnie wpływają na jakość pracy, w wyniku czego relacje między pracownikiem a szefem ulegają pogorszeniu. U innych, którzy swój kontakt międzyludzki ograniczają do najbliższej rodziny, dochodzi do poważnych nieporozumień. Niektóre z nich kończą się dramatycznie. Młodzi szefowie i młodzi członkowie rodziny, którzy słyszą dobrze, nie rozumieją tego i opacznie interpretują istnienie niedosłuchu. Z doświadczenia wiem, że także młodzi lekarze często tego nie potrafią uchwycić. A zrozumienie tej dolegliwości przez lekarza jest po prostu priorytetem i niezbędną w tym przedmiocie wiedzę powinni posiadać.

66

## Domy dziennego pobytu jako jedna z form pomocy środowiskowej ludziom starym

Andrzej Mielczarek

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna  
(Włocławek, Polska)

W wielu krajach świata zaobserwowano wydłużanie się ludzkiego życia. Dotyczy to także i Polski. Fakt ten stawia przed polityką społeczną i gospodarczą poważne wyzwania. To także obowiązki dla różnych szczebli administracji rządowej, samorządowej i organizacji pozarządowych. Chodzi o zapewnienie ludziom starym godnych warunków życia, możliwość pełnego zaspokajania ich potrzeb.

Ograniczenie roli rodziny w sprawach opiekuńczych nad starym pokoleniem, przy wydłużaniu się systematycznie tzw. „trzeciego wieku”, ograniczenie możliwości zamieszkania w domach pomocy społecznej zmusza do poszukiwania różnych możliwości zaspokajania potrzeb seniorów w miejscu zamieszkania. Jedną z form zaspokajania potrzeb ludzi starych są domy dziennego pobytu. Poprzez zbadanie opinii podopiecznych takiego ośrodka autor stara się dać odpowiedź na pytanie, czy spełniają one pokładane nadzieje.

67

## Edukacja pacjentów z dysfunkcją układu pokarmowego — choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy

Maria Połocka-Molińska<sup>1,2</sup>, Jadwiga Kuczma-Napierała<sup>1</sup>, Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UMK (Toruń, Polska), CM im. L. Rydygiera (Bydgoszcz, Polska); <sup>2</sup>Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego (Poznań, Polska)

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy należy do najczęstszych schorzeń przewodu pokarmowego. Do czynników ryzyka choroby zalicza się przede wszystkim zakażenie *Helicobacter pylori*, następnie przyjmowanie niesteroidowych środków przeciwzapalnych, stres, palenie tytoniu, alkohol oraz mocną kawę. Zwłaszcza palacze częściej zapadają na infekcje *Helicobacter pylori*, dlatego też palenie stanowi, podobnie jak infekcja, czynnik podwyższający częstość wrzodów. Celem podjętych badań była próba odpowiedzi na pytanie: Czy wśród osób dotkniętych chorobą wrzodową istnieje zapotrzebowanie na edukację zdrowotną, oraz jeżeli istnieje to jakiego zakresu dotyczy? Podstawowym narzędziem badawczym w tej pracy

była ankieta. Wywiad i obserwacje posłużyły jako uzupełnienie. Badania przeprowadzone zostały wśród osób chorujących na wrzody dwunastnicy. Grupa badawcza liczyła 400 kobiet i 400 mężczyzn w różnych grupach wiekowych. W pracy wzięto pod uwagę wiedzę pacjentów dotyczącą: czynników ryzyka, powikłań choroby, zasad odżywiania, umiejętności radzenia sobie ze stresem, unikania używek, jak również chęci pogłębienia wiedzy dotyczącej choroby wrzodowej. Wyniki badań wykazały wysoką wiedzę ankietowanych na temat choroby wrzodowej. Jednak w niektórych aspektach konieczne jest uzupełnienie działań edukacyjnych w zakresie: powikłań choroby, walki ze stresem, unikania używek, a przede wszystkim brania odpowiedzialności za własne zdrowie. Zaobserwowano różnicę pomiędzy posiadaną wiedzą pacjentów na temat zdrowego stylu życia a faktycznym zachowaniem. Respondenci ocenili dotychczasową wiedzę jako wystarczającą do życia z chorobą, mimo tego wyrażali jednak chęć pogłębienia swojej wiedzy dotyczącej choroby wrzodowej.

68

## Sylwetka psychofizyczna pacjentów w wieku podeszłym

Maria Połocka-Molińska<sup>1,2</sup>, Jadwiga Kuczma-Napierała<sup>1</sup>, Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UMK (Toruń, Polska), CM im. Ludwika Rydygiera (Bydgoszcz, Polska); <sup>2</sup>Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego (Poznań, Polska)

Polska, jak większość krajów świata doświadcza tzw. rewolucji demograficznej. Obniżaniu się poziomowi urodzeń towarzyszy przedłużanie się przeciętnego trwania życia. Społeczeństwo polskie nieuchronnie starzeje się. Informacje o sytuacji zdrowotnej ludzi w podeszłym wieku, odgrywają zasadniczą rolę w opracowywaniu programów ułatwiających adaptację do tej fazy życia oraz w programowaniu usług medycznych, przeznaczonych dla tej populacji. Celem przeprowadzonych badań była ocena postaw i zachowań wpływających na sylwetkę psychofizyczną pacjentów w podeszłym wieku. W badaniach brało udział 600 osób. Pacjenci udzielali odpowiedzi na zadawane pytania, zawarte w kwestionariuszu ankiety, którą przygotowano samodzielnie. Ponadto, aby ocenić ich stan emocjonalny posłużono się Geriatryczną Skalą Oceny Depresji, do oceny pamięci użyto Skróconego Testu Sprawności Umysłowej, do oceny sprawności samoobsługowej — skali Podstawowej Aktywności w Codziennym Życiu.

Badani pacjenci znajdowali się w fazie wczesnej starości (65–75 rż.), średnia wieku wynosiła 71,2 lat. Nie pracowali już zawodowo i w większości nie odczuwali dyskomfortu z tego powodu.

Badana grupa w większości reprezentowała bierny i monotony styl życia. U większości badanych brakowało było regularnych kontaktów z lekarzem rodzinnym. Brakowało im również wiedzy i dobrej informacji na temat zasadności korzystania z różnych form usług medycznych dla osób w starszym wieku.

Aż 40% badanych oceniło swój stan zdrowia jako zły. To subiektywne samookreślenie zdrowia, można uznać za wypadkową stanu psychofizycznego badanych pacjentów. Ponad połowa badanych wykazywała zaburzenia depresyjne, często współistniejące z niesprawnością samoobsługową i niesprawnością umysłową.

Stan psychofizyczny pacjentów w podeszłym wieku zależy w dużej mierze od ich świadomości zdrowotnej i stylu życia. Potrzebują oni działań stymulujących kreatywny styl życia, oraz wzorów aktywnej starości. Profilaktyka, jak wykazują dotychczasowe badania naukowe oraz osiągnięcia medycyny zapobiegawczej, to ważny kierunek we wszystkich grupach wiekowych. Przede wszystkim jednak pacjenci w podeszłym wieku wymagają specjalistycznej opieki medycznej w poradniach geriatrycznych i oddziałach geriatry.

## SYMPOZJUM EUROFAMCARE

### 1

#### Założenia i cele projektu EUROFAMCARE

Barbara Bień w imieniu grupy EUROFAMCARE

*Klinika Geriatrii AM (Białystok, Polska)*

Projekt EUROFAMCARE\* (*Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage*) ma na celu dokonanie oceny sytuacji opiekunów rodzinnych osób starych w Europie w odniesieniu do obecności, znajomości, dostępności, korzystania i akceptowania usług i świadczeń pomocowych, na przykładzie Grecji, Niemiec, Polski, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoch. Głównym celem projektu jest dokonanie zmian w procesach zarządzania na różnych szczeblach polityki, by ukierunkować ją na partnerstwo między opiekunem rodzinnym, świadczeniodawcami i podopiecznymi.

Projekt badawczy składa się z kilku modułów. Na wstępie dokonano przeglądu systemów opiekuńczych, z podkreśleniem roli rodziny, na podstawie raportów z 23 krajów europejskich. Zasadniczą częścią projektu było badanie kwestionariuszowe prowadzone przez przeszkolonych ankieterów z 1000 opiekunów rodzinnych osób starszych, wymagających opieki i wsparcia. Badanie to przeprowadzono w sześciu krajach wchodzących w skład konsorcjum na podstawie tego samego protokołu badawczego i narzędzia. W celu oceny zmian w sytuacji opiekuńczej rodziny oraz analizy kosztów i korzyści związanych z jej świadczeniem (na poziomie państwa i opiekuna), po upływie 12 miesięcy powtórzono to badanie wśród osób, które wyraziły na to zgodę. W międzyczasie przeprowadzono pilotowe badanie wybranych usługodawców świadczeń zdrowotnych, socjalnych, pomocy pozarządowej i innych, którzy świadczą opiekę na rzecz opiekunów i ich podopiecznych, aby poznać ich poziom uświadomienia takich potrzeb, formy oferowanych usług i plany na przyszłość oraz by skonfrontować ich stanowisko z potrzebami wyrażanymi przez opiekunów rodzinnych. Kończącą fazą projektu jest opracowanie wyników w formie raportów narodowych i europejskiego, by na ich podstawie nagłaśniać i rozpowszechniać wyniki oraz uruchamiać proces zmian na różnych szczeblach polityki społecznej na rzecz poprawy sytuacji opiekunów rodzinnych osób starszych niesprawnych w Europie. Prezentowane na sympozjum wyniki będą odnosiły się głównie do sytuacji polskiej.

\*Projekt (QLK6-CT-2002-02647) jest realizowany w ramach 5. Programu Ramowego UE: *Quality of Life and Management of Living Resources — Key Action 6: The Ageing Population and Disabilities; 6.5 Health and Social Care Services of Older People.*

### 2

#### Metodologiczne założenia badań EUROFAMCARE

Brunon Synak

*Uniwersytet Gdański (Gdańsk, Polska)*

Badania nad sytuacją opiekunów rodzinnych w sześciu krajach Europy (Niemcy, Grecja, Polska, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy) miały charakter badań porównawczych. Chodziło głównie o ustalenie

różnic między rodzinnymi sytuacjami opiekuńczymi nad osobami starszymi w poszczególnych krajach pod względem zakresu i jakości usług, systemu wsparcia opiekunów, wzorów opieki rodzinnej i uwarunkowań kulturowych (oczekiwań, potrzeb etc.). Taki charakter badań wymagał zastosowania we wszystkich krajach identycznych narzędzi badawczych oraz zapewnienia reprezentatywności badań w każdym kraju.

Podstawowym narzędziem badawczym był wysoce wystandaryzowany kwestionariusz wywiadu (CAT). Bazę badawczą stanowiło 1000 przypadków sytuacji opiekuńczych w każdym kraju. Respondentami były osoby, które opiekują się członkiem rodziny w wieku 65 lat i starszym, udzielając mu jakiegokolwiek formy pomocy (poza finansową), lub ją organizując, przez co najmniej 4 godziny w tygodniu.

Dobór próby poprzedził wybór trzech województw (podlaskie, małopolskie i wielkopolskie), a następnie miejscowości i społeczności (tzw. *sites*). Przy wyborze kierowaliśmy się zróżnicowaniem środowisk pod względem społecznym, gospodarczym, infrastrukturalnym i kulturowo-historycznym (łącznie uwzględniliśmy kilkanaście wskaźników). Podstawą określenia wielkości próby w województwach był proporcjonalny udział osób starszych w całej badanej populacji (65+), z uwzględnieniem podziału na miasto i wieś.

Warunkiem porównywalności badań było też zastosowanie takiej samej metodologii rekrutacji i „kanałów” docierania do badanych przypadków. Zasadą rekrutacji w badanych społecznościach była metoda nasycenia (*saturation*), a głównymi kanałami docierania: „od drzwi do drzwi”, kontakt przez służby medyczne i socjalne oraz „kula śniegowa”.

Badania kwestionariuszowe zostały powtórzone po mniej więcej roku czasu (*follow-up*) wśród tych opiekunów, którzy wyrazili na to zgodę.

Badaniom sytuacji opiekuńczych towarzyszyła analiza usług wspierających opiekę rodzinną przeprowadzona na podstawie informacji uzyskanych od instytucji i organizacji działających w badanych środowiskach.

Ważnym elementem całej koncepcji badawczej były również raporty narodowe (tzw. NABARE) dotyczące polityki społecznej i usług opiekuńczych na rzecz osób starszych i ich rodzin w krajach europejskich.

## 3

## Pozycja opiekuna rodzinnego osoby starszej niesprawnej w Polsce

Wojciech Pędich

PTG (Białystok, Polska)

Problem roli opiekunów rodzinnych w opiece nad osobami starszymi niesprawnymi przewija się w europejskiej gerontologii od wielu lat. Zgodnie z polskimi obyczajami, za opiekę nad starszym lub niesprawnym członkiem rodziny odpowiadają pozostali członkowie rodziny. Jest to zasada ukształtowana jeszcze w pierwszym tysiącleciu naszej ery, a więc w okresie przedchrześcijańskim. Opiekę rodziny nad osobami starszymi niesprawnymi należy traktować jako sytuację naturalną, a nie objaw zacofania społecznego. Tkwi ona mocno w naszej tradycji.

Rodzina jest najważniejszym dostawcą usług opiekuńczych w Polsce. Według badań ogólnopolskich 92% ludzi starszych uważa, że w razie choroby może liczyć na opiekę ze strony najbliższych członków rodziny. Mimo to rola opiekunów rodzinnych nie została dotąd doceniona we właściwym stopniu.

W Polsce nie prowadzi się rejestru opiekunów rodzinnych, nie można więc ustalić szczegółowych danych na temat sytuacji opiekunów rodzinnych, ich liczby, wieku, płci, źródła utrzymania i poziomu wykształcenia. Zapotrzebowanie na usługi opiekunów rodzinnych można oszacować na podstawie stopnia utraty sprawności osób starych; szacunkowo należy przyjąć, że liczba opiekunów rodzinnych w Polsce wynosi co najmniej 2 miliony osób. Na podstawie dotychczasowych nielicznych badań można przyjąć, że wśród opiekunów rodzinnych, zarówno w miastach, jak i na wsi, przeważają kobiety w wieku 50–69 lat.

W Polsce nie ma żadnego formalnego systemu wspomagania opiekunów rodzinnych. Opiekunowie rodzinni zasadniczo nie otrzymują korzyści materialnych za świadczoną opiekę. Nie ma żadnych przepisów uprawniających opiekunów rodzinnych do świadczeń za wykonywane usługi, nie mają też dodatków do emerytur, ulg komunikacyjnych itp. Opiekunowie rodzinni są w praktyce pozostawieni sami sobie przez administrację socjalną i nie są podmiotem polityki społecznej. W podejmowanych dyskusjach nad kierunkami polityki społecznej wobec ludzi starych, nie wymienia się dotychczas postulatu wprowadzenia regulacji prawnych, które dawałyby możliwość określonego prawem wspierania opiekunów rodzinnych

Traktowanie opiekunów rodzinnych jako sprzymierzeńców pociąga za sobą potrzebę otoczenia ich należytą opieką. Poza serwisem usług dla osób starszych należy zapewnić serwis usług dla ich opiekunów. Zwłaszcza takie usługi, jak doraźne zastępstwa, dostęp do sprzętów i urządzeń pomocniczych, poradnictwo, ochrona przed wypaleniem psychicznym, stwarzają szansę na bardziej efektywną pracę opiekunów rodzinnych.

## 4

### Starsi wiekiem podopieczni polskich rodzin w świetle badań EUROFAMCARE

Barbara Bień w imieniu grupy EUROFAMCARE

*Klinika Geriatrii AM (Białystok, Polska)*

**Wstęp.** Postępująca z wiekiem niesprawność psychofizyczna ludzi starszych powoduje utratę samodzielności i rosące uzależnienie od pomocy innych osób, a najczęściej rodziny. Celem prezentacji jest przedstawienie charakterystyki podopiecznych polskich rodzin w zakresie cech demograficznych, poziomu niesprawności fizycznej i psychicznej, rodzaju potrzeb opiekuńczych wraz z określeniem poziomu ich zaspokojenia oraz zależności między rodzajem niesprawności a poziomem obciążenia opiekuna.

**Materiał i metody** (zawarte we wcześniejszej prezentacji). Informacje dotyczące 1000 podopiecznych uzyskano pośrednio z relacji ich opiekunów rodzinnych na podstawie standaryzowanego kwestionariusza. Sprawność podopiecznych oceniono na podstawie skali Barthela i I-ADL, zaś negatywny wpływ opieki na opiekuna na podstawie COPE Indeks.

**Wyniki.** Przeciętny podopieczny ma 78,6 roku. Większość (73%) to kobiety. Nie stwierdzono różnic w zakresie płci zależnych od miejsca zamieszkania na wsi lub w mieście. Jedynie 3% podopiecznych należy do mniejszości etnicznych. 64% osób podopiecznych jest owdowiałych, a 23% pozostaje w związku małżeńskim. Trzy czwarte podopiecznych mieszka w tym samym mieszkaniu lub budynku co opiekun. Przeciętna liczba współmieszkańców w gospodarstwie osoby starszej — 3,3. Niemal, połowa podopiecznych jest w znikomym lub niewielkim stopniu zależna od pomocy opiekuna, pozostali w umiarkowanym lub dużym. Ponad połowa podopiecznych zdradza łagodne lub poważne zaburzenia poznawcze. Do najczęściej podawanych powodów uzależnienia należą: choroba lub niesprawność fizyczna (57%), zniechęcenie starcze (28%) i otępienie (6%). W opinii opiekunów ich podopieczni potrzebują pomocy w zakresie prac do-

mowych w 93%, z czego w 24% pozostaje deficyt takiej pomocy; w problemach zdrowotnych w 72%, z czego w 21% pozostaje deficyt takiej pomocy; w zakresie potrzeb emocjonalnych w 88%, z czego w 29% pozostaje deficyt takiej pomocy; w zakresie poruszania się/transportu w 80%, z czego w 23% pozostaje deficyt takiej pomocy, a w 75% wymagają zorganizowania procesu opieki, z czego w 17% pozostaje deficyt takiej pomocy. Stwierdzono bardzo znamienne dodatnią korelację między rosnącym poziomem niesprawności psychofizycznej podopiecznego, a rosnącym stopniem obciążenia opiekuna rodzinnego.

## 5

### Charakterystyka polskiego opiekuna rodzinnego osób starych w badaniach EUROFARMACARE\*

Piotr Czekanowski w imieniu grupy badawczej EUROFAMCARE

*Uniwersytet Gdański (Gdańsk, Polska)*

**Wstęp.** Celem projektu EUROFAMCARE jest ocena szeroko rozumianej sytuacji życiowej opiekunów rodzinnych ludzi starych w Europie.

**Materiał i metody.** Badania porównawcze pełnoletnich opiekunów rodzinnych ludzi starych (65+), zrealizowane na podstawie ujednoliconego kwestionariusza wywiadu w 6 krajach, tj. w Niemczech, Grecji, Włoszech, Polsce, Szwecji i Wielkiej Brytanii (po 1000 wywiadów w każdym z tych państw). W przygotowanym referacie ograniczono się do prezentacji wyników badań polskich.

**Wyniki.** Biorąc pod uwagę relacje rodzinne pomiędzy opiekunem a podopiecznym, rolę opiekunów w połowie przypadków (51%) pełnią dzieci podopiecznych, a blisko w 1/5 ich współmałżonkowie i w efekcie niemal 3/4 opiekunów zamieszkuje w tym samym budynku co osoba, której służą pomocą. Uwzględniając płeć opiekunów, dominują kobiety (76%), niemal 3/4 opiekunów to osoby posiadające partnera życiowego, a opiekunowie posiadający dzieci stanowią 80% wszystkich opiekunów. Ta sytuacja rodzinna powoduje, że blisko 40% opiekunów rodzinnych udziela wsparcia jeszcze dodatkowym osobom (np. dzieciom). Liczba godzin wsparcia świadczona podopiecznemu jest oczywiście zróżnicowana — uwzględniając największe obciążenia, niemal co piąty opiekun udziela opieki co najmniej 12 godzin na dobę, a blisko co dziesiąty świadczy tę opiekę niejako „na okrągło”. Średni wiek opiekuna wynosi 51 lat, a najczęściej spotyka-



nym poziomem wykształcenia jest wykształcenie średnie (37%). Wśród opiekunów przeważają osoby niepracujące (60%), których źródłem utrzymania jest najczęściej emerytura czy renta. Na zakres świadczonej opieki niewątpliwie wpływa stan zdrowia opiekuna — u opiekunów dominuje średni (39%) i dobry (35%) stan zdrowia. W odpowiedzi na pytanie dotyczące samooceny jakości życia najczęściej respondentów (51%) określiło poziom jakości swojego życia jako dobry, a nieco ponad 1/3 stwierdziła, że ten poziom nie jest ani dobry, ani zły (około 6% badanych oceniło go jako zły bądź bardzo zły).

**Wnioski.** Znacząca wiedza pozyskana m.in. z prezentowanych badań, ale również zdobyta w trakcie innych zadań realizowanych w projekcie EUROFAMCARE, służy podejmowaniu różnorodnych inicjatyw i działań, które pełniej obrazują istotę roli, jaką w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej pełnią opiekunowie rodzinni ludzi starych oraz stwarza możliwość lepszego dopasowania narzędzi polityki społecznej do ich potrzeb.

\*Więcej informacji o projekcie: [www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare](http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare)

## 6

### Usługi wspierające rodzinę sprawującą opiekę nad osobą starszą — w świetle wyników badań EUROFAMCARE w Polsce\*

Beata Z. Wojszel w imieniu polskiej grupy badawczej projektu EUROFAMCARE\*\*

*Klinika Geriatrii AM (Białystok, Polska)*

**Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie korzystania z usług wspierających przez rodzinę sprawującą opiekę nad osobą starszą oraz opinii opiekunów na temat ułatwień/utrudnień w dostępie do tych usług oraz rodzaju wsparcia, które jest w ich sytuacji opiekuńczej ważne i czy je otrzymują.

**Materiał i metody.** Badania ankietowe przeprowadzono w 3 regionach Polski (woj. podlaskie, małopolskie, wielkopolskie) wśród opiekunów sprawujących opiekę nad osobą starszą (ukończony 65 rż.), przez co najmniej 4 godziny w tygodniu. Dojście do próby — metoda saturacji wybranych obszarów wymienionych województw, dobranych w sposób zapewniający największą reprezentatywność w skali kraju. Narzędzie badania — kwestionariusz ankiety opracowany we współpracy międzynarodowej.

**Wyniki.** Badania przeprowadzono w grupie 1000 opiekunów. Z usług wspierających korzystało 38,2% ankietowanych oraz 94,8% ich starszych podopiecznych. Przeważającą większość wśród podawanych usług stanowiły usługi nieodpłatnie świadczone przez pracowników służby zdrowia. Subiektywnie ważne, ale w ponad 50% przypadków niezabezpieczone rodzaje wsparcia z punktu widzenia opiekunów to: informacja o dostępnej pomocy, pomoc w planowaniu i zorganizowaniu opieki, adaptacja środowiska, wsparcie finansowe oraz umożliwienie opiekunowi zrobienia przerwy/urlopu w opiece.

**Wnioski.** Istnieje potrzeba rozwijania szerszego wachlarza środowiskowych usług wspierających rodzinę ze starszym podopiecznym, z uwzględnieniem preferencji i potrzeb opiekunów osób starszych.

\*Pracę przygotowano podczas realizacji polskiej części projektu EUROFAMCARE (5 Program Ramowy UE, Nr kontraktu QLK6-CT-2002-02647)

\*\*Bień B., Błędowski P., Czekanowski P., Pędich W., Rybaczuk M., Sielawa B., Synak B., Wojszel Z.B.

## 7

### Usługi wspierające rodzinę z niesprawnym starszym podopiecznym w ocenie świadczeniodawców

Piotr Błędowski w imieniu grupy badawczej EUROFAMCARE

*Szkoła Główna Handlowa (Warszawa, Polska)*

**Wstęp.** Celem projektu jest ocena sytuacji życiowej rodzinnych opiekunów ludzi starych i wskazanie możliwości jej poprawy

**Materiał i metody.** Wywiad standaryzowany przeprowadzony z przedstawicielami 41 placówek służby zdrowia, pomocy społecznej, NGO's i innych organizacji działających na terenie objętym badaniem w ramach projektu EUROFAMCARE.

**Wyniki.** Struktura i rodzaje usług oferowanych przez objętych badaniem usługodawców wskazują, że dostrzegają oni przede wszystkim potrzeby osób starszych, podczas gdy potrzeby opiekunów rodzinnych nie są rozpoznane. Zaspokojenie tych potrzeb nie stanowi na ogół jasno zdefiniowanego celu działania usługodawcy. Działania podejmowane w stosunku do opiekunów mają głównie charakter doraźny i ograniczają się najczęściej do poradnictwa. Są one realizowane często w ramach rutynowych programów, które nie są adresowane wyłącznie do opiekunów, ale są

dostępne dla pacjentów korzystającego z usług służby zdrowia lub klientów pomocy społecznej. Mało jest usług wychodzących poza świadczenia typowo związane z pomocą społeczną lub ochroną zdrowia. Niewiele placówek organizuje usługi mające na celu udzielenie opiekunowi i jego rodzinie wsparcia psychologicznego i pomoc w rozwiązywaniu problemów rodzinnych. Skala zainteresowania potrzebami rodzinnych opiekunów nie zależy od wielkości ośrodka, w którym działa świadczeniodawca, ani od rodzaju placówki.

Liczba działań adresowanych do starszej osoby i jej opiekuna uznanych za ważne przez respondentów jest znacznie większa od liczby działań faktycznie podejmowanych. Rozszerzenie zakresu świadczeń napotyka na trudności natury formal-

no-organizacyjnej. Respondenci bardzo często skarżą się, że na przeszkodzie staje brak zawartych z NFZ kontraktów na świadczenie usług. Powoduje to ograniczenie dostępności do usług do tych osób i rodzin, które są w stanie opłacić świadczenia z własnych środków.

**Wnioski.** Brak wyodrębnionych usług dostępnych dla opiekunów wskazuje pośrednio, że problemy związane z działaniami opiekunów w rodzinie nie są dostatecznie znane nawet fachowcom, zajmującym się na co dzień pracą w środowisku starszych ludzi. Oferta usług dla ludzi starych i ich opiekunów jest nadal dość skromna, ale wśród usługodawców wzrasta świadomość, że rozszerzenie zakresu usług dla obu tych grup staje się coraz bardziej konieczne.