



Kovácsné Mercs Mónika

Geriátriai ismeretek I. Fogalmak, jellemző betegségek



A követelménymodul megnevezése:

A sajátos szükségletek felmérésének feladatai az idősellátásban

A követelménymodul száma: 1865-06 A tartalomelem azonosító száma és célcsoportja: SzT-018-30



KLINIKAI ISMERETEK III. GERIÁTRIAI ISMERETEK I. (FOGALMAK, JELLEMZŐ BETEGSÉGEK)

ESETFELVETÉS – MUNKAHELYZET

A 72 éves nőbeteg enyhébb fokú demencia kórjelzéssel sikerült kórházba, geriátriai osztályra beutalni. A heteroanamnézis szerint már hónapok óta egyre kevésbé érti meg azt, amit mondanak neki. Mintegy 1012 napja ágyban fekvő. Vizsgálatakor a dehydratio, valamint mozgáskor a térdízületek fájdalmassága volt a jelentősebb eltérés. Th.: infúziók, a térdízületekre paraffin pakolások és fájdalomcsillapítás (kis adag nem szteroid antireumatikus szerek).

Az észlelés első napjain obstipatio és nyugtalanság volt észlelhető. Többször ki akart kelni az ágyból és kimenni a toalettre, bekötött infúzióval is. Az ápolónők szóbeli nyugtatási kísérletei eredménytelenek voltak, feltehetőleg meg sem értette szavait. Táplálékot is alig volt hajlandó fogyasztani. A bértartalom kiürülése és kellő hidrálása után nyugtalansága megszűnt, étvágya javult. Fül-orr-gégész konzílium kétoldali cerument talált.

A füldugasz eltávolítása után hallása egyszerre megjavult, kommunikálissá vált. A segítséggel elkezdett, mintegy két hétig folytatott járásgyakorlatok és összesen három- heti kórházi ápolás után enyhült ízületi panasszal kibocsáthatóvá vált.

Epikrízis: Az ágyhoz kötöttség következményeinek (obstipatio, dehydratio) megszüntetése, arthrosisának kezelése és a járóképesség helyreállítása által az idős beteg „meggyógyult”, sőt állapota annyiban jobb a hónapokkal előbbiekhöz képest, hogy kicsiny fülészeti beavatkozás folytán kommunikábilissá, a beszéd megértése által pszichésen is jobban hozzáférhetővé vált.

A fenti eset kapcsán, melynek idézése egy szak könyvből, érintőlegesen megismerhetjük az idősök korral járó állapotváltozásait, annak okait és kezelésük jelentőségét. Az alábbi szakmai információ tartalom áttanulmányozásával lehetőségünk nyílik saját ismeretünk bővítésére.

SZAKMAI INFORMÁCIÓTARTALOM

1. A GERIÁTRIA FOGALMA, FELADATKÖRE, MÓDSZEREI

A geriátria az általános medicina egyik ágazata, amely az idősök egészségével, valamint betegségeik klinikai, preventív és gyógykezelést aspektusaival foglalkozik. Maga a kifejezés görög eredetű szóösszetétel: geron=idős, öreg; inter=orvos, iatria=orvoslás, orvostan (v. ö.pediátria, pszichiátria). Míg angolszász nyelvterületen kezdettől a geriátria elnevezést alkalmazták, a kontinentális Európában inkább a gerontológia megnevezés terjedt el.

A „geriátria” csak az utóbbi időben kezd terjedni. Geron= I. előbb: onton=létező, lény; ligia=tan, ismeretek összessége, valamely tárgykörben (l. ornitológia, pszichológia, paleontológia, stb.).

Etimológiája alapján a gerontológia, a geriátriánál jóval kiterjedtebb tartalmú, valamennyi idős lényre (nemcsak az emberre) vonatkozó valamennyi ismeretanyag átfogó megnevezése.

A geriátria alapelvei

A geriátria mintegy négy évtizede kezdett erőteljesen fejlődni, s ennek üteme olyan mértékben gyorsult, hogy jelenleg a leggyorsabban fejlődő klinikai szakmák közé tartozik. Geriátrerré nem válik valaki automatikusan azért, hogy annak kinevezik, még azért sem, hogy kijelenti: nagyon sok idős betegem van! A tapasztalat valóban lényeges része a geriátriának, de a geriátrának ezenfelül tudatosan kell alkalmazkodnia az idősgyógyászat ismeretanyagát, és rendelkeznie kell a megfelelő szemlélettel is.

Legfontosabb (és ez nincs feltétlenül geriátriai ismeretekhez kötve): elvetni az idős betegekre vonatkozóan azt a diagnosztikai és terápiás nihilizmust, melyet tömören a „senectus ipse morbus” (=maga az öregség a betegség) közmondás fejez ki, (Egyetlen kivétel: a progeria, a kórosan korai öregedés.). Ennek a hibás szemléletnek a veszélye kétirányú, Erősíti az orvosi gondolkodásnak olyan tendenciáját, amely a betegség tüneteit hajlamos az idős korról magyarázni: pl. egy pszichésen kissé lelassult, mellékesen ritka hajú és szemöldökű, kissé puffadt arcúnak és száraz bőrűnek látszó 70 éves nőbetegét arterioschleroticusnak minősít, kezdődő demenciával: holott bizonyára hypothyreosisra gondolna, ha a beteg csaj 40 éves volna. A másik veszély az, hogy esetleg maga a beteg is hajlamos panaszait az öregedéssel magyarázni (amint arról még lesz szó, idős korban a heveny megbetegedések sem szoktak nagyon élesen, feltűnő panaszokkal kezdődni), és elmulasztja az orvost felkeresni.

Az időskorúak hátrányosabb egészségügyi helyzetének tudati szemléleti okai azzal a következménnyel is járnak, hogy az orvos kevesebb időt és energiát fordít az idős betegre, mint a fiatalabbra, valamint pusztán a beteg életkora miatt indokolatlannak ítéli valamely beavatkozás elvégzését.

A geriátria komplex problematikája

Másik lényeges szempont az aktív megközelítési mód mellett a komplex problémaorientáltság. A belgyógyászatban valószínűleg még ma is érvényes Osler axiómája, mely szerint igyekezni kell a beteg valamennyi tünetét egyetlen betegségre visszavezetni. A geriátriában ez nem érvényes. Fel kell tárni minden egyes tünet alapját képező problémát (betegséget, elváltozást), és meg kell állapítani kezelésük fontossági sorrendjét. A bajok gyökere néha egészen banális dolog lehet.

A többféle betegség és kóros állapot felismerésén és regisztrálásán túlmenően a geriátriai szemlélethez hozzátartozik tehát az is, hogy figyelembe vesszük ezek összefüggéseit, kölcsönhatásait, és igyekszünk megtalálni azt az egy-két kórfolyamatot, amely az egész állapotnak a gyökere, *primum movense*. A diagnosztikában a hibás gyakorlatnak két fő iránya lehet.

Az egyik a diagnosztika hiánya vagy elégtelensége. Ennek következményei a látszat- vagy valószínűségi diagnózisok (dg-k). Mivel a legtöbb idős embernek van több-kevesebb arterioschlerosis, a betegség valódi okának megkeresése helyett egyszerűbb és könnyebb azokat arterioschlerosis cerebrivel magyarázni. A geriátriai szemlélet terjedésének köszönhetően ma már kezdenek kimenni a divatból a *senilitas*, aggkori végelgyengülés és hasonló (szintén látszat-) diagnózisok. A másik hiba a túlhajtott diagnosztikai tevékenység. Ma már sem a belgyógyászatban, sem más orvosi szakmában nem elfogadható gyakorlat elvégeztetni minden lehetséges vizsgálatot azzal, hogy majdcsak kijön belőle valami. A geriátriában fokozottabban figyelembe kell venni, hogy a tervezett vizsgálat mennyire terheli a beteget (fájdalom, veszély), és azt is, vajon a vizsgálat eredményéből származik-e valamilyen terápiás konzekvencia?

A geriátria módszertana

A geriátria hatékony módszere a team-munka. A diagnosztikában gyakran szükséges a társszakmáktól konzíliumot kérni. Így pl. döntő lehet az alkalmazandó gyógykezelés és a beteg sorsa szempontjából is eldönteni, hogy a tartós tüdőbeszűródést mi okozza: tumor vagy egyéb (netán tbc)? Vagy a kimutatott agyi góc *infractus*-e vagy primer, ill. áttéti daganat? Multidiszciplináris teamre van tehát szükség, a geriáter vagy geriátriai érdeklődésű orvos, a beteg állandó kezelőorvosa a team szervezője és mozgatója. Teammunkára van szükség a gyógyításban és a rehabilitációban is, mely utóbbit lehetőleg már a gyógyító tevékenység közben célszerű elkezdeni. Ennek a teamnek is a beteg kezelőorvosa a vezetője. Segítőtársai kórházban az ápolónők és a dietetikus, a szükségletnek megfelelően (ha van): a fizioterápiás asszisztens, gyógytornász, pszichoterapeuta, logopédus, masszőr, foglalkozási terapeuta. Az alapellátásban általában csak a körzeti orvos, az ápolónő és esetleg a szociális gondozónő áll rendelkezésre. Nekik kell kiképezniük a rehabilitációra igénybe vehető családtagokat és irányítani munkájukat. Bár szükségmegoldás, de megfelelő irányítással a hozzátartozók is végezhetnek aktív-passzív mozgatókat. A beszédgyakorlathoz sem szükséges a logopédus állandó jelenléte.

A geriáter vizsgálómódszerei alapján vége azonosak az általános orvos (belgyógyász) vizsgálómódszereivel, de – mint a pediátriában is – vannak kisebb–nagyobb eltérések. Ha alapos munkát akar végezni, ez jóval több időt vesz igénybe, mint fiatalabb beteg esetében, ráadásul sokkal szélesebb körű figyelem is szükséges hozzá. Ugyanakkor az orvosok jelentős része hajlamos az idős betegre a fiatalabbakhoz képest kevesebb időt és energiát fordítani. Szellemes állítás szerint a geriátria összetevői: 10 % inspiráció, 90 % perspiráció (izzadás=nehéz, fáradságos munka).

A szuperspecialistákhoz képest a geriáter munkája jóvel kevésbé látványos, társadalmi fontosságához mérten (ma még) nem eléggé elismert, jellegében a régi, mindennel törődő háziorvoshoz hasonlítható. Teljesen értelmetlen volna azonban a különbségekből értékrendet alkotni. Tudomásul kell venni, hogy a geriáter nem jobb orvos például a belgyógyászatnál, csupán – más.

2. AZ IDŐSKOR MEGHATÁROZÁSA

Az ember születéstől kezdve öregszik. Ennek a folyamatban a harmadik szakasza a gerontológia, ill. a geriátria tárgyköre. De mikor, mely életkorban kezdődik ez a harmadik szakasz? A legtöbb országban a nyugdíjas kor kezdetét tekintik határnak. Ez az életkor azonban nem azonos az egyes országokban, ezenkívül semmilyen jelentősége sincs az egyén testi erőnléte, szellemi képességei vagy egészségi állapota szempontjából. Inkább politikai (alacsony nyugdíjkorhatár – megürülő állások, a foglalkoztatottság növelhető) és gazdasági (magasabb korhatár – csökken a kifizetendő nyugdíjak összege) szempontok alapján döntenek el.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1963-ban Kijevben az alábbi csoportosítást fogadta el :

Korcsoportok a WHO (1963) szerint	
középkorúak	45 – 59 év
idősödők	60 – 74 év
idősek	75 – 89 év
aggok	90 éves kor felett

A naptári életkort meg szoktuk különböztetni a biológiai életkortól, amely utóbbit a küllem, a szellemi frissesség, a testi erőnlét (fitness), a közérzet és az egészségi állapot alapján, becslésszerűen állapítjuk meg, lévén mennyiségileg nem mérhető, inkább minőségi állapot. A naptári életkorral gyakran nem egyezik, attól néha jelentősen elmaradhat. Ez lényegében az öregedési folyamat lassulását jelenti.

Az alábbi példák szemléltetik, hogy milyen különbségek lehetnek hasonló életkorú idősök között biológiai koruk, azon belül testi–szellemi erőnlétük, járóképességük és önellátásra képességük mértéke szerint.

88 éves nyugdíjas nő családi házban, családjá körében él, ahol teljes ellátásban részesül. Erre rá is szorul, ugyanis ízületi betegség, az izomerő csökkenése és az egyensúlyzavara miatt járni csak segítséggel és rövid távolságra (a lakásban) tud. Szellemi képességei kielégítőek, jobbak annál, ami életkorának megfelelne. Havi 2–3 alkalommal orvosi ellenőrzésben is részesül magas vérnyomása, arthrosis, köves epehólyagjának évenkénti gyulladása miatt.

A 65 éves nőbeteg néhány héttel heveny szívinfartus után. Állapota lehetővé, az eltelt idő szükségessé tenné azt, hogy napjának egyre növekvő részét töltsen ágyon kívül (karszékben), és lassan, fokozatosan visszatérjen a fennjáró életmódhoz. Ő azonban erre semmi indítékot nem érez, erre irányuló törekvésekkel együttműködésre nem hajlandó, a legcsekélyebb mértékben sem. Egyedüli hozzátartozója munkaviszonyban álló személy, az ágyhoz kötött beteg ápolását nem képes elvégezni, emiatt a beteg szociális otthonban való elhelyezése vált szükségessé.

3. AZ IDŐSEK A TÁRSADALOMBAN

Annak érdekében, hogy a nyugdíjasok ne látszanak egyszerű tömegnek, már fel lehet tüntetni a hivatalos iratok megfelelő rovatában a nyugdíjas legutolsó foglalkozását (munkakörét) is, tehát nem szürke „nyugdíjas” többé, hanem ny.vájár, ny.asztalos, ny.tanító, ny.mérnök stb.

Fontos kérdés az is, hogy a nyugdíjas hogyan tudja eltölteni megnövekedett szabad idejét. Legtöbbjüket pusztán a szórakozás nem elégíti ki teljesen, hanem szükségesnek érez valamilyen elfoglaltságot, amelyet szívesen végez (hobby), ami önérzetet ad (...még képes vagyok rá,,), akár azáltal is, hogy a családnak vagy más kisebb közösségnek hasznára válik. Ilyen szempontból a nők helyzete előnyösebb, a háztartási munkák időskorban nekik jelentenek a nyugdíjaztatás után is folytatható tevékenységet. Nem vagy kevésbé keletkezik bennük a feleslegesség érzete, hiszen a családban továbbra is szükség van rájuk. Ha tételenként kiszámolnánk és összeadnánk azon szolgáltatások ellenértékét, amelyeket egy-egy nagyszülő teljesít a háztartásban, a gyerekek (unokák) őrzésével, majd tanulásban segítséggel, gyakran egész tisztes összeg jönne ki. De az aktívan dolgozó családok munkaidőalapja megóvását is elősegíti a nagyszülő, amikor a lakásban pl. szerelőre vagy egyéb javítószolgáltatásra kell várni.

A lakáshelyzet és a társadalmi mobilitás a két fő oka annak, hogy az idősök közel 2/3-a nem lakik együtt a leszármazottaival. Legkedvezőbb az, ha egymás közelében laknak (pl. szomszédos házban stb.). A távolság növekedésével arányosan nehezebb a kapcsolattartás. Ennek hátrányai különösen akkor nyilvánulnak meg, ha olyan élethelyzet adódik, amelyben az idős rokon tartósan vagy konkrét segítségre szorul. Az idősök mintegy 1/5-e teljesen egyedülálló.

Őket fokozottan fenyegeti az elmagányosodás és a következményes pszichés beszűkülés. Ezen próbálnak segíteni az öregek klubjai, az idősek középiskolája (a világon a legelső Magyarországon szervezték), szabadegyetemei és egyéb tanfolyamok. Az elmagányosodás ellen aligha, vagy csak jóval kevésbé képes küzdeni a mozgásában korlátozott vagy érzékszervileg károsodott személy.

Az idősek problémáit a szociálpolitika feladatkörébe sorolják. A tanácsok valóban sokat tesznek az idősekért, nemcsak pénzsegély, hanem szükség szerint szociális gondozás formájában is. Ezáltal csökkentik a szociális otthoni elhelyezések számát: ez nemcsak a tanácsok számára előnyös, de kedvező az idős személyek számára is, akiknek túlnyomó többsége nagyon ragaszkodik megszokott környezetéhez, lakásához, berendezési tárgyaihoz, amelyeket szintén élete részének érez. A társadalmi szervezetek (szakszervezet, népfront, vöröskereszt) vállalták az időskorúak érdekképviseletét is.

Súlyosabb gondot okoz és gyakran sürgős intézkedést követel az, ha az idős ember valamilyen (rendszerint egészségi) okból önellátásra képtelenné, ágyhoz kötötté válik. Ez azonnali ápolási és ellátási igényt jelent, melyet nincs aki a beteg otthonában elvégezzen. Alig jobb a helyzete a családi körben élőknek: a jelenlegi foglalkoztatottsági szinten a családtagok vagy dolgoznak, vagy tanulnak.

4. AZ IDŐSEK GYÓGYSZERES KEZELÉSE

Az idősek általában érzékenyebbek a gyógyszerek iránt. Ez azonban nem jelenti azt, hogy idősekben a gyógyszerek hatása (farmakodinámia) más, mint a fiatalokban, hanem a gyógyszer-anyagcsere (farmakokinetika) terén vannak eltérések. A gyógyszerreakciók másik csoportját az adagolás (dózis, compliance) hibái okozzák, valamint a különböző gyógyszerek kölcsönhatásai (interakciók).

Farmakokinetika

Felszívódás: A gyomorból való felszívódás függ a gyomorbennék pH-jától (pl. vaskészítmények). De a vas és a penicillin kötődik az elfogyasztott ételekhez, ezért célszerű ezeket kb. egy órával étkezés előtt bevenni.

A gyomor ürülésének lassulása elhúzóbbá teszi a gyógyszerek bélbe jutását, és ezáltal az ott végbemenő felszívódást is. Gyorsult vékonybélpasszázs=rövidebb kontakt idő arányosan kevesebb gyógyszer felszívódását teszi lehetővé (pl. hosszabb ideig tartó hasmenés). A gyógyszerek többségének felszívódása mennyiségileg nem csökken számottevően, egyes gyógyszereké azonban elhúzóbb lehet.

Transzport: A keringési viszonyok lassítják a felszívódás tempóját a bélből is, de inkább a bőr alá vagy izomba adott injekciók felszívódása szenvedhet késedelmet. Számos gyógyszer albuminhoz kötve szállítódik, és onnan fokozatosan felszabadulva aránylag lassan fejti ki hatását. Ilyen a Prednisolon, a Furesemid, a Diphedan, a szalicilátok, a szulfamidok, a fenilbutazon, az oralis antidiabetikumok.

Megoszlás: Az idős szervezet összvízterének csökkenése miatt a vízben jól oldódó gyógyszerek kisebb térfogatban oszlanak el, ezért koncentrációjuk nagyobb lesz. A zsírszövet mennyisége megnövekedvén, a zsírban oldódó gyógyszerek (mint a barbiturátok, a diazepam, a lidocain) megoszlási tere nagyobb, tehát koncentrációja a vártnál kisebb lesz. A gyógyszerek általában a sejtek-szövegek megfelelő receptoraihoz kötődve fejtik ki hatásukat. Időskorban megkevesbedik a szívben az atropinreceptorok száma és fokozódik a vestibularis rendszer receptorai streptomycin-kötő képessége(=fokozott toxicitás).

Metabolizáció: A gyógyszerek főként a máj microsomalis enzimje által vagy oxidatív úton, vaga konjugatív úton hatástalanodnak. Időskorban az oxidatív metabolizmus csökken, férfiakban nagyobb mértékben.

A lebontást végző enzim(ek) gátlása útján az orális antikoagulánsok hatását fokozzák: Milurit, Chlorocid, Histodil: enzimindukció által csökkentik: barbiturátok, Noxyron, Stazepin. Ugyancsak enzimgátlás útján a Histodil együtt adva Seduxennel, Eunoctinnal, Melipraminnal súlyos depressiót okozhat.

Elimináció: A gyógyszerek vagy metabolitjaik két fő eltávozási útja a szervezetből a máj (epe) és a vese. Az epeválasztás és -kiürítés zavarait kivéve a májon át ürülő gyógyszerek eliminációja legfeljebb csak kismértékben csökken. Az életkorral járó vesefunkció-csökkenés (veseelégtelenség nélkül is) lassítja a vesén át ürülő gyógyszerek eliminációját, ezért azok vérszintje magasabb, a toxikus hatás veszélye nagyobb lesz. Ezért egyes antibiotikumok esetében eleve csökkentett adagot írnak elő. Kevésbé ismert ez a veszély más gyógyszerek, mint a digoxin, a fenilbutazon, a tetraciklinek, a penicillinek és a barbiturátok esetében. A digitáliszkészítményekkel gyakran együtt adagolt spironolacton (Verospiron) tovább rontja azok kiürülését.

5. A GYÓGYSZERRENDELÉS ÉS -ADAGOLÁS SZEMPONTJAI, COMPLIANCE

A gyógyszeres kezeléssel részleteiben az egyes betegségekhez kapcsolódón célszerű foglalkoznunk. Vannak azonban olyan elvek, amelyeket az orvosnak célszerű figyelembe vennie.

- Aki nem beteg, nem kell gyógyítani. Az öregség az emberi élet egyik normális szakasza: nem kell és nem is lehet gyógyszerekkel meggyógyítani.
- Az öregedést gyógyszerekkel megelőzni vagy késleltetni sem lehet.
- A betegek indokolatlanul veszélynek teszi ki az az orvos, aki megalapozott diagnózis és a beteg állapotának (különösen: vesefunkció) ismerete nélkül ír elő gyógyszert, de az is, akinek hiányoznak a felírandó gyógyszer farmakokinetikájának alapismeretei.
- Ne vonjunk meg egyébként indokolt és hasznos gyógyszert azért, mert a beteg idős.
- A gyógyszert ne írjuk fel automatikusan ismételt, hanem mindig csak a beteg állapotának ellenőrzése után.
- Lehetőség szerint minél kevesebb gyógyszert rendeljünk egyszerre. Az ésszerű takarékoság és az étvágyrontó hatás is szempont, de még inkább a pontatlan szedés, tévedés, gyógyszercsere veszélye, amelynek valószínűsége annál nagyobb, minél többféle gyógyszert és minél többszöri napi adagolásban kap a beteg.

- A kölcsönhatás befolyásolja egyes gyógyszerek hatását: pl. az antireumatikumok kissé emelik a vérnyomást, ezáltal gyengítik a vérnyomáscsökkentők hatását, és a vérlemezék működését gátolva növelik a vérzés veszélyét alvadásgátló kezelés közben.
- A tartósan gyógyszert szedőknél újabb gyógyszerfajta felírásakor, de azon kívül is, az orvos rendszeres időközönként ellenőrizze, hogy milyen gyógyszereket szed a beteg, és nem indokolt-e változtatni.

Az orvosnak kell eldöntenie, melyik betegség gyógyítása a legfontosabb és legsürgősebb, milyen gyógyszerrel és milyen adagban? Emellett minden egyéb gyógyszerre van feltétlenül szüksége a betegnek, és melyek szüneteltethetők, ill. van-e olyan amelyik végleg elhagyható. Mindezek eldöntéséhez célszerű időnként átnézni, milyen gyógyszereket szed a beteg?

Járóbeteg-rendelésen ez oly módon valósítható meg, hogy a beteg pontosan felírja valamennyi gyógyszerét, vagy ha erre nem képes, akkor magával hozza mindegyiket vagy a dobozait. Az idős betegek által leggyakrabban szedett gyógyszerek a laxatívumok, az altatók-nyugtatók, a szívre és keringésre ható gyógyszerek, az antireumatikumok és az agyi érbetegség miatt rendelt szerek.

Általában nem található útmutatás a gyógyszerek adagjáról időskorban a gyógyszerismertetőkből és a gyógyszeres tankönyvekben sem. Mindenesetre a nagyon előrehaladott életkor a gyógyszeradagok csökkentését teszi szükségessé: 75 éves kortól átlag 10 %-kal, 85 éves kortól 20 %-kal.

A gyógyszerelés veszélyforrásai közé tartozik maga a beteg. Az egyik hiba az öngyógyszerelés. Elég gyakori formája az, hogy a házi készletben levő és valamely betegségre (és tünetére) eredményesen használt gyógyszert egy másik betegség tünetére szedi be. Ide tartozik a gyógyszerfüggőség is: a beteg akkor is szedi (esetleg évekig!), amikor már nincs rá szükség, mert pl. úgy érzi, hogy az „jót tesz”. Ilyen lehet pl. az Eunoctin vagy a Cotazym Forte.

A másik kérdés az, hogy vajon tényleg beszedi-e a beteg a gyógyszert, és az előírt napi adagban, az előírt ideig, vagyis milyen a compliance-a? Némelyik beteg hajlamos önkényesen abbahagyni a gyógyszereszedést, pl. egyes hypertóniások akkor, amikor végre normotensióssá váltak, örömmel állapítják meg, hogy nincs tovább szükségük a gyógyszerre. Más esetekben a compliance azért elégtelen, mert a beteg elfelejti beszéni a gyógyszert. Segítség lehet egy olyan „naptár” készítése, amelyen feltüntetik, hogy melyik napon, melyik napszakokban melyik gyógyszerből, hányat kell bevennie. Naponként előre is adagolható a gyógyszer: célszerű erre kis (műanyag) dobozkákat használni, amelyeken élénk szín és betűjelzés mutatja, hogy a benne elhelyezett gyógyszer melyik napszakra szól. Így maga a beteg, de a hozzátartozó is ellenőrizheti a gyógyszer elfogyasztását. Szemben a tablettás formával, az oldatban, cseppekben való adagolás előnye, hogy az egyszeri vagy napi adag igen finom változtatásai lehetségesek. Ehhez azonban jó látás és biztos kéz szükséges. Ezért idősek számára cseppekben gyógyszert csak egyéni körülmények teljes ismeretében és alapos meggondolás után, tehát inkább csak kivételes, egyedi esetben szabad rendelni.

A compliance súlyos zavarai közé tartozik, ha a beteg a kikészített gyógyszert a szemébe dobja, vagy ellenőrzés esetén a szájában elrejt, majd észrevétlenül kiköpi. Az ilyen beteg csak injekcióval gyógykezelhető.

6. A REHABILITÁCIÓ IDŐSKORBAN, IMMOBILIZÁCIÓS SZINDRÓMA

Szorosan összefügg a gyógyítással, mert a rehabilitáció, vagyis a fizikai, mentális és szociális státus helyreállítása az orvosi tevékenység tulajdonképpeni célja. Így az akut mentális konfúzió rehabilitációja a kiváltó ok (betegség) meggyógyítása. A fizikai rehabilitáció főként az önellátásra való képesség és függetlenség helyreállítását célozza. A szociális rehabilitáció az idős személy újra beilleszkedését jelenti a családba, társadalomba. A rehabilitálandónak fel kell tudni ismernie, meg kell értenie az elérendő célt, és akarnia kell azt elérni. Demens beteg esetén az eredmény rendszerint igen szerény: indítékhányos betegben gyakorlatilag nulla.

A rehabilitációt – ha a beteg állapota megengedi – indokolt mielőbb, lehetőség szerint már a gyógyítással egyidejűleg elkezdni. Ennek lényeges része a mozgásterápia. Ennek három módszertani alapelve a következő:

- A terhelés a szív, ill. a keringés kapacitásának legfeljebb 2/3-át vegye igénybe. Túlterhelés kerülendő!
- Ne tartson hosszú ideig, inkább gyakrabban.
- Minimális veszélyeztetéssel kell a lehető legnagyobb eredményre törekedni.

A fekvő helyzetben eltöltött idővel arányosan nehezebb az idős személyt a fekvő helyzetből kimozdítani. Ennek okai:

Az izomzat gyengül, kivéve a hátizomzatot, amely egyre feszebb, egyre merevebb lesz. Felültetési kísérletnél még jobban megfeszül, ami fájdalmat okoz.

Keringés, vérnyomás-szabályozás mindinkább alkalmazkodik a vízszintes testhelyezethez, végül felültetéskor az agy vérellátása romlik, a beteg szédül, elsápad, előrehaladottabb esetben már néhány percig tartó ülőhelyzet is tartós agyi károsodással járhat.

A légzés mindinkább hasi típusúvá és felületessé válik. Felültetéskor a hasi nyomás fokozódása akadályozza a rekesz leszállását, vagyis a belégzést.

A tartós fekvés további következményei:

Árendeződik az anyagcsere. Már egy-két hét alatt megindul a csontokból a mész vesztese. Minden egyes hét fekvésre két hét fennjáró életmód szükséges ahhoz, hogy a csontok anyagcseréje visszaálljon a megfelelő állapotba.

A bélmotilitás lelassul, a záróizomzat ellazul. A székszorulás ellenére mind nagyobb a valószínűsége annak, hogy a székletét és vizeletét nem tudja tartani (incontinentia urinae et alvi).

Az állapot előrehaladtával egyre nyilvánvalóbbá válnak a pszichés tünetek is (infantilizmus, insomnia, desorientatio).

Kialakul az alultápláltság, a krónikus dehydratio. A tartós ágyban fekvés okozta tünetek együttesét immobilizációs szindrómának nevezzük. Mintegy három hónapi folyamatos fekvés után irreverzibilissé válik. Az immobilizációs szindróma nem gyógyítható, de megelőzhető, sőt megelőzendő.

7. A BETEGVIZSGÁLAT

Anemnesis

A diagnosztika alapja a kórelőzmény (anamnézis). A legtöbb diagnosztikai tévedés, feleslegesen végzett vizsgálat oka a hiányos anamnézis. Az idős beteg anamnézisének felvételéhez szükséges idő rendszerint többszörösi annak, amennyit a fiatalra kell fordítani.

Ennek több oka van:

- Hosszabb élettartam = több esemény (egészségügyi vonatkozásban is!)=hosszabb anamnézis.
- Minél hosszabb az anamnézis, annál több lehetőség van az elkalandozásra.
- Az elkalandozásnak kedvez a figyelem rövidebb tartama is.
- Az emlékezés folyamatossági hiányai, a feledékenység következtében az első alkalommal felvett anamnézis ritkán teljes, kiegészítésekre kerülhet sor a fizikális vizsgálat közben (pl. műtéti heg eredetére rákérdezve) vagy újabb vizit (nagyvizit) alkalmával spontán vagy rákérdezésre.
- A felfogó- és megértő képesség zavara, az érzékszervek (főleg hallás) csökkenése nehezíti a kommunikációt, ez megnyilvánulhat a kérdések megválaszolásában is.
- A fájdalomküszöb változásai miatt a beteg saját megítélése a panaszait illetően szubjektív, sőt irreális lehet (fő panasz az ízületi fájdalom, esetleg életveszélyes belső szervi elváltozása is van, de arra vonatkozó panaszt legfeljebb csak mellékesen említ).
- Általában az életkorral fokozódni látszik a panaszok-tünetek atípusossága.
- Az igen nagy időráfordítás türelmetlenséget ébreszthet az orvosban.
- A jó anamnézishez a panaszokat időrendi és lehetőleg oki összefüggéseik szerint csoportosítani kell. Idős beteg esetében ez külön erőfeszítést (és időt) igényel.

Az anamnézis felvételének helyes technikájához tartozik, hogy a beteg jól láthassa az orvos arcát, a szájmozgás és mimika segítség lehet számára. A hangerőt csak annyira fokozzuk, amennyire szükséges. Kibálás felesleges, mert a magánhangzókat emeli ki (ezeket a beteg egyébként is jobban hallja), a fontos információkat hordozó mássalhangzók elvesznek. Jól artikulálva, lehetőleg mélyebb hangzásra törekedve beszéljünk. Kérdéseink a lehető legegyszerűbb megfogalmazásúak, minél kevésbé félreérthetők legyenek. Adekvát válaszokat csak sokszor türelmes, ismételt kérdéssel kaphatunk, de ezt sem minden esetben. Abból kell kiindulnunk, hogy a tünetnek gyakran nem specifikus volta miatt fontosabb azt tudni, hogy azok mióta tartanak, milyen sorrendben keletkeztek, mint a panaszok-tünetek pontos természetete.

Szociális, környezeti anamnézis

- Lakás: korszerűség, fűtés, vízmelegítés lehetősége, van-e a lakásban WC, fürdőszoba, ajtók, ablakok jól zárnak-e?
- Egyedül él vagy kivel (kikkel)? Leszármazottak, egyéb rokonok, eltartók vagy egyéb? Hányan laknak együtt? Van-e külön szobája?
- Járóképesség: önállóan, segítséggel vagy egyáltalán nem? Az utcára is kimegy (mikor volt utoljára?) vagy csak a lakásban?
- Önellátásra képes-e? Tisztálkodás, mosdás, ételmezés (főzés, bevásárlás), takarítás valamelyikét illetően segítségre szorul-e?
- (Kibocsátás előtt kellő időben szükséges megbeszélni - ha vannak - a hozzátartozókkal, hogy az idő beteg otthon milyen segítségre szorul, és azt milyen mértékben tudják számára nyújtani.)
- Táplálkozás: mennyiségileg és minőségileg. Tart-e valamilyen diétát? Mióta és miből áll? Alkoholfogyasztás? Dohányzás?
- A családi anamnézis, a felmenő ági rokon betegségeire vonatkozó adatok kevésbé fontosak.
- Az előző betegségek (és műtétek) ismerete fontos.

Mint hogy az idősek legalább 10 %-ának állapotromlása gyógyszerek mellékhatásával vagy kölcsönhatásával függ össze, nem mellőzhető, hogy milyen gyógyszereket rendeltek, azokat mióta szedi és milyen pontosan? Nagy segítség lehet, ha a beteg vagy hozzátartozója fel tudja mutatni ezeknek a gyógyszereknek a csomagolását, ill. dobozait.

A jelen panaszok regisztrálásakor szükséges tisztázni, amennyire lehetséges, hogy mennyi ideje kezdődtek és milyen gyorsan progrediáltak.

Mivel az idős beteg tévesen ítéheti meg valamely panasz okát (az életkorral magyarázza), jelentőségét (mellékes dolognak tartja), vagy egyszerűen csak elfelejti megemlíteni, ezért szisztematikusan végig kell kérdezni az egyes szervrendszereket illető panaszokról:

- általános tünetek: étvágytalanság, fáradtság, szomjazás, fogyás
- gyomor-bél tünetek: hányás, hasi fájdalom, székszorulás, hasmenés
- urogenitalis: gyakoriság, nycturia, dysuria
- cardiorespiratoricus: köhögés, dyspnoe, mellkasi fájdalom, csökkent terhelési tolerancia

KLINIKAI ISMERETEK III. GERIÁTRIAI ISMERETEK I. (FOGALMAK, JELLEMZŐ BETEGSÉGEK)

- mozgásszervi: hátfájás, végtag- vagy ízületi fájdalom
- agyi tünetek: zavartság, visszahúzóds, beszédzavar, bénulás, érzészavar, (görcs)rohamok, fejfájás, elesések.

A multimorbiditásból következik, hogy idős emberekre nem érvényes a klasszikus belgyógyászat alaptétele, mely szerint minden tünetet lehetőleg egyetlen betegségre kell visszavezetni. Gyakori, hogy minden egyes tünetnek (panasznak) külön oka van.

Fizikális vizsgálat

Idős betegek között gyakoribb a kooperáció hiánya vagy nehézkessége, ezért a fizikális vizsgálat is általában időigényesebb, mint fiatalok esetén. Metodikája ugyanaz, mint a belgyógyászatban, de olyan területekre is kiterjed, melyek a belgyógyászatban nem feltétlenül a rutinszerű vizsgálat tárgyai. Ilyenek:

- az arteria temporalisok tapintása.
- tájékozódás a látási és hallási funkcióról,
- a szájüreg megtekintése tumorkeresés céljából (prothesis kivétele után),
- a carotisok megtapintása és meghallgatása,
- rectalis vizsgálat,
- nőknél nőgyógyászati vizsgálat,
- vérnyomásmérés felállás és néhány perc állás után is,
- az alsó végtagok arteriáinak tapintása,
- mentális status tájékozódó jelleggel,
- a járásbiztonságot akadályozó lábfejelváltozások (körömelváltozások, tyúkszem, fájdalmas bőrkeményedés, lábujjdeformitás stb.).

Törekedni kell nemcsak a statikus állapot, hanem lehetőség szerint minél több funkció (járás, mozgás, egyensúly, stb.) megfigyelésére is.

Laboratóriumi vizsgálatok

Az időskori tünetszegény kórfarmák miatt jelentőségük valamivel nagyobb lehet, mint fiatalokban. Nemcsak arra szolgálnak, hogy kiegészítsék az anamnézist és a fizikális vizsgálatot, megerősítsék a felmerült gyanút, hanem nem specifikus tünetek esetén segítsék az okok kiderítésében, ezenfelül szűrővizsgálatként is latens eltérések és tüneteket nem vagy csak igen előrehaladott állapotban okozó szervi elváltozások (pl. idült veseelégtelenség, diabetes, occult vérzés) esetén. A csökkent albumin szint protein- és energia-hiányos táplálkozás jele lehet, prognosztikailag is kedvezőtlen jelnek tartják.

A vörösvérsejtek süllyedési sebessége (Westergren) az életkorral arányosan kissé gyorsul, és pedig nőkben valamivel nagyobb mértékben.

Vérkép

A csontvelő hatalmas funkcionális tartaléka folytán az időskorban eléggé gyakori anaemia pusztán az életkorral nem magyarázható. A hemoglobin 12 g% alá csökkenése mindenképpen kóros. A fehérvérsejtek száma 3000–9000 köbmilliméterenként: ez a lymphocyták, ezen belül a T-sejtek megkevesbedésével magyarázható. A vérlemezkék száma is csökken az életkorral, időskorban gyakran a normális zóna alsó határa közelében van (egyések szerint lehet ez alatt is). A vérlemezkék térfogata kissé növekszik, nőkben kifejezettebben. Tapadákonyságukat, aggregabilitásukat inkább elzáródásos érbetegségben találták nagyobbak a normálisnál.

Vizelet

A maximális sűrűség (fajsúly) az életkorral kismértékben csökken. Erről koncentrációs próbával meggyőződni, a dehydratióra hajló vagy már latensen dehydrált betegen nem célszerű, sőt felesleges is. Amennyiben a várhatóan legkoncentráltabb (pl. reggeli első) vizelet sűrűsége eléri az 1020-at, ez kifogástalan koncentrációképesség jele, a vesefunkciónak minősíthető. NB. Proteinuria vagy glycosuria esetén a korrigált sűrűséget kell alkalmazni: 100 ml vizeletben 1 g fehérje 0,003-del, 1 % glukóz 0,004-del növeli a sűrűséget. Feltétlenül indokolt a vizeletsűrűség ismerete infúziós kezelés előtt, ill. kezdetén, különösen olyguriás betegen. Ugyanis a szív teljesítőképessége mellett ez a másik fő szempont, amely megszabja a dehydratio korrekciójának módját, tempóját és kautélait.

A röntgenvizsgálatok közül a mellkasvizsgálatot indokolt elvégezni minden hirtelen állapotromlás vagy nem jellegzetes panaszok-tünetek esetén.

EKG-vizsgálat tulajdonképpen szív-keringési betegség vagy annak gyanúja esetén indokolt. Gyakorlatilag minden idős betegen ki lehet mutatni vagy valami szívelváltozást vagy legalább hypertóniát, ill. tüdőemphysemát (cor pulm. Chr. gyanúja).

8. JELLEMZŐ BETEGSÉGEK

Légzőszervek megbetegedései

Az életkorral járó változások

A mellkas váz (bordaporcok elmeszesedése, kyphoscoliosis) és a tüdőszövet rugalmassága csökken. A kollagén és elasztikus rostok fizikokémiai változásai miatt az alveolusok kitégülnak, az interalveolaris septumok elvékonyodnak. Az alveolusok egyes csoportjai csak mély belégzéskor nyílnak meg, a capillarisek száma, és öszkeresztmetszete is csökken, növekszik az alveoloarteriális O₂-grádiens. Az izomerő csökkenése a légző izomzatot is érinti. Mindezek folytán a tüdő légzési kitérései kisebbek, a mellkas többé-kevésbé a belégzés állapotában van (emphysema senile), a gázcsere és az arteriális pO₂- romlik

A vitálkapacitás (VK) csökkenése 17 – 70 év között átlag 33%.

Idült aspecifikus légzőszervi betegségek

Emphysema

Az emphysema lehet senilis (nem obstruktív) és lehet idült bronchitis következménye (obstruktív), de lehetséges a két típus keveredése is. A nem obstruktív emphysema ugyanazokkal a fizikális vizsgálati tünetekkel jár, mint az obstruktív.

Egyetlen veszélye van. Fokozott hajlam bronchopulmonalis infekciókra, különösen ágyban fekvő más (pl. szív) betegségben is szenvedő egyénben vagy fokozott, masszív expozíció esetén.

Az obstruktív emphysema a krónikus bronchitis legfontosabb szövődménye.

Az angolszász irodalom az emphysema két fő típusát különbözteti meg. A „blue bloater” normális testtömegű vagy kövér, jelentős cyanosis és polyglobulia mellett inkább csak kissé fullad. A hypoxaemia és hypercapnia miatt gyakori az emelkedett intracranialis nyomás.

Oxigénbelégzés és sedativum veszélyes széndioxid-retenciót okozhat. Ezzel szemben a „pink puffer” többnyire erősen sovány, a jelentős dyspnoe ellenére a hypoxaemia csak enyhe, és hypercapnia többnyire nincsen. Az emphysema ezen formájában a széndioxid-narcosis rizikója igen csekély.

Bronchitis chronica

Alkati tényezőkre utal a familiáris halmozódáson kívül, hogy gyakran kíséri ulcusbetegség, lágyéksérv, varicosis és nodi haemorrhoidalis.

Az exogén faktorok közül legfontosabb a dohányzás és a légszennyeződés, szerepe lehet még a klímának, és az időjárásnak. Az infekcióknak nem a betegség keletkezésében, hanem inkább súlyosabbá válásában van szerepe.

Klinikai tünetek: az állandó vagy időszakonkénti köhögés, köpetürítés, amely súlyosabb esetben gennyes lehet. Ha az obstructio áll előtérben több-kevesebb dyspnoe észlelhető, mely rohamszerűen fokozódhat, súlyosodhat időjárási tényezők, vagy infekció hatására.

Asthma bronchiale

Valódi(exogén- allergiás) asthma bronchiale idős korban ritka. A tüdők felett száraz (sípolás - búgás) esetleg nedves mellékörejek hallhatóak. Előfordul cyanosis, polyglobulia, hosszan tartó súlyosabb esetekben dobverőujjak - óraüvegkőrmök is. A szövődmény lehet: bronchiectasia obstruktív emphysema, pulmonalis hypertensio.

Terápia: Célja az obstructio és az infekció elleni küzdelem. Bronchospasmodolysis céljából β -receptor-stimulátorok és theophyllin származékok alkalmasak.

Szekretolitikumként bromhexin (Paxirasol), acetylcisztein (Mucosolvin) és carbocystein

(Mucopront) alkalmazható. Az antibiotikus kezelés fontos követelménye, hogy célzott legyen. Idős legyengült betegek köhögési reflexe csökken.

Ha célzott kezelés nem lehetséges széles spektrumú készítmény vagy kombináció ajánlott.

Általános preventív – terápiás eljárások: szigorú dohányzási tilalom! Hideg–nedves környezet kerülése, fűtési időben a levegő nedvesítése, orrmelléküregek szanálása, influenza védőoltás, ill.vakcina (Broncho– vaxom), légzésgyakorlatok.

Pneumonia

Az időskori pneumónia gyógyulása egy –két hét helyett háromnégy hetet vesz igénybe. Hajlamosító tényezők, illetve állapotok: ágyhoz kötöttség, tudatzavar, aspiráció, rosszul tápláltság, immunszuppresszió, szívbetegség, előzetes légúti infekció. Aspirációra hajlamosít a tudatzavar, a nyelési zavar, de alvás közben is bekövetkezhet garatváladék aspirációja.

Tünetek: hidegázás, magas láz, pleurális fájdalom („oldalszegzés”), köhögés, köpetürítés még lobaris pneumoniában is ritkán fordulnak elő. A kezdet rendszerint lappangó, láz nincs, vagy csak alacsony. Nincs láz erősen legyengült, vagy demens beteg aspirációs pneumonijában.

A kezdeti panasz általános rossz közérzet lehet. Gyakori a pszichés zavartság, vagy elesettség, gyengeség hirtelen fokozódása, a táplálék és folyadékfelvétel elutasítása. Előfordul, hogy csak a pneumonia következményeit észleljük.(heveny balszívfél, –légzési elégtelenség vagy shock).

Az aspecifikus tünetek: (tachycardia, cyanosis, száraz nyelv) közül a légzésszám a leginformatívabb:30/min feletti légzés szám pneumonia infekcióra utal.

Nagy diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai jellegű a röntgenvizsgálat.

Az időskori pneumónia szövődményei lehetnek:

- Tüdőtályog
- Pleuralis folyadékgyülem
- Asthmaszerű spasticus bronchitis
- Krónikus pneumonia
- Thrombosis, tüdőembólia

Gyógykezelés: antibiotikus kezelés.

A gyakorlatban a következő sorrend javasolható: Vizsgálati anyag küldése a kórokozó megállapítására, + vércépvizsgálat. A bakteriológiai lelet birtokában átváltás célzott antibiotikus kezelésre.

Kiegészítő terápia a kísérő kóros állapotok (hypoxia, hypergykaemia, balszívfél elégtelenség) kezelése, táplálás, (ha szükséges szondán át), légzésstimulálás. Magas láz csillapítására fizikális módszereket lehet alkalmazni.

Tuberculosis

Mindinkább az idősek betegségévé válik A kórlefolyás is súlyosabb, időnként 6–7 –szer nagyobb a tbc–vel összefüggésbe hozható halálozás, mint fiatalokban.

Hajlamosító tényező: hosszabb élet, több lehetőség az infekcióra: a BCG-oltást ritkán alkalmazták, és hatékony kemoterápia nem lévén a betegség kiterjedtebb – súlyosabb maradványtünetekkel gyógyult, nagyobb lehetőséget teremtve a reinfekcióra.

Tüdőembólia

Fekvőbeteg gyógyintézetekben a leggyakoribb tüdőbetegség. Hajlamosító tényezők: egyike az időskor, a műtétek ill. posztoperatív szak, az ágyban fekvés, a mozdulatlanág.

Az alsóvégtagra vonatkozó, jelentéktelennek is minősíthető panaszok fontosságát hangsúlyozza az egyidejű hőemelkedés és tachycardia. Kisebb tüdőembólia gyanúját keltik rövid dyspnoes időszakok és a látszólag ok nélküli hirtelen izzadások.

A fizikális tünetek mint dyspnoe, mellkasi fájdalom, a pulmonalis II. hangjának ékeltsége, szörcsörejek, vérköpés, láz, cyanosis, a különböző megfigyelések szerint különböző gyakoriságúak.

Speciálisan időskorúak részére javasolható terápia nem ismeretes. Prevencióként a lehetőség szerint mielőbbi mobilizálást és antikoaguláns kezelést javasolják.

Keringési szervek megbetegedései

A szív tömege (a testtömeg 0,5%-a) nőknél 1,5g-mal növekszik. Ennek oka lehet az izomrostok hypertóniája rendszeres fizikai terhelésre. Megszaporodhat a zsír és a kötőszövet mennyisége is. Rendszeresen megtalálható a szívizom bazofil degenerációja és a lipofuszcínlerakódás (barna atrófia). Az endocardium megvastagszik. A billentyűkben és az annulus fibrosusban mész rakódhat le. A szívizom merevebbé, rugalmatlanabbá válik, Ez a diastolés elernyedést, tehát a diastolés telődést csökkenti. Az aortafal merevebbé válik, esetleg mészlerakódással, emiatt a pulzushullám terjedése gyorsul, a bal kamrai ejekció impedanciája megnő, a bal kamrára hárul a diastolés nyomás fenntartása. Csökken a verőér térfogata, és 20 éves kortól évente átlag 1%-kal a perctérfogat is. A funkcionális változások az utóbbiakban foglalható össze:

a 30. életévtől kezdve csökken a maximális terhelhetőség (a maximális oxigénfelvétellel mérhető)

a terheléssel elérhető tachycardia 20–70 év között 180-ról kb. 135-re csökken (percenként). Az adrenerg válasz csökkenését A B-receptorok számának valószínű csökkenésével magyarázzák:

a verőtérfogat csökkenése mintegy 12ml a 3. és 8. életévtized között:

a perctérfogat mérséketlen csökken: 20 éves kortól évente átlag 1%-kal:

növekszik az artriovenosus oxigéndifferencia:

megnyúlik a systole, ezen belül az izovolumenes kontrakció, degyakran az ejekció és a relaxatio időtartam is:

növekszik a angy-és a kisvérköri ellenállás és a pulmonális capillaris nyomás:

csökken a keringés alkalmazkodóképessége a terheléshez és ez gyakorlással (trenirozással) is csak mérsékelten fokozható.

Érelmeszesedés

Az arteiosclerosis általában idős korban fordul elő. Keletkezésében az érfal mechanikai, anyagcsere- vagy hormonális eredetű károsodása szerepel. Az érfal rugalmassága csökken, benne mész rakódik le. A végeredmény egyetlen káros következmény hemodinamikai. A merev csőszerű arteria képtelen a szervek (agy) változó vérellátási igényeihez adaptálódni.

Arteriosclerosis fiatal felnőttekben gyakoribbak. A betegség ekkor még tünetmentes: a később 2-3 évtized múlva a következményes érszűkület, érelzáródás, ritkábban az érfal megrepedéséből származó vérzés okozzák, mert keletkezésének módja komplex. Az elváltozásokban zsírnemű anyag (komplex) rakódik le, és endothelel borított csomócska vagy párnácska (plakk) formájában válik láthatóvá. A plakkok növekednek, szűkítik az ér belvilágát. A plakkok felszínek meg is repedhet, vékonyabb érben teljes elzáródást okoz.. Okozhat az is ha a plakkok fölött thrombus keletkezik. A thrombus elősegíti saját növekedését. Rizikófaktorok prevenció: A négy elsődleges (fő) rizikófaktor: hyperlipaemia-hypercholesterinaemia. A dohányzás, a hypertonia és a diabetes. A másodlagos rizikófaktorok a stressz, az ülő életmód és az elhízás .

A prevenció:

1. a rizikófaktorok kiiktatása
2. az érfal védelme (a prodectin)
3. a lipoidok érfalhoz lerakódásának gátlása vérszintjük csökkenése útján. Eszközei: elsősorban diéta, a nikotinsav nagy (napi 1-2g) adagjai csökkentik a koleszterinszintet. S mobilizálni képesek a koleszterint a xanthomákból is.
4. a klinikai manifesztációk megjelenésének szakában a veszélyeztetetteknek antikoaguláns kezelés alkalmazható. A diéta lényege, mennyiségileg ésszerű zsiradékok arányát csökkentjük. Ha ezeket az elveket betartjuk, a folyamat leáll. Sőt a kezdeti elváltozások visszafejlődhetnek.
 - Az arteriosclerosis fő lokalizációi:
 - Coronariák. Következmény. ISZB
 - Aorta. Az aortafal rugalmasságának csökkenése többletterhet hárit a szivre a diastolés nyomás csökkenésével jár
 - Cerebralis artériák
 - Alsóvégtag-artériák
 - Veseartériák

Időskori szívelégtelenség (cardialis decompensacio)

A szívelégtelenséget gyakran valamely intercurrentis betegség váltja ki. A gyakori kiváltó okok: mellkasi (bronchopneumonia) vagy egyéb infekció, láz, tachy- és bradyarrhythmia, szívinfartus, tüdőembolisatio, veseelégtelenség, folyadék- vagy só terhelés. Hypo- vagy hyperthyreosis, anaemia, myocardiumdepressio.

Tünettan: A dyspnoe, a cyanosis, a köhögés, az oedema, az alsó végtagon. A jobbszívfél- elégtelensége a vénya nyomása, a májpangás jele.

A balszívfél- elégtelenség tünetei: súlyos dyspnoe. Asthma cardialeparoxysmalis nocturnalis dyspnoe, gallop. Hallható systolés zörej, melyet a billentyűmeszesedés. Papilláris izom dysfunctio vagy a bicuspidalis szájadék kitágulása okozhat.

Associativa pangásos keringési elégtelenségnek négy stádiumát különbözteti meg: a tünetmentes szívbeteg.

- Akinek a megszokott fizikai terhelés van panaszuk
- Akinek a megszokottnál, a normálnál kisebb terhelés is panaszt okoz
- Akinek nyugalomban is van panaszuk.

Terápia: Enyhébb esetekben a pihentetés, a konyhasó-bevitel megszorítása és a magas vérnyomás csökkentése is eredményes. A pihenés nem egyenlő az ágyugalommal. Az átlagos európai étrend 6-8 g konyhasót, megfelelő folyadék bevitel engedhető.

Jellegzetes időskori szívbetegségek

Az elváltozás lokalizációja szerint három csoportba oszthatók:

A myocardium betegségei:

senilis primer szivamyloidosis.

Szívinfartcuts szövődményeként szivruptura.

Az ingervezető rendszer betegségei:

- Lenégre-betegség: a vezetőrendszer sclerodegeneratiója,
- Lev-betegség: a vezetőrendszernek a környezetről ráterjedő fibrosisa vagy elmeszesedés
-
- A billentyűk és szájadékok betegségei:
 - meszesedés eredetű, mitralis. Aortabillentyűk, aortastenosis,
 - primer mucoid degeneratio: mitralis regurgitatio (floppy mitral valve), aortás regurgitatio.
 - nem bakteriális thromboticus endocarditis.

Szivamyloidosis

A nőkben gyakoribb, de enyhébb fokúnak látszik. Két típusát különböztetünk meg (1) a pitvarokra korlátozódó, (2) kamraizomzat mellett a kis erekben.

Szivinfarctus

Nem kizárólag időskori de az életkor előre haladtával gyakoribbá váló betegség. 60 évesnél idősebb 70 éves kor felett. 4–5 ször gyakoribb az úgynevezett néma infarctus. Szivruptura csaknem kizárólag időskorban következnek be. Szövődményeként igen gyakori a szívelégtelenség, a tüdőödema és a cardiogen shock.

A terápia olyan mint fiatalokban . Időskorban ISZB válogatott esetekben coronaria-bypass is végezhető.

A billentyűk és a szíjadékok elváltozásai: szívelégtelenséget és vezetési zavart okozhat. Az aortabillentyűk merevvé válásának leggyakoribb oka, stenosis a mucoid degeneráció ami regurgitációval jár. További szövődmények: inhúrszakadás, embólia hirtelen halál.

Az infectiosus endocarditis kétjegyű aortabillentyűn növe vegetációk echokardiográfiával felismerhetők. A nem bakteriális thromboticus endocarditis , terminális betegségekben a szivbillentyűkön képződött polyposus vegetációkból . gyulladás, kórokozó itt sem mutatható ki.

Vérnyomás

A vérnyomás 140/85 Hgmm-ig normális. 160/95 Hgmm felett biztosan kóros. Mivel 30 éves kortól kezdve a vérnyomás az életkorral arányosan növekszik. Félévenként ellenőrizni kell.

Az indirekt mérés az intraarterialisnál magasabb vérnyomást jelez ha:

- Aránytalanság van a végtag körfogata és a mandzsetta méretei között.
- Hypertensio
- Az idősek 30–50%-ában fordul elő.

A magas vérnyomás növeli a cardialis dekompenzációt az ISZB. A cerebrovascularis történések és a szívhalál rizikóját.

Terápia: a kezelés célja nem a vérnyomáscsökkentés önmagában, hanem a szervek perfúziójának javítása is. Enyhébb esetekben a nem gyógyszeres eljárások (lefogyás, nátriumbevitel megszorítás, dohányzás elhagyása, alkoholfogyasztás csökkentése, aerob terhelés pl: séta. Önmagukban is elégségesek lehetnek. A gyógyszeres kezelést pedig előnyösen egészítik ki.

Alacsony vérnyomás

Megjelenését tekintve lehet akut (rendszerint múló) és krónikus. Patomechanizmusa három féle lehet:

- a szív elégtelen pumpafunkciójával járó betegségek,
- hypovolaemia,

- elégtelen perifériás ellenállás.

A hypovolaemia lehet relatív (pl. vénás insufficiencia.) vagy abszolút: vérvesztés, folyadék- és elektrolit veszteség, hiányos táplálkozás, valamint a hosszan tartó immobilizáció (ágyban fekvés). Idős betegen nem szabad elmulasztani a hypovolaemia jeleit keresni. Ezek: fáradtság, gyengeség, apátia. A vénák csökkent teltsége, száraz nyelv. Többféle ok károsíthatja a reflexívét: leggyakoribb a gyógyszerek, ezen kívül lázas állapotok neurológiai elváltozások. Az agysejtek károsodásához néhány perces anoxia is elegendő. A hirtelen szédülés vagy éppen synkope eleséshez vezet, ami idősekben gyakran jár csonttöréssel (combnyak). Jelentőséget tulajdonítanak a vérnyomásnak a decubitus keletkezésében is.

Terápia:

1. Revideálni kell a beteg gyógyszereit. (tényleg szükség van-e rá)
2. Korrigálni kell a hypovolaemiát: elhagyni a vízhajtókat és liberalizálni a nátriumfogyasztást.
3. Kerülni kell a hőhatást (forró fürdő) az alkoholfogyasztást, a kiadós étkezést a tartós fekvést.
4. A centrális vérvolumen megőrzése.
5. Gyógyszeres kezelés.

Perifériás érbetegségek

Tünetek, diagnosztika

Artériás keringési zavarokban a leggyakoribb panasz a fájdalom.

Tisztázandó: Mennyi ideje kezdődött? Pontosán hol fáj (lokalizáció)? Állandó vagy ismétlődő? Hirtelen kezdődött fájdalom, mely igen erős is lehet = heveny elzáródás. A végtag disztális részének anaemiája, sápadtsága, érzéscsökkenés, paraesthesia, nem tapintható pulzáció erősítik a diagnózist.

A rövidebb ideje kezdődött gyulladásszerű fájdalom nem szokott nagyon intenzív lenni. A fájdalom gyakran lüktető; segít, ha a gyulladás tünetei (pír, meleg tapintat, esetleg duzzanat, lymphangitis) jelei észlelhetők.

Az intermittáló claudicatio az izomischemia jele, amit rendszerint arteriális insufficiencia okoz, meghatározott mennyiségű terhelés hatására. Megállás prompt szünteti, ez elkülöníti egyéb (pl. arthrosis) eredetű fájdalomtól, amikor is a járás abbahagyása nem elég, a fájdalmas végtagot tehermentesíteni kell (áthelyezni a testsúlyt a másik lábra, leülni).

A fájdalom típusos helye a cruralis izomzat („vádli”), ritkábban és magas (iliaca) elzáródás esetén előfordulhat a comb, illetve a trochantertáj izomzatának a görcse. Ha azonban lefelé sugárzik és nem bizonyos lépésszám után támadó erős görcs, hanem állandóbb jellegű, gyöki eredetre vagy egyéb neurológiai eltérésre lehet gondolni.

A neurogen (pseudo-) claudicatio oka a cauda equina rostjainak intermittáló, nyomásos eredetű hypoxiája. Kiváltó oka: bizonyos testtartás- vagy testhelyzetváltozás, ami a gerincoszlop extenziójával jár.

Fokozódhat lejtőn lefelé haladáskor, emeléskor, köhögéskor, tüsszentéskor. Támadhat járás után, de megállásra nem szűnik, csak leüléskor, lefekvéskor, esetleg enyhe előrehajláskor. Kísérheti hátfájás, paraesthesia tűszúrás jellegű). Reflexeltérés igen ritka. Természetesen az artériák tapinthatóságát nem befolyásolja.

A kompresszióknak és okának kiderítéséhez mielográfiára is szükség lehet.

A pseudo-pseudoclaudicatio, trochantertáji nyomásérzékenységgel, járáskor, álláskor: és éjjel a beteg oldalra fekvésekor okozhat fájdalmat. Oka valószínűleg az izmok trochanterhez tapadó részének fájdalmassága. A csípőízület röntgenvizsgálata negatív. viszont a fájdalmasnak jelzett területen esetleg elmeszesedés mutatható ki. Lokális corticosteroid injekció és fizioterápia eredményes.

Az erythromelalgia tünete: égő érzés a talpakon. Kezelése: lokális hűtés (ventilátor, hideg víz).

Fizikális és eszközös vizsgálatok. Legfontosabb az artériás pulzus vizsgálata.

Mind a négy artéria nem tapinthatósága normálisan ritka, gyakorlatilag érbetegségnek, nevezetesen kétoldali elzáródásnak tekinthető. Ez esetben különösképpen mellőzhetetlen vizsgálni a típusos helyeken a arteria szakaszok tapinthatóságát. Az artéria felett hallható zöreij szűkületet jelez.

A bőr vérellátását jellemzi a hőmérséklete is. A vizsgálat előtt a végtagot (kitakarva!) legalább 10 percig szobahőmérsékleten kell tartani. Referenciaként a homlok bőre szolgál, ennek hőmérséklete kissé (1-2°C-kal) magasabb lehet. Gondoljunk arra is, hogy érbetegség nélkül is előfordulnak („habitúan”) hideg lábak. A bőr vérellátásáról jól tájékoztató funkcionális próba a reaktív hyperaemia vizsgálata.

Arteriosclerosis obliterans (ASO)

Klinikai tünetekkel járó esetei szinte kizárólag az alsó végtagokon lokalizálódnak. Nagyobb részben a férfiak betegsége, A dohányzást abbahagyók között az amputációk száma jóval kisebb, mint akik folytatják a dohányzást. Diabetes az ASO-betegek 15-20%-ában fordul elő. Nem dohányzó nőkben ez a legfontosabb rizikófaktor. A legrosszabb prognózisunk a dohányzó diabetesesek. A nem diabeteses betegeink között eléggé gyakran találtunk normolipaemiát, vagy csak alig emelkedett értéket. Ennek az az érdekessége, hogy az ASO lényegében az általános „érelmeszesedés" részeként gyakran jár együtt más érterületek betegségével. Sőt az angina pectoris gyakorisága 10 évvel korábban éri el a maximumát, mint a claudicatio intermittens, melynek előfordulása 75 éves korig növekszik.

Klinikum. Az elváltozás lokalizációja lehet:

- (aorto-) iliofemoralis („magas" szűkület vagy elzáródás),

KLINIKAI ISMERETEK III. GERIÁTRIAI ISMERETEK I. (FOGALMAK, JELLEMZŐ BETEGSÉGEK)

- femoropoplitealis (az a. femoralis a lágyékhajlatban tapintható),
- a popliteától disztálisan („outflow tract”, melynek kielégítő funkciója a feltétele a proximálisabb szakaszon végzendő műtétek eredményességének).

Funkcionális szempontból az állapot az alábbi stádiumokba sorolható (Fontaine szerint):

1. stádium: panasz nincs, csupán kisebb objektív eltérések (pl. gyengült pulzus);
2. stádium: terhelésre panasz támad (claudicatio intermittens).

Ha a beteg 250 lépésnél többet tud megtenni panaszmentesen

2a.) stádium, ha ennél kevesebbet: 2b.) stádium,

3. stádium: nyugalmi fájdalom;
4. stádium: trofiás zavarok (gangrena).

A diabeteses macroangiopathia az atherosclerosis-sal azonos klinikai képpel jár, azzal a kis különbséggel, hogy előszeretettel betegíti meg a lábszár artériáit is. A diabeteses gangrena arteriaelzáródásos típusa nem különbözi az ASO-ban megfigyeltétől. Az ún. neurotrofiás típust nem elzáródás okozza, hanem a neuropathia miatti körülírt érzéskiesés és a kisizmok atrófiája, aminek folytán külső kompresszió (testtömeg, ill. csontok a talpon, véletlenül a lábbelibe jutott kavics, fájdalom nélküli kifekélyesedést indít meg. Gondolni kell rá, ha a necrosis (gangraena) nem az ujjak egyikén van vagy ha többszörös.

Terápia: Célja a helyi vérkeringés javítása, a gangraena megelőzése, ill. kezelése, lehetőség szerint a végtag megtartása.

A gangraena kezelése. Az infekció megfékezésére szisztémás antibiotikum adása. A váladékozó exulceratio, ül. a nedvező gangraena mindig infekciót jelent. Antibiotikum a legfontosabb eszköze annak, hogy az elváltozás nedvesből szárazzá váljék. Lokálisan csak a gennytől, elfolyósodott neurotikus törmeléktől megtisztított exulceratiókra érdemes sebhintő-. Antibiotikumot esetleg naponta többször oldat vagy átítatott géz formájában alkalmazni.

Prevenció:

- a rizikófaktorok csökkenése, a dohányzás elhagyása;
- járástréning (Fontaine 1-2. stádium);
- a bőr épségének védelme (feltörést okozó lábbeli, pedikűr okozta apró sérülés, lábujjak körmének gombás elváltozása);
- benőtt köröm megelőzése; a körömsarkokat meghagyni, és csak a bőrredőn túlnőtt részt levágni;
- kerülni a hőmérséklet okozta „shock”-ot (forró vagy jéghideg lábfürdő, a láb túlzott lehűlése);
- rendszeresen figyelni a lábfejet (talpat, sarkat), megjelent-e valamilyen változás;
- rendszeres angiológiai ellenőrzés (gondozás).

Diabetesez betegek az alsó végtag amputációjára az életkor szerinti csoportosításban mintegy 15-ször gyakrabban kerülhet sor, mint nem diabetesezeken. Biztató, hogy a fekélyek nagyrésze meggyógyítható, kellő gondossággal az amputációs ráta csökkenthető, akár 44–85 %-al is. A követendő eljárás: a fekély és környezetének tehermentesítése, az infectio (gyakori vegyes flóra) kezelése, és ha szükséges, az artériás perfuzió helyreállítása. A megelőzésben a rendszeres lábvizsgálat (callus, clavus, elszíneződés, gombás fertőzés, ulcus, esetleges deformitások) mellett szintén döntő, a nyomásnak kitett területek tehermentesítése. A neuronopathia kezelésében az anyagcsere rendezésével együtt hasznosnak tartják a zsírolékony B₁₂ vitamin (benfotiamin) alkalmazását, elsősorban lökészerűen, nagy dózisban.

Óriássejtes arteritis (arteritis temporalis, polymyalgia rheumatica)

A nagyobb artériák típusosán időskori betegsége. Egy USA-statisztika szerint 100 000 főre 11,1 a megbetegedettek száma évente, de ez az 50 évesnél idősebbek között 53,7-re növekszik, hetven év felett 112,2-re, azaz 1,1 ezrelékre. Az általános orvosi gyakorlatban 100 idős (65 év feletti) beteg közül 2–4 betegben találtak erre a betegsége utaló jeleket. Egy svéd statisztika szerint az esetek 1/3-a élőben nem került felismerésre. A valós gyakoriság azért is nagyobb lehet a felismertnél, mert boncoláskor nem mindig történik meg az erek szövettani vizsgálata, különösen időskorban, és ha más súlyos betegséget vagy halálokot találnak.

Az esetek 10–18%-ában mutatható ki alapbetegségként malignus tumor, mely gyakran haematologiai. Előfordulhat monoclonalis gammopathia is. Gyakoribb nőkben, de az időskorú nők száma is nagyobb, mint a férfiaké.

A betegség megjelenési formái. A klasszikus tünetegyüttes (fejfájás, arteritis temporalis, polymyalgia, gyorsult Westergren) felismerése nem nehéz. Azonban a betegség kezdetén, első hónapjaiban vagy csak a polymyalgia, vagy csak a cranialis arteritis tünetei mutatkoznak, vagy csupán általános tünetek, mint rossz közérzet, levertség, fáradtság, depressziós hangulat, étvágytalanság, fogyás, anaemia, esetleg láz. A Westergren-értékkel egybevetve ezek malignus tumor gyanúját keltik és emiatt a beteget igénybevevő és költséges vizsgálatokra kerülhet sor a beteg számára veszélytelen artéria temporalis kimetszés helyett. A diagnosztikában ma már a color-duplex ultrasonográfiát is felhasználják.

Az izomfájdalom a nyakból kiindulva a vállakban sugárzik egészen a könyökig, a keresztájról mindkét csípőbe, combba sugárzik ki egészen a térdízületekig.

Kis erek tünet együttese

Az ischaemiás jelenségek (cyanosis, necrosis) a végtagok distalis részén (kéz, lábfej) észlelhetők tapintható artériák mellett. Többszörösek is lehetnek.

Okai: fokozott viscositas (cryoglobulinaemia, cryofibrinogenaemia, polycythaemia), alvadási zavar (DIC = disseminált intravasculáris coagulatio, essentialis vagy ismert eredetű thrombocytosis, lupus anticoagulans), emboliák (szívből vagy nagyerekből, valamint atheromatosis), vasculitis (gyógyszer által indukált SLE) és scleroderma. De társulhat már fennálló arteriosclerosis obliteranshoz is; gyanújele: ha hirtelenül körülírt ischaemia mutatkozik. Még inkább, ha a kézen észlelhető, mert a felső végtagon még előrehaladott atherosclerosis sem szokott súlyos szöveti ischaemiát okozni.

Az alapbetegség lehet malignus folyamat (cryofibrinogenaemia, DIC), myeloma

multiplex (cryoglobulinaemia), sepsis (cryofibrinogenaemia, DIC), szívinfartus az anamnesisben (aneurysma).

A diagnózis és terapia az alapbetegségnek megfelelő.

A Raynaud-syndroma a kis erek betegségeinek speciális, intermittáló vasospasmussal járó formája.

Okai: a cryoproteineken, sclerodemán, SLE-en kívül lehet: hypothyreosis, hideg agglutinációs betegség, óriássejtes arteritis és CREST-syndroma (calcinosis, Raynaud-jelenség, Esophagus

A roham kiváltója hideg hatás vagy dohányfüst lehet, ezért ezek kiküszöbölése célszerű. A roham megelőzésére értágító (nifedipin), alfa adrenerg blokkoló (prazosin) és különösen egyidejű magas vérnyomás esetén ACE-gátió javallt.

A vénák betegségei

Három kórképnek van leginkább jelentősége: mélyvénás thrombosis, thrombophlebitis superficialis és a varicositas-ulcus cruris tünet együttes.

Mélyvénás thrombosis (DVT) A szívinfartus és ictus után a harmadik leggyakoribb cardiovascularis betegség. Pathomechanizmusában három tényező szerepel: a vér áramlása, a vér alvadékonysága és az érfal (Virchow triász). A vénás áramlást kizárólag az izomzat pumpafunkciója biztosítja. Immobilizáció vagy csökkent fizikai aktivitás (túlnyomóan ülő életmód) kedvez a stasis létrejöttének. Cerebrovascularis insultusban a bénaoldalon többszörösen gyakoribb a DVT (deep venous thrombosis) az alsó végtagban. combnyaktörés után a manifeszt és latens DVT aránya elérheti az 50%-ot is. Nagyvérköri pangás (cardialis decompensatio) is vénás pangást okoz. A visszafelé áramlást a véna billentyűk gátolják meg. Elégtelenségük nemcsak congenitalis vagy traumás eredetű lehet.

Vizeletkiválasztó rendszer

A vesefunkció változása az életkorral

A vesék tömege 20–30%-al csökken a negyediktől a kilencedik életévtizedig. A csökkenés főleg a cortexre vonatkozik. A glomerulusok számának csökkenése 30–50%, emellett növekszik a scleroticus vagy abnormális glomerulusok aránya. 45–50 éves kortól a vese vérátáramlása évente 1,5%-al, csökken. A vesefunkciók csökkenése folytán a vesén át kiválasztódó vegyületek kiürülése elhúzódó. Ezáltal megemelkedik koncentrációjuk a vérben, a gyógyszerek közül pl. a digoxiné, a gentamiciné, a cephalosporinoké.

A vizelet elvezető rendszer életkorral járó változásairól nincsenek nagyon bőséges adataink, mindenesetre a hólyag kapacitása, kontraktilitása és a vizelettartás képes–mindkét nemből csökkenni látszik. Azon felül nőkben csökken az urethra hossza és záróképessége is. Férfiakban a prostatamegnagyobbodás közismert.

A vese betegségei

A vesebetegségek végstádiumában az alapbetegség klinikailag csak ritkán állapítható meg. (Néha még a kórboncnok számára sem könnyű.)

A glomerulonephritis idős korban nem gyakoribb az átlagnál.

Pyelonephritis időskorban a leggyakoribb vesebetegség. Extrarenalis praedisponáló tényezők:

- anyagcserezavarok: diabetes, köszvény, hypercalcaemia.
- gyógyszerek: analgetika, hosszas cortison therapia.
- dült hypokaliaemia: hashajtóabusus, vizelethajtóabusus, májcirrhosis, anorexia
- (immun) védekezés csökkenése: magas életkor, immunsupressio.
- hypertensio (?)
- terhesség.

A tünetek gyakran nem feltűnőek. A láz nem obligát sem akut formában, sem a krónikus esetekben melyek évekig is tartó tünetmentesség, vagy tünetmentes bakteriuria után akut fellángolást mutathatnak.

Mint ahogy a húgyúti infekció gyakorisága növekszik az életkorral és az egyéb betegségek súlyosságával, ezért valószínűsíthető, hogy összefüggése a halállal csupán közvetett: az infekció éppen úgy a súlyos állapot következménye, mint a nagyobb halálozás.

A tünetekkel (láz, fájdalom, vizelési panaszok) járó húgyúti infekciót mindenképpen kezelni kell, akkor is, ha várható a kiújulás (obstruktív uropathia, tartós katéter).

A krónikus interstitialis nephritis gyakorlatilag talán leginkább fontos két oka: analgetika–nephropathia és a köszvény.

KLINIKAI ISMERETEK III. GERIÁTRIAI ISMERETEK I. (FOGALMAK, JELLEMZŐ BETEGSÉGEK)

Az analgetika-nephropathia manifesztálódásához hosszú évek szükségesek. A betegek soványak, életkoruknál idősebbnek látszanak, bőrük színe piszkosszürke, gyakoriak a gastrointestinalis (főleg ulcusos) panaszok. Fokozott az urothelcarcinoma előfordulása. Pyelográfiával kimutatható papilla-necrosisok a diagnózist megerősítik, ha vesetbc kizárható. A papillanecrosisos esetek fele diabeteses.

A necrotizáló papillitis akut következménye: haematuria, esetleg vesekő. A veseelégtelenség évek alatt alakul ki, acidózissal, víz- és elektrolit-háztartás zavarával és jelentős anaemiával.

Az urat-nephropathia valódi gyakorisága megállapítását a tünetszegénysége akadályozza. Ha nincsenek uratgranulomák, a szövettani kép sem jellegzetes. Gyakran, kíséri secundaer pyelonephritis és vesekő. Obligát következmény a magas vérnyomás, ami elősegíti a veseelégtelenség kifejlődését.

Teendő: a magas húgysavszint csökkentése, lehetőleg még a veseelégtelenség megjelenése előtt. Az időskor betegsége a myeloma-vese. Gyakorisága elérheti az 50%-ot is plasmocytomában. Különösen a könnyű lánc-felszaporodás vezet gyakori és gyorsan veseelégtelenséghez. Megkülönböztetendő a hypercalcaemiás syndroma, mely az osterolyticus gócból származik. A következményes nephropathia az akut fázisában többnyire reverzibilis, ha a hypercalcaemiát kezeljük. Hosszú időn át fennálló hypercalcaemia interstitialis károsodással jár.

Uraemia. Idősekben a praerenalis, renalis és postrenalis okok az átlagosnál gyakrabban szövődnek egymással.

A praerenalis uraemia a glomerularis filtráció csökkenésével függ össze, rendszerint dehydratio vagy a szív csökkent perctérfogata az ok.

A postoperatív oliguria-azotaemia szintén dehydratióra vezethető vissza. Enyhe proteinuriával, esetleg haematuriával is járhat. További következmények lehetnek: tachycardia, arrhythmia, dyspnoe, vérnyomásesés, szédülés, tudatzavar, esetleg paresisek. Gyakorlati jelentőségét az adja, hogy ma már a műtétrel kezelt betegek mintegy 25%-a 65 évesnél idősebb.

A csökkent adaptációs képesség miatt idősekben fokozottan figyelni kell arra, hogy a dehydratio kezelése közben ne terheljük túl a keringést.

Renalis (valódi) uraemia okai azonosak bármely életkorban, de időskorban valószínűleg a krónikus pyelonephritis a leggyakoribb.

Kezelésének elvei: tankönyviek. Acidózis esetén óvatosság szükséges a K-megtakarító diuretikumokkal.

A postrenalis uraemia, okait az obstructív uropathia gyújtónévvel illetik, de oka lehet a széklet impactatioja és nőkben cystocele is. Hydronephrosishoz vezet, mi egyrészt a veseparenchyma pusztulását eredményezheti, másrészt a vese perfúziójának triviális változásai akut veseelégtelenség következtében napokon belül halált okozhatnak.

Gyógyszerek és vese. Számos gyógyszer, elsősorban vagy kizárólag a vesén ürül ki. Ilyenek:: digoxin, aminoglykosid antibiotica, diuretica, NSAID, ranitidin (Ulceran), ACE-inhibitorok, lithium, clonidin, procainamid és néhány rokonvegyület.

Vizeletelvezető rendszer (vizeletretentio, incontinentia)

A vizeletürítési zavarok leggyakoribb oka férfiakban a prostata betegsége. Vizeletretentiót, és ha ezáltal a hólyag nagyon kitágul, túlfolyást okoz. A kiürülést nehezíti akadályozza a detrusor gyengesége is. Előfordulhat pl. erélyes diuretikum hatására akut retentio is, amely elesett, kommunikációra kevésbé képes betegben zavartság, nyugtalanság tüneteivel nyilvánul meg. Nőkben a retentio ritkább, de mindig gondolni kell faecesimpactio lehetőségére. Retentiót okozhatnak a parasymphatholiticumok (atropin és hasonló aeású szerek) és a sympathicomimeticumok (pl. ephedrint tartalmazó köptető.), azonkívül neuroleptica (phenotiazin, haloperidol), egyes antidepresszánsok (amitriptylin, imipramin). Diabetesben az autonóm neuronopathia (is) okozhat retentiót. A hólyag ürülési akadálya az esetek kisebb részében nagy intravesicalis nyomásai jár. Ez hydronephrosist, maradék nitrogén felszaporodást és hypertensiót okoz.

Az incontinentia lehet múló vagy végleges, lehet valódi és látszólagos. Múló incontinentia előfordulhat:

- elesett betegben (nem tud kimenni és nincs kéznél megfelelő edény);
- tudatzavar, átmeneti agyi elégtelenség;
- széklet impactatio
- polyuria, pollakisuria
- narcotica, erélyes sedálás, alfa-adrenerg antagonisták, esetleg Ca-antagonisták.

A pollakisuria oka általában a hólyagot (detrusort) irritáló tényező, mint: acut cystitis, hólyagkő vagy neoplasma.

Kezelés nélkül az átmeneti incontinentia sem múló, hosszabb ideig fennállhat.

A tartós incontinentia oka rendszerint a vizeletelvezető traktuson belül van. 4 fő típusa:

1. stressz: rendszerint kis mennyiség ürül a hasprés hirtelen megnövekedésekor (köhögés, tüsszentés). Oka a medencealap izomzatának lazasága-gyengesége, vagypedig a belső sphincter elégtelensége előzetes műtét vagy trauma következtében.
2. kényszer: A hólyag teltségének érzete esetén képtelen tartani a vizeletét helyi vagy neurológiai okok folytán.
3. túlfolyási: kiürülési akadály esetén a „csordultig” telt hólyagból szivárog, csöpög a vizelet.
4. A neurológiai eredetű zavarok (neurogén hólyag) különböző típusai (autonóm-, atóniás-, reflex-, nem gátolt-,) megállapításához speciális urológiai vizsgálat (cystometria) szükséges.

Az incontinencia kezelése. Az előidéző vagy elősegítő urológiai vagy nőgyógyászati okok kezelése, az irritáló tényezők lehetőség szerinti kiküszöbölése, a vizeletürítést befolyásoló gyógyszerek elhagyása.

Ha a felsoroltak eredménytelenek megkísérelhető a hólyagtréning, amellyel – együttműködésre képes betegen – elérhető, hogy bizonyos ideig tartani tudja a vizeletét.

A gyógyszerek közül a hólyag ürülését segítik, a detrusort összehúzóásra serkentik a cholinerg szerek.

Sebészeti beavatkozással megszüntethető az obstrukció, korrigálható a medencefenék prolapsusa.

Ha specifikus beavatkozás nem végezhető, vagy eredménytelen, palliatívnak is nevezhető eljárások alkalmazhatók. Az incontinenciabetét használatánál a bőr védelmére kell különösen figyelni.

A tápcsatorna életkorral járó változásai

Időskorban a fogat támasztó szövetek (csont- és kötőszövet) sorvadása előbb-utóbb a fogak meglazulásához, majd kihullásához vezet. A rágóképesség csökkenésével kell számolni, ezt figyelembe kell venni az étrend összeállításában és az elkészítési technológiában. Az íz érzés csak részben csökken: a sós és a keserű íz érzékelési küszöbe magasabb, az édes és savanyú nem változik lényegesen.

Az érzékszervi ingerek gyengébb hatása az összes emésztőnedv, így a nyál elválasztásának csökkenésével jár. Csökken a nyelőcső perisztaltikus hullámainak emolitudoja.

Csökken a gyomor sósav- és emésztőnedv-elválasztása, valamint motilitása, tehát ürülése is. Különösen a folyékony bennék ürülése lassul. Mindez közrejátszhat az idősök étvágycsökkenésében, de emellett még egyes gyógyszerek, sőt pszichés tényezők is (jobb ízű a falat, ha mindnyájan esznek").

Gyengül a vékony- és a vastagbél motilitása, perisztaltikus mozgása, ezért lassul a béltartalom továbbítása is. Lassul a táplálék emésztése, de a felszívódás is, különösen azoké az anyagoké, amelyeknek a koncentrációja kicsi. Csökken a monosacharidok, a Cu és Fe felszívódása is, a vitaminoké nem. Mindenesetre leszögezhető, hogy a tápcsatorna elváltozásai nem olyan fokúak, hogy szükségessé tennének valamiféle speciális, kímélő diétát.

A vastagbél renyhesége, a székszorulás (obstipatio) okainak egyike a salakanyagokban, növényi rostokban szegény táplálék és a béltartalom fokozott besűrűsödése.

A székszorulás fokozhatja a végbélrenyheséget, és elősegítheti a vastagbél alsó szakaszán kis kiöblösödések (diverticulumok) keletkezését is, amelyek később gyulladás vagy vérzés helyei lehetnek. A rosttartalom növelése érdekében elterjedőben van a búzakorpa fogyasztása. A rendszeres, mindennapos hashajtószedés hozzászokáshoz vezet, azonkívül dehidratiót, elektrolit zavarokat is okoz.

A tápcsatorna betegségei

Dysphagia. Definíciója: fájdalom nélküli nyelési zavar. – A fájdalommal kísért nyelési zavart Odynophagiának nevezik.

Két típusa van. Az oropharyngealis dysphagia jellemzője a táplálék továbbjutásának nehezítettsége vagy teljes akadályozottsága a szájból a nyelőcsőbe vagy az, hogy a nyelési aktus nem vált ki nyelőcső perisztaltikát. Következménye: a táplálék regurgitációja a szájon és orron át, aspiráció. Leggyakoribb oka: pseudobulbaris paresis–paralysis. Rendszerint corticopyramidalis tünetek kísérik. Az egyéb okokkal fiemben a folyadék nyelése a problematikus (félrenyelés), a pépes vagy még inkább a szilárd konzisztenciája tápláléké kevésbé. – Mechanikus akadályok közül férfiakban a larynx–, nőkben a postcricoid carcinoma a leggyakoribb. Lefolyása során élő–Dór a nagyobb bolusok nyelése akadályozott, a progresszió az apróbb falatok, majd a pépes táplálék nyelése akadályozottságában mutatkozik. A nem jól megrágott (egészben lenyelt) nagyobb falat megakadhat a nyelőcsőnek a gyomorba szájadzá–fájal is. Ez súlyos görcsös fájdalmat okoz.

Neuromuscularis eredetű dysphagia enyhébb esetben a beteget felültetve is javulhat; a renyhe nyelési tevékenység hatékonyabbá válhat. Segíthet továbbá a dehydratio megszüntetése, parasymphaticomimetica (Stigmosan, Mestinon), hosszabb távon az agyi funkciók javítása is.

A motorikus és a mechanikus okokon kívül pszichés oka is lehet annak, hogy a beteg nem nyel, sőt esetleg visszautasítja a táplálékot, ha előzetes negatív tapasztalásai alapján fél a félrenyeléstől.

Az oesophagealis dysphagia a tápláléknek a nyelőcsővön áthaladásának akadályozottsága. Mechanikus okai: a lumen szűkülete (strictura, idegentest, daganat) vagy külső kompresszió.

A gyomor betegségei

Az életkor előrehaladtával mind gyakoribb a hiatus hernia. A direkt herniák rendszerint kicsik. A panaszokat (regurgitáció, gyomorégés) az alsó nyelőcső–sphinceter tónuscsökkenése ül. reflux oesophagitis okozza. Kezelése: diéta (kerülendő: nagy mennyiségű zsír dús, nehezen emészthető ételek, kávé, csokoládé, alkohol, menta).

Gyakori az ulcusbetegség: Ulcus ventriculi szinte kizárólag nők, az ulcus duodeni túlnyomó többségében férfi–: betegsége.

Az ulcusbetegség két fő oka közül a gyakoribb a Helicobacter pylori, mely kombinált terápiás protokoll alkalmazásával gyorsan és eredményesen kiirtható. De időskorban a mozgásszervi panaszok gyakoriságával arányosan növekszik a nem steroid gyulladásgátlók (NSAID) szedése és az általuk okozott fekély és vérzés

A gyomorrák tünetei nem specifikusak. Többnyire az étvágytalanság, fogyás és főleg az anaemia okának keresése közben bukkanunk rá.

Vékonybél

A duodenum diverticulumainak 10%-át 58 éves kor felettekben mutatták ki. Ez az elváltozás nem is olyan „ártalmatlan”, mint előzőleg gondolták. A vak bélkacshoz hasonlóan dysbacteriosist, felszívódási zavart okozhat. A sorrend (1. vas, 2. folsav, 3. B12) fordított, mint jejunalis eredetű felszívódási zavarokban.

Daganatok közül leggyakoribb a Vater–papilla–carcinoma.

Az inestinalis ischaemia következményei:

- Akut mesenterialis vascularis (artériás vagy vénás) oclusio.
- Az intestinalis angina nem téveszthető össze az angina pectorisszal,

Tünete: periumbilicalis fájdalom röviddel étkezés után. A fájdalom az elfogyasztott étel mennyiségével arányos, ezért célszerűbb a többszöri, kis mennyiségű étkezés.

Az ischaemiás colitis segmentalis elváltozásokat okoz a vékony- és vastagbélben. Gondolni kell rá, ha az idős beteg krónikus diarrhoeája mással nem magyarázható. Hegesedéssel (szűkület) gyógyulhat. A kórisméhez hozzásegíthet az 'fcigoszkópia, de még inkább az aortográfia.

A vékony- és vastagbél gyulladós megbetegedései lényegében nem különböznek életkor szerint. Széklet bakteriológiai vizsgálata indokolt akut aspecifikus arthritis esetén is. A diverticulosis minden harmadik idős embert érint.

Székürítés. Az idős emberek legtöbbje figyelmének középpontjában van.

A hasmenés leggyakoribb okai lehetnek pl.: diéta hiba, hashajtó szedése, egyéb tápcsatorna megbetegedés: colitis ulcerosa

Intinencia alvi a nem megfelelő időpontban történő székürítést jelent Incontinens betegekben a belső sphincter gyengeségét mutatták ki.

Incontinencia alvi oka lehet helyi:

a hasmenés a leggyakoribb (a lelassult járóképesség miatt nem képes elérni idejében a mellékhelyiséget),

prolapsus recti,

prolapsus haemorrhoidalis,

sphinctergyengeség,

sphincterlazaság,

impactatio

Obstipatio. A fő panasz: a széklet kemény, száraz és nem a kívánt gyakoriságú. Okai primerek vagy szekunderak lehetnek.

Primerek:

- lassú tranzitidő (passage), különösen ágyhoz kötöttekben, vagy autonóm neuropathiában (alkoholizmus, diabetes, Parkinsonizmus stb.)
- inkomplett kiürülés: gyenge izomtónus, lustaság, zavartság, dementia;
- a székelési inger elhanyagolása;
- a rectum telítettségének csökkent érzékelése;
- a táplálék kicsiny volumene (hanyagság? költség? fogazat?);
- elégtelen folyadékbevitel (gyakran fél a vizeelési problémáktól).

Szekunderek

- gastrointestinalis ok: colondiverticulum, colon-rectum carcinoma, anorectalis fissura, aranyér;
- egyéb: gyógyszer (codein, morfin, vas, alumíniumkészítmények, kalciumsók,);
- hypothyreosis;
- mentális betegségek

Időskorra jellemző a proctogen obstipatio, a széklet kiürítésének a zavara, melynek a széklet impactatiója lehet a következménye.

Gyógykezelés. Nem szabad a hasmenést kezelni az áldiarrhoea (impactatio) kizárása nélkül! A székszorulás kezelésében mindenekelőtt az okot (alapbetegséget) kell gyógyítani, ha van ilyen, segít, ha a beteg kellő mennyiségű folyadékot, voluminosabb, rostosabb táplálékot fogyaszt, növeli a fizikai aktivitását (séta stb.),

A végbél kiürítésére glicerinkúp, kis mennyiségű beöntés javasolható, valamint a rectum feszülése által a természetes székelési ingert utánozó, olvadás közben gázt képező ún. „pezsgő”kúpok.

A tápcsatorna vérzései. Az akut has

A tápcsatornából eredő vérzések okai lényegében azonosak, mint fiatalabb korban. A gyomorerosiók és stresszulusok okai között számolni kell a cerebro-vascularis inzultusokkal is.

Az appendicitis gyakorisága az életkorral csökken.

Az akut has tünetei atípusosak lehetnek, lefolyása sokkal viharosabb, a diagnózis késhet, a szövődmények gyakoribbak Akut appendicitisben a fizikális jelek gyakran nem észlelhetők (mint fájdalom, izomvédekezés.) A bélhangok nem hallhatósága talán a legfontosabb fizikális jel. Erősebb hasi fájdalom esetén minden idős személyt kórházba kell utalni, akár van fizikai eltérés, akár nincs.

A máj, az epeutak és a pancreas életkorral járó változásai

A máj az anyagcsere központi szerve. A szintetizáló funkciója (pl. serumfehérjék, véralvadási faktorok, koleszterin) mellett lebontó-átalakító (mint pl. a lipoproteinek esetében), tároló (glikogén, isírnemű anyagok, B12 vitamin, egyes gyógyszerek), méregtelenítő és kiválasztó (epe és benne ürülő anyagok) működése is van.

Nagy a működési tartaléka. Kutyaiban, különböző mértékű részleges májkiirtást végezve, kiderült, hogy a máj működését jelző laboratóriumi – vérkémiai próbák csak akkor válnak kórossá, ha a májnak kb. 90%-át eltávolították. A májat az élet folyamán sokszor érheti kisebb, tünetekkel nem járó megterhelés, kémiai vagy egyéb ártalom, melynek hatása az idők során különbözőképpen összegződhet. Leírták a máj vérátáramlásának csökkenését is időskorban. Talán ez is magyarázhatja, hogy az irodalomban a májra vonatkozóan annyira különböző, néha egyenesen ellentmondó adatokat találhatunk, így a máj megkissebbedésére vonatkozóan is. Van adat arra is, hogy a máj nagysága időskorban 18–25%-al csökken. A májparenchyma sejtek száma azonban semmiképpen sem csökkenhet olyan mértékben, hogy – az előbbieket értelmében – funkciócsökkenéssel járjon.

Mikroszkópos vizsgálattal kimutatták a sejtmag bizonyos eltéréseit, a sejtoszlások számának csökkenését, a sejtplasmában pigment (lipofuszcín) és vas lerakódását. Leírták a zsírtartalom növekedését is a glikogén rovására, de ez nem korszpecifikus, bármilyen májkárosodás következménye is lehet. A csökkent glikogén-szintézis miatt elhúzódóbb lesz a vérben a galaktóz szintjének csökkenése (eliminációja) terhelés után. Nem egyértelműek a fehérjeszintézisre és a májenzimek vérbeni koncentrációjára és különböző anyagok kiválasztására vonatkozó adatok sem. Vannak azonban adatok, melyek az ethanol metabolizáció és elimináció lassulása mellett szólnak.

Az epehólyag és az epeutak időskori elváltozásairól jóformán semmit sem tudunk. Az epe koleszterintelítettsége az életkorral fokozódik, mivel a májban növekszik a koleszterin-elválasztás az epesavak rovására.

A hasnyálmirigy (pancreas) koraal járó elváltozásai megítélését nehezítik az előzőleg lezajlott betegségek és ártalmak nyomai. Boncoláskor az 50 évesnél idősebbeknek csupán egy részében találtak ép, betegség nélküli pancreast. Statisztikailag igazolt tény a pancreas tömegének csökkenése, amely a harmadik évtizedben kezdődik és kb. 80 éves korra az eredeti 1/3-át teszi ki. Mint a legtöbb szervünkben, a pancreasban is normális időskori jelenségnek tekintik a kötőszövet megszorodását (fibrosis), emiatt a mirigy tapintata a normálisnál többé-kevésbé keményebbé válik. Felszorodhat a zsírszövet (lipomatososis), ez bármely okból elpusztult mirigyállomány helyét kitöltő, elégtelen regenerációra mutató és nem korszpecifikus jelenség. A kor előrehaladtával a pancreasvezeték kifestésének is megfigyelték.

Csökken az emésztőnedvek (lipase, chymotrypsin, valamint bicarbonat) elválasztása is, ez normális táplálkozás esetén emésztési zavarokat nem okoz, de lakullusi lakoma után a gyógyszeres fermentpótlást tehet szükségessé.

Májbetegségek

A sárgaság típusosan idősebb kori betegség a rendszerint kő alapján kifejlődött akut cholecystitis. A cholangitisek is mintegy kétszer gyakrabban köves, mint daganatos eredetűek. Jellegzetes időskori szövődmény az epehólyag-perforatio,

A májcirrhosis gyakorisága maximumát 50–70 éves kor között éri el. Férfiakban a portalis, nőkben a biliaris típus a gyakoribb. A májcirrhosisos betegeknek típusosan állandó fáradtságérzete van, bizonyos ételeket rosszul tolerál, különösen a nagy zsírtartalmúakat. Az étkezést korai teltségérzés, puffadás kíséri. Szabályszerű az obstipatio, de előfordulhat hasmenés is. Az életmódot és táplálkozást illetően tilos bármilyen szeszes ital, a túlzott erőfelfejtés, nehéz fizikai munka, versenysport. A táplálék összetétele kiegyensúlyozott legyen. Mivel a betegek általában soványak, a kalória-bevitelt fokozni kell, vagy ha ez nem lehetséges, a felhasználást csökkenteni a fizikai terhelés mérséklése által. A konyhasófgasztás csökkentendő, amennyire csak lehetséges.

Epekő. Az átlagosnál gyakoribb a cholesterinkő, mivel az epe cholesterintelitsége az életkorral növekszik.

Az epeköves betegnek célszerű kerülnie mindazt, ami az epehólyag kiürülését provokálja és ezzel kőrohamot okoz. Ilyen élelmiszerek a zsiradék, és pedig általában melegen (pl. frissen sült) inkább, mint hidegen tálalva. De görcsöt okozhatnak egyes fűszerek, esetleg más tápanyagok is.

A pancreas betegségei

Akut pancreatitis idős korban is a leggyakrabban biliaris vagy alkoholos eredetű. Kiváltó ok lehet egy-egy étkezési excessus. Szénhidrátanyagcsere-zavar is kimutatható.

Chronicus pancreatitis. Recurrens vagy állandó hasi fájdalommal és funkciók károsodásával járó anatómiai elváltozás. Időskor-gyakran 15 évnél régebb óta folytatott rendszeres és bőséges alkoholfogyasztás. Különösebb életkor-specifikus tennivaló nincsen.

Pancreascarcinoma. Emésztőszervi rák gyakorisága az életkorral növekszik

Hajlamosítanak: dohányzás, diabetes, állati zsírokban dús táplálkozás, koffein, nitrosaminok.

Mozgásszervek

Az izomatrófia, az izomrostok számának csökkenése, fokozottabban érvényesül a rendszeres erőfelfejtésre, munkára nem használt izomcsoportokban.

A csigolyaközi porckorongok víztartalma, duzzadtsága csökken, s így a gerincoszlop, következésképpen a testmagasság is, 1–2 cm-rel.

Az ízületek öregedése

Az életkor előrehaladtával az aggregátumok kisebbek és megkevesbednek, emiatt a porc kevésbé képes mechanikai funkciót teljesíteni. A belső nyomás csökkenése miatt kevésbé hatékony a porc ellenállása a külső nyomással szemben. A porcfelszín súrlódási koefficiense nagyon kicsiny. Több idős emberben megfigyelhető, hogy térdízületüket enyhén behajlítják állás, sőt még járás közben is. Ez a porc afiziológiás terhelését és ez által károsodását okozhatja. Csökken az inak-izmok lökést és nyomást fékező hatása is. Az ízületi porc vastagság az életkorral inkább növekszik, arthrosisban vékonyodik. Az életkorral csökken a synovialis folyadék viszkozitása, benne a hialuronsav depolimerizálódik, a fehérje összetétel megváltozik, a kéntartalom növekszik. A porc tápanyagai a synovialis folyadékból származik. Az ízület mozgása elősegíti a tápláló folyadéknek a porcba jutását. Ezért a mozdulatlanság hátrányosan az ízfelszínek táplálása szempontjából

Az ízületek betegségei

Osteoarthritis (arthrosis deformans)

Az ízületek degeneratív betegsége, mely a mozgáskorlátozottság leggyakoribb oka időskorban. A 60 év felettieknek legalább a felét érinti. A folyamat rendszerint még az időskor (3. életszakasz) előtt, észrevétlenül elkezdődik, lassan, fokozatosan fejlődik. A porcfelszín apró egyenetlenségei fokozódnak. Az elváltozásokat mindig kíséri többé-kevésbé súlyos synovitis, mely exsudatum képződésével járhat. Következésképpen az ízületi tok sclerosisa vagy pedig ún. Baker-cysta keletkezése. A Baker-cysta leggyakoribb a térdízületnél, mélyvénás thrombosisal téveszthető össze.

Arthrosisra hajlamosít minden ízületi károsodás kövérség, endokrin és metabolikus zavarok (acromegalia, diabetes, ochronosis).

Tünettan, klinikai kép. Bár van a kórképnek időskori generalizált formája is, mégis gyakoribb, hogy csupán néhány ízület betegszik meg. Leggyakoribb lokalizáció a térd- és csípőízület. Tünetei a korlátozott mozgás, lokális fájdalommozgatáskor vagy intermittálóan. Jellegzetesnek tartják a közvetlenül megindulás utáni fájdalmat, mely jó néhány lépés után csökken vagy megszűnik. Mozgatáskor recsegés (crepitus) hallható, esetleg izomtrófia figyelhető meg. Az ízületi tok laza lehet. A kézujjak dorzális felszínén a Heberdencsomók előfordulása kórjelző. Időnként egy-egy ízület „fellángolását” a gyulladás ismert tünetei (dúzzanat, helyi melegség, nagyobb és állandó fájdalom, ritkán pír) kísérik. Az ízületi merevség kisebb fokú, mint rheumatoid arthritisben. A nem fiziológiás súlypontú és irányú terhelés a térd, majd a csípőízületben fejt ki károsító hatását. A térdízület stabilitása csökken, különösen a lépcsőn lefelé haladás nehezített és fájdalmas. Nehezített a felkelés alacsony ülőhelyről és a lehajlás.

Kezelés. Legfontosabb a fájdalom csillapítása mind akut, mind krónikus jelenségek esetén. Fontos megállapítani a fájdalom forrását. Az ízület körüli lágyrészekből származó fájdalom inkább lokális kezelést igényel. Általánosan alkalmazzák a nem steroid gyulladáscsökkentőket (NSAID). Az ízületi fájdalom csillapítására hatásosabbak a többi fájdalomcsillapítónál.

Jelentősebb mellékhatások: Az ASA-készítmények és a rokonvegyületek fokozhatják a veleszületett vagy szerzett vérzékenységet, gyomorpanaszt.

A hajlamosító tényezők közül az obesitas és a diabetes látszik befolyásolhatónak. A talpbetét a már kialakult térdízületi arthrosist nem vagy legjobb esetben is alig befolyásolja. Az arthrosisos ízület tartós nyugalomba helyezése épp úgy kedvezőtlen, mint a túlzott statikai terhelés vagy az extrém terjedelmű mozgások.

Egyéb időskori mozgásszervi kórképek

Vállfájdalom. Előfordulása az idősek legalább egynegyedére tehető. 70–75%-uk lágyrész eredetű, bursitis. A kezelés: akut esetben nyugalomba helyezés, fájdalomcsillapítás.

Rheumatoid arthritis. Időskorban kezdődő (elderly onset = EORA) formája. Magas lázzal és elesettséggel, vagy a polymyalgia rheumatica emlékeztető erős fájdalommal és mozgáskorlátozottsággal jár.

A lefolyás lehet gyorsan progrediáló, lehet aránylag kedvezőbb.

Chondrocalcinosis. kalcium-pirofoszfát kristályok lerakódása az ízületi porcban és a synoviában. Maga az elváltozás tünetmentes. Következményei: synovitis és a köszvényre emlékeztető (pseudo-gout) heveny, gyulladással, szubakut vagy krónikus elváltozás.

A kezelés tüneti: nem steroid antirheumaticumok esetleg intraarticularis corticosteroid-injekciók.

Köszvény: nőkben gyakorlatilag a menopausa után fordul elő. Gyakran polyarticularis, tophussal, de viszonylag kevesebb gyulladással jár.

Polymyalgia rheumatica

Kezdeté rendszerint akut, izomeredetű erős szimmetrikus fájdalommal, merevséggel, mozgáskorlátozottsággal.

Lokalizáció: leggyakrabban a nyak, vállöv, medenceöv.

A csontozat öregedése

A csontozat tömege örökletesen meghatározott, részben a testalkat, részben nemek szerint. A férfiak csontjainak tömege átlag 33%-kal nagyobb, mint a nőké. A csontanyagcsere az élet folyamán három szakaszra osztható:

1. A növekedés szakaszában a kalciumfelvétel nagyobb, mint a leadás.
2. Felnőttkorban a csontfelépülés és lebontás egyensúlyban van, a kicserélődés évente kb. 10%.
3. A maximális csonttömeg elérése után néhány évvel elkezdődik a csökkenés. Ez férfiakban évi 0,3–0,4%, nőkben 1% körüli, a menopausa után. Emiatt a gerincoszlop évente mintegy 3 mm-rel megrövidül.

A csontállomány egyensúlyban tartásában szerepe van a gravitációnak, az izom-
tevékenységnek, különböző hormonoknak (oestrogen, progesteron, calcitonin), a táplálékkal
felvett D-vitaminnak és elővitaminjának, foszforszintnek, a bőrt érő ultraibolya
sugárzásnak. A fizikai inaktivitás, a mellékpajzsmirigy és a mellékvesekéreg hormonjai a
hypogonadismus, az alkoholizmus, tartós heparinkezelés és a dohányzás a csontleépülés
irányában hatnak.

Az időskorban tipikus csonttritkulás az elégtelen újraképződés következménye. Szerepe lehet
ebben annak is, hogy elégtelen kalcium jut be a szervezetbe, mert vagy a táplálék eleve
kevés kalciumot tartalmaz, vagy, mert a kalciumfelszívódás csökken (malabsorbtio,
gastrektomia, D-vitamin hiánya vagy anyagcseréjének zavara).

A kalcium-anyagcserét befolyásoló tényezők közül a parathormonszekréció az
életkorral növekszik, és pedig nőkben erősebben, a calcitonin csökken, a fluor az
osteoblastaktivitást serkenti. Az oestrogenek nagymértékben gátolják a csontokból a
kalciumvesztést.

Csökken a 25-hidroxi- és az 1,25 dihidroxi-D-vitamin szintje is. Okai:

- csökkent ultraibolya sugárexpozíció (az ablaküveg és a ruházat elnyeli!)
- csökkent bevitel (=alimentaris);
- csökkent felszívódás (elérheti az 50%-ot is);
- csökkent hidroxiláció (máj, vese).

A csontok metabolikus betegségei

Osteoporosis

Osteoporosisnak nevezik a csontállomány oly mértékű csökkenését, hogy a csont nem képes
többé ellenállni a normális mechanikai terheléseknek. A legveszélyeztetettebbek a kistermetű
vékonycsontozatú, sovány nők menopausa után. További rizikófaktorok: családi előfordulás,
tartósan Ca-szegény étrend, dohányzás, rendszeres és túlzott alkoholfogyasztás, csökkent
fizikai aktivitás. A csontállomány csökkenése fokozatos. A tünetek mintegy 50%-os
állományvesztés esetén válnak észlelhetővé; fájdalom, csonttörések. Az osteoporosis
(valamint az idős szervezet kalciumhiánya) rizikófaktorok vagy alapbetegségnek tekinthető,
a csonttörések okai a mindennapok mikrotraumái vagy az elesések

El szoktak különíteni primer és szekunder osteoporosist. Az osteoporosis társulása bizonyos
betegségekhez nem olyan ritka, mint gondolnánk. Ha a csontelváltozás még nem nagyon
előrehaladott, a kiváltó ok megszüntetésével együtt idejekorán elkezdett gyógyítás
eredményesebb lehet, mint primaer formában.

Szekunder osteoporosist okoz: oophorectomia, férfi hypogonadismus, Cushing-kór, subtotalis gastrectomia, hyperthyreosis, hemiplegia és egyéb eredetű immobilizáció, idült obstructív légzőszervi betegség, rheumatoid arthritis, hyperparathyreoidismus, esetleg myeloma multiplex, glucocorticoid, heparin és anticonvulsiv kezelés. Előfordul még: diabetes mellitusban, egyes idült májbetegségekben, vagy alumíniumtartalmú antacidok tartós szedése esetében.

A primer osteoporosist két típusa van: a menopausa utáni (I) és a senilis (II) osteoporosis.

Az I. típus nem kizárólag nőkben fordul elő. Kezdeté 51–70 év között, gyors csontkicserélődéssel jár. Csontállomány csökkenése mintegy 10 évvel hamarabb kezdődik, gyorsabb és nagyobb méretű. Gyakori következmény a trabecularis csontok törése; a csigolyák az alkar disztális része (Colles-fractura), esetleg a medencecsont; ide sorolják a fogvesztést is.

A II. típus 70 év felett fordul elő, nőkben is, férfiakban is. Azonos mértékű a corticalis- és a trabecularis veszteség. Erre a típusra a combnyaktörés és a csigolyák multiplex, fájdalomtalan, ék alakú összeroppanása jellemző, következményes kyphosissal.

Tünetek. Kezdeté a gerinc hirtelen megterhelése (pl. nehéz tárgy emelése) után hirtelen nagy fájdalom („Hexenschuss”, heveny lumbago), amit csigolyaösszeroppanás okoz. Okai: a csonthártya feszülése (bevérzés), szakadása, a sérült terület védelmét célzó akaratlan izomgörcs, vagy gyöki kompresszió a megfelelő kisugárással. Emiatt az erős fájdalom szívinfartus vagy hasi katasztrófa gyanúját is keltheti. A fájdalom néhány héten belül spontán megszűnhet, ezért a therápia hatása lemeré-sére kevésbé alkalmas.

De kezdődhet lassan, fokozatosan, időnkénti tompa hátfájással, fáradékonysággal. A beteg azt is panaszolhatja, hogy „minden csontja fáj”.

A laboratóriumi vizsgálatok általában normális eredményűek (se-kalcium, se-foszfor normális), a kalcium exkréción azonban rendszerint fokozottabb, az accelerált fázisban erősebben. Kis csonttörés is megemeli a serum alkalikus foszfatáz szintjét, és ez hetekig is tarthat.

Therápia. A leghatékonyabb a prevenció. Az izommunka jelentősége nagy a csont ásványi anyagtartalma szempontjából. A fizikai aktivitás még 65 éves kor felett is csökkenti a combnyaktörés rizikóját.

A D-vitamin a kalciumszint növelése útján csökkenti a parathormontermelést.

Az oestrogenkezelés szintén a csontleépülést gátolja.

Az oestrogenkezelés ellenjavallatai:

- diabetes, latens diabetes
- hypertensio
- endometriumrák a családi anamnesisben

- myoma uteri
- thromboemboliás folyamat az anamnesisben
- epehólyagbetegség
- endometriosis
- csökkent máj- vagy vesefunkció
- magas cholesterinszint a serumban

A hiányos táplálkozás kedvezőtlen a csonttörés gyógyulása szempontjából.

A már kialakult csontelváltozások nem reverzibilisek.

Osteomalacia

Oka egyértelműen a D-vitamin hiánya vagy anyagcseréjének zavara.. A betegek túlnyomórészt nők, többségük 70 év feletti.

Tünetek. Általános fájdalom, derékfájás–lumbagó, izomgyengeség és merevség, a csont(ok) nyomásérzékenysége, deformitása. A fájdalom nagyon súlyos lehet.

Combnyaktörés osteomalaciában is előfordul; az esetek egy része a fokozott parathormontermeléssel, egy másik része pedig az osteoporosisal kombinált előfordulással hozható kapcsolatba. Kezelés. Idejekorán elkezdett D-vitamin-kezelés teljes gyógyulást eredményez

Osteitis deformans (Paget-kór)

Leggyakoribb helyei a tibia, a medenceöv, a koponya.. A se-kalcium- és a se-foszfor-szint rendszerint normális, az AP-szint magas, gyakran jelentősen. A hidroxiprolinürítés megnövekedhet.

Kezelése (melyet rendszerint szakintézet irányít) calcitonin és diphosponat adagolásából áll.

Egyensúlyzavarok, szédülés, elesés

Egyensúlyzavar

Az idős önellátó képességéhez nélkülözhetetlen a járóképesség.

Az egyensúly megtartásának természetes módja az, ha a súlypont ill., a rajta átvezető függőleges vonal a talpak és az általuk közrezárt területre esik. Ha nagyobb ez a terület (enyhe terpeszállás), könnyebb a súlypontot ezen belül tartani. Egyensúlyozási nehézséget jelent a súlypont-áthelyezés is, pl. ülőből álló helyzetbe átmenetkor.

A B12 vitamin deficit oka a myelopathiának és járászavarnak. –Parkinson betegségben az egyensúlyzavar a késői szakasz jelensége. Cerebro-vascularis insultus, gyakori következménye a járászavar. A járászavart az elindulás késleltető-habozásra emlékeztető jellege és a láb emelésének nehezített volta jellemzi.

Szédülés. Az emberi test térhez való viszonyának zavarára.

A valódi vertigóra jellemző a forgó- vagy egyéb jellegű látszatmozgás. A pseudovertigo centrális típusa inkább egyensúlyzavarral, elesésre való hajlammal jár, a mozgászavar ittására emlékeztet. A gyógyszerek vagy vérnyomásesés útján vagy túladagolás következtében okozhatnak szédülést.

Elesés

Az egyensúlyzavar legsúlyosabb következménye az elesés. Több mint háromszor annyi csonttöréssel jár, a hasonló kontrollokhoz képest. Hátránya a félelem az újabb eleséstől. Gyakorisága az életkorral növekszik. Különösen gyakori a szociálisan izolált, depressziós vagy demens személyek között.

Az elesések néhány speciális, időskorban gyakori okát indokolt külön is áttekinteni. Az elesések bekövetkezhetnek a) szédülés nélkül, b) szédüléssel összefüggésben. A véletlenszerű elesés a leggyakoribb (az időskori elesések egyharmada-fele). Oka gyakran a környezet (elcsúszási, elbotlási lehetőségek, rossz látási viszonyok).

A rohamszerű elesés (drop attack) hirtelenül és váratlanul következik be, tiszta tudattal és maradandó neurológiai következmények nélkül.

Kezelés. Alapja: az ok megkeresése és megszüntetése, ha lehetséges. Az elcsúszás, megbotlás lehetséges okainak kiiktatása, lépcsőkarfák, fürdőszobai fogódzók és hasonlóak felszerelése által lehetségesnek tartják az elesések közel felének a megelőzését. A járókeret, ill. támbot biztonságérzetet is ad emellett, hogy segít az egyensúly megtartásában. Az anxiétás oldásával a pszichoterápia és enyhe anxiolitikumok javíthatják a járásbiztonságot.

A szédülés ellen antihisztaminokat és különösképpen a vestibularis eredetűeknél a cinnarizin-származékokat javasolnak.

Nagyon hasznos lehet a gyógytorna is, az izomerőt növelő, az ízületek szabad mozgását elősegítő torna. Két dolog rendkívül fontos. Az egyik az aktív mobilitás fenntartása. Azok az idősek, akik képesek megőrizni jó egészségüket, vitalitásukat és járóképességüket, ritkán esnek el. Dementia rontja a kilátásokat. Nemcsak a mozgások megtanulását illetően, a gyógytornász utasításai követésében jelent akadályt, hanem a tanulás, sőt egyáltalán a mozgás szükségességének belátásában is. Combnnyaktörés után a beteget geriatricus rehabilitációs osztályon (ha van!) indokolt elhelyezni. Ennek bizonyított eredménye a kontrollokhoz képest rövidebb ápolási idő, a mindennapi élethez szükséges funkciók nagyobb javulása, melynek következtében aránylag több beteg bocsátható haza (saját lakásába és nem ápolási intézetbe!)

Alvászavarok

Alvási problémák az idősek mintegy 40 %-ában fordulnak elő, és igen gyakori okai gyógyszer igénybevételének. Az elalvás zavara okaként a depressziót, vagy benzodiazepin szedését állapították meg. Az idősek többsége rendszerint nem folyamatosan alszik, hanem átlag másfél óra alvás periódusokban, ébrenléttel váltakozva.

Az éjszakai alvás kellő hosszát biztosítandó, csökkenteni kell a napközbeni „szünyökálások” gyakoriságát

Pszichiátriai kórképekben (dementiák) az alvászavar oka az anxietas lehet.

Parasomnia, a napi alvás-ébredés időszejének felcserélése szintén járhat éjszakai nyugtalansággal.

Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy a barbiturátoknak altatóként nincs helye a geriátriában.

Decubitus

Ischaemiás károsodása és következményes necrosis a promináló csontok feletti bőrnek, subcutisnak és gyakran az izmoknak is. Leggyakoribb lokalizációk a sacrum, trochantertáj, sarkak, malleolustáj, medialis és laterális condylus felett. Egyéb lokalizáció: könyök, gerinc, scapula, fül, a fej háti része, bordák. Karszékhez kötött beteg is kaphat decubitust, elsősorban az ős ischii területén. Aetiológiájában fizikai okok és egyéb rizikófaktorok szerepelnek. A négy fizikai tényező:

nyomás,

rétegeltolódás,

dörzsölés,

nedvesség.

Rizikófaktorok: immobilitás (bénulás), inaktivitás (nagyfokú elesett-séggel járó állapotok), alultápláltság, hypoalbuminaemia, csökkent éberség-zavart tudat. Praedisponál: oedema, diabetes, perifériás keringési zavar, anaemia, malignus folyamat, dohányzás, soványság, szteroidkezelés, 60 Hgmm diastoles vérnyomás. Kórházban a decubitusok mintegy 70%-a az első két hét alatt keletkezik, vagyis amíg az állapot a legsúlyosabb.

A decubitus stádiumai:

1. Bőrpír (és induratio) ép epidermissel. Reverzibilis.
2. Felületes hámszöveti, éles határokkal. Környezete hyperaemiás (és indurált). Serosus váladékozás is lehetséges. Reverzibilis.
3. A subcutisba terjedő szövetpusztulás. A fekély széle éles, felhányt, pigmentált, alapja necroticus, alávájt lehet. Serosus vagy gennyes váladék észlelhető. Az életet veszélyezteti.

4. A szövetpusztulás túlterjed a subcutison, a fascián át az izomba, sőt csontba. Váladékozik (mint 3. std.) Tasakképződés is lehetséges. Osteomyelitis vagy lokális septicus arthritis végzetes lehet.

Kezelés. A legjobb terapia a prevenció. A legfontosabb a nyomás alatt álló terület változtatása (a mozgásképtelen beteg forgatása minden második órában; de ha bőrpír látható, gyakrabban).

Fontos a gondos bőrápolás, amely alapos lemosás után teljesen szárazra törlésből áll, melyet a predilekciós helyek bekenése követhet, A-vitamint és cinkoxidot tartalmazó puhító kenőccsel. A hajlamosító betegségeket, kóros állapotokat lehetőség szerint gyógyítani kell.

A decubitus szakszerű kezelése csoportmunka. Szükséges, hogy a csoport irányítója, a kezelőorvos legyen tisztában az elvégzendő feladatokkal és legyen képes megszerezni a team munkáját.

Endokrinológia; anyagcsere

Pajzsmirigy: Betegségei közül csaknem valamennyi gyakoribb időskorban. Prevalenciáját idősekben 2%-nyira becsülik, de jódszegény vidéken elérheti a 3-4%-ot is. Nőkben sokkal gyakoribb.

A fiatalabbak felfokozott belső feszültsége, hyperkinesise, meleg-nedves tenyere és a pajzsmirigy felett a systolés zörej időskorban nem gyakori, helyette inkább szív-elégtelenséggel, pitvarfibrulációval (rohamokban is) járó klinikai kép vagy apathia, confusio, depressio fordul elő.

A tünetek előfordulása, mint megannyi más betegségben is, változhat a betegek lakhelye (régió), életkora és az észlelést végzők szerint (31. táblázat).

Exophthalmus, illetve szemtünetek a betegek csupán 8-12%-ában találhatók. A T3 (és T4) az esetek 12-13%-ában normális lehet.. A hyperthyreosis azonban az osteoporosis rizikófaktora is..

Hypothyreosis: Az újonnan felfedezett eseteknek alig 1/3-ában észlelhetők a klasszikus tünetek, a többi esetben csupán nem specifikus tünetek, mint csökkent mobilitás és romló általános állapot. Az idő előtti feltűnő öregedés a kóros hypometabolismus gyanúját kelti. Még inkább fel kell, merülnön a gyanú, ha a beteg állandóan fázékony,

- szellemi és motoros aktivitás folyamatosan csökken,
- haja és szőrzete „sprőd" (durva-gyér és merev szálú).

Sick euthyreoid syndroma (SES) Nem elsődlegesen a pajzsmirigy betegsége, hanem különböző betegségek, gyógyszerek vagy egyéb hatások következtében egyes pajzsmirigyhormonok vérszintjének, de esetleg a pajzsmirigyműködésnek átmeneti, a kiváltó ok megszűnése esetén reverzibilisnek tartható eltérése.

Hasnyálmirigy. Diabetes mellitus

Változások az életkorral. A hasnyálmirigy mennyiségi csökkenésével arányosan a Langerhans-szigetek is megkevesesbednek., csökken a máj és a periféria inzulinérzékenysége, csökken a perifériás glukózfelvétel is. Mindezek folytán az életkorral arányosan csökken a szénhidrát (glukóz-) tolerancia, vagyis ugyanaz a cukormennyiség nagyobb és tartósabb vércukorszint-emelkedést okoz

Az időskori diabetes kritériumai: az éhgyomri vércukor 7 mmol/l felett legalább két alkalommal.

Előfordulása. A 60 év felettiak mintegy 7–9 %-a, a 80 év felettiak 15–20%-a diabeteses. A diabetes mellitus tehát az egyik leggyakoribb krónikus betegség idős korban

A betegség klasszikus tünetei (polyuria, -dipsia, -phagia) időskorban nem típusosak, a fogyás sem általános; a betegek nagyobbrésze kövér és hypertoniás (metabolikus X syndr.)

A szövődmények metabolikus, vagy mikro-, vagy makroangiopathias eredetűek. A makroangiopathias jelenségek lényegében azonosak az atherosclerosis manifesztációival.. A leggyakoribb, idült szövődmények közé tartozik a „diabeteses láb”. Diabeteses neuronopathia esetén a bőr színe és hőmérséklete nem változik. A fájdalom nyugalmi, terhelésre inkább csökkenhet, éjszakai fokozódása jellegzetes. Pathomechanizmusában elsődleges az érzékszavar, továbbá a bőr csökkent vérellátása, a lábfejdeformitások (callus, kalapácsujj, bűtyök és hasonló), az alacsonyabb HDL-szint. Elég gyakori a necroticus terület alatt a körülírt osteomyelitis. Megelőzésében lényeges a lát (talp) rendszeres ellenőrzése, amit a beteg gyakran nem képes egyedül elvégezni.

A kevésbé ismert szövődmények közé tartoznak:

- Agyidegbénulás
- Diabeteses amyotrophia.
- Neuropathias cachexia 60 évesnél idősebb diabetesesekben fordul elő

A betegek felében a diabetest előzőleg nem kezelték. Gyakori a beszűkült vesefunkció.

Gyógykezelés. Alapja a diéta a betegség mindkét típusában. Azonban az I. típusban a vezérlő elv a szénhidrát bevitel szabályozása, a II. típusban a normális testsúly elérése és megőrzése

Zsíryanycsere. Obesitas

A zsíryanycsere zavarainak kezelése időskorban is ajánlatos.

Kövérségen (obesitas) a testtömeg megnövekedését értjük a zsírok felhalmozódása következtében. Mértéke az, hogy a testtömeg mennyire tér el a normálistól. A normális testtömeg megállapításának egyik legelterjedtebb módja a Broca-szám: (testtömeg (kg) = testmagasság (cm) - 100)

Az összsírtartalomnál fontosabbnak látszik a test zsíreloszlása. A centrális vagy android típusú obesitas a hasi zsírfelhalmozódást jelenti. Alakja folytán „alma” típusúnak nevezik, míg a „körte” típusú vagy gynoid obesitas a csípőkön és a combokon oszlik meg. A hyperlipaemia, a cardiovascularis betegségek (hypertonia, ISzB) és a diabetes kockázata bizonyítottan nagyobb a hasi zsírfelhalmozódás esetén.

Az obesitas az említetteken kívül hajlamosít köszvényre, degeneratív ízületi betegségekre, epekőre, varicositasra, thrombosisra és növeli az oestrogen-szenzitív daganatok (uterus, ovarium, emlő, prostata) kockázatát, de kövér férfiakban a colorectalis-, pancreas- és gyomorrák előfordulása is gyakoribb. A kövérség növeli a műtéti rizikót és a postoperatív szövődmények gyakoriságát.

A csökkentett kalória bevitel (fogyókúra) közben fokozott figyelmet kell fordítani a fehérjeminimum, a vitamin- és ásványianyag szükségelt biztosítására.

Nőgyógyászati problémák

A menopausa utáni változások

A vulva, vagina, az urethra nyálkahártyája elvékonyodik, atrofizál. A mons pubis szőrzete ritkul. A vagina hámszövetéből a glykogen eltűnik, a pH semlegesé vagy lúgossá válik.

Az ovarium megkisebbedik, sclerotizál. A tubák megrövidülnek, az izomszövet helyét fibrózis foglalja el. Atrófiázál az endopelvikus fascia és az uterus környéki ligamentumok is. A leggyakoribb tünetek: (Az életkor előrehaladásával módosulhatnak:)

Menopausa utáni vérzés.

- corpus-carcinoma. A vérzés gyakran nem nagyfokú
- atrófiás vaginitis. A vérzést vizsgálat vagy coitus is kiválthatja. Nagyon idős korban ritkább.
- trófiikus fekély (prolapsus, idegen test)
- cervix polyp – rendszerint benignus
- cervix-carcinoma. Gyakran erőteljes vaginális váladékozással jár.
- oestrogen – megvonás (előzetes kezelés után)
- pyometra

Vaginális váladékozás

- atrófiás vaginitis (barna színű)
- pyometra – carcinomával vagy a nélkül. Nem mindig állandó, de ha van, bőséges lehet
- pessarium vagy idegentest

Pruritus vulvae

A tünet jellemzője az irritáció és nem a lokális érzékenység vagy fájdalom. Fokozza: helyi meleg (ruházat!), helyileg alkalmazott olajos jellegű szerek ill. a higiénie hiánya. Okai:

1. Vulva dystrophia
2. krónikus irritáló hatás. A vakaródzás lichenifikációt eredményez, a rigid bőrmegvastagodás a környezetre is terjedhet.
3. analis eredetű irritáció: bérférges (oxyuris) folyékony paraffin, aranyerek.
4. gombás fertőzés: nem gyakori, kivéve ha kiváltó oka van (pl. antibiotikus kezelés).
5. Diabetes mellitus (különösen a fel nem ismert, vagy rosszul kezelt).
6. lokális allergiás reakció toüetszerekkel (pl. desodor) szemben.
7. Incontinentia urinae

- urgencia: infectio ill. betegség következménye lehet
- stress-incontinentia, pl. köhögéskor
- valódi: fistula következménye vagy neurogen
- etencio és túlfolyás

Dyspareunia

- atrófiás vaginitis, oestrogen megvonás
- caruncula urethrae
- stenosis vaginájé: postoperatív, kraurosis, radiotherapia

Incontinentia alvi

- régi harmadfokú gátrepedés
- széklet impactatio ál-diaorrhéával. (A felületes vagy képzetlen összetévesztheti a vaginából ürülő széklettel.)

A genitális traktus infekciói idős korban nem gyakoriak. A nőgyógyászati rákok közül a vulvacarcinoma típusosán időskori betegség. A diagnózis: biospia. A terápia a szövettani típustól függ.

Nőgyógyász és az idős beteg

A nőgyógyászok képzésének gyakorlata az, hogy egy 70 éves nő esetében inkább gondolnak rákbetegség terminális szakaszára, Az idősök ellátásában a nőgyógyásznak elsősorban az alábbiakban kell szakmai kompetenciával bírnia:

1. Onkológia: a reprodukív szisztéma malignus folyamatának nagy rizikója miatt,
2. Kezelhető nem malignus rendellenességek, melyek azonban hátrányosak az élet minőségére. Ilyenek: stress-incontinentia, vulva- és vagina-atrófia, prolapsus uteri-vaginae
3. Sexualitás. Az átlagéletkor növekedésével ez mind több esetben igényel figyelmet.
4. Szűrés és prevenció. Ebben az életkorban (is) nagyon fontos az időszakos szűrés, a veszélyeztetettek alapos vizsgálata és a tünetek okának korai diagnózisa. A szűrések ki kell terjednie az emlőc.-re vonatkozóan még 65 éves kor felett is.
5. Tanácsadás az egészség megőrzése céljából. Ide tartozik az osteoporosis megelőzése (diéta, testmozgás, esetleg oestrogenadagolás).
6. Általános orvosi tanácsadás: NIDM (nem insulin - dependens diabetes), hypertensio, emocionális rendellenességek és egyéb orvosi problémák

Elsősorban a szakszerű és figyelmes időszakos szűrővizsgálat fontosságát lehet - és kell - hangsúlyozni.

Cerebralis vascularis betegségek

Az izomsejtek helyén az életkorral arányosan kötőszövet szaporodik fel, az elastica feltöredezik. Hypertensio az érfalra feszítő hatású simaizom-hypertrophiát, reaktív fibrosist okoz. Az érfalban microaneurysmák keletkeznek.

Klinikum

Etiopatogenezis: a cerebrovascularis betegségek az ösztörtalitás 12-15%-át teszik ki

Leggyakoribb alapbetegség az atherosclerosis; rizikófaktorai közül a hypertensiót, a diabetest és a dohányzást találták szignifikáns korrelációban levőnek az atherogen agyi infarktussal. A hypertensio a kisartériák falát károsítva (atherosclerosis nélkül is) agyvérzés okozója lehet. Óriássejtes arteritisre jellemző a fokozatos, progresszív ischaemia és az amaurosis ismétlődő epizódjai.

Primer amyloid angiopathia. Az amyloid angiopathia az Alzheimer-kór részjelenségeként következetesen (100%-ban) kimutatható. De előfordul időskorban Alzheimer-kór nélkül is; egyaránt lehet agyvérzés vagy agyi ischaemia morfológiai alapja.

Cardiovascularis betegségek. Vagy hirtelen kezdődő, vagy elhúzódó agyi ischaemiát okozhatnak. Embólia oka lehet:

- endocarditis, vitium, obstructiv cardiomyopathia;
- ritmuszavar (pitvar fibrillatio, sick sinus syndroma, WPW-syndroma),
- az aortaív és a belőle kiinduló nagyartériák betegségei
- Az artériák kompressziója, vongálása, megtöretése szintén járhat a lumen beszűkülésével vagy elzáródásával. Leggyakoribb ez nyaki spondylosis esetén.
- A thrombocyták szerepe eléggé ismert az artériás thrombus keletkezésében.

Kórformák

A cerebrovascularis körfolyamatok alapvetően kétfélék. 75–85% thromboembóliás eredetű, csak a fennmaradó 15–25% a vérzés. Az összes eset legalább 5%-ában a szűkület vagy elzáródás extracranialis, tehát érsebészeti beavatkozással gyógyítható. A cerebrovascularis szűkület vagy elzáródás lehet panaszmentes is.

A tünetekkel járó kórformák súlyosságuk szerinti sorrendben:

TIA transiens (múló) ischaemiás attack. Néha csak percekig tart, de 24 órán belül lezajlik, maradandó tünetek nélkül.

RIND (reverzibilis ischaemiás neurológiai deficit). Nem múlik el 24 órán belül.

PRIND 1–2 hónapig is eltarthat. Nem mindig múlik el nyomtalanul, sőt a tünetek progrediálhatnak (ez utóbbi esetre egyes szerzők a progressing stroke kifejezést alkalmazzák).

Completed stroke (ictus). A cardiovascularis történések legsúlyosabb formája.

Vertebrobasilaris TIA leggyakrabban vertigóval jár (hányás, nystagmus kísérheti), második leggyakoribb a látászavar (elmosódott vagy kettőslátás, corticalis vakság, látótérbeszűkülés, visualis hallucinációk).

Ictus (stroke). Az összes eset 1/5-e vérzéses eredetű. A súlyos tudatzavar, coma (ha más oka nincs), a kiterjedt laesióra utaló neurológiai tünetek és az agyi nyomásfokozódás jelei vérzés mellett szólnak. A véres liquor subarachnoidalis vérzés vagy agykamrá-ba történt apoplexia következménye.

Az ischaemiás és a haemorrhagiás inzultus elkülönítésében segít a táblázat

Klinikai adatok	Ishaemiás inzultus	Haemorrhagiás inzultus	
		Intracerebralis vérzés	Subarachnoidalis vérzés
Hypertonia	gyakori	csaknem mindig	ritka
Arteriosclerosis rizikófaktori	gyakori	gyakori	ritka

KLINIKAI ISMERETEK III. GERIÁTRIAI ISMERETEK I. (FOGALMAK, JELLEMZŐ BETEGSÉGEK)

Extracranialis stenosis	40-50%-ban	ritka	nincs
Előzetes TIA	gyakori	nincs	nincs
Prodromák	gyakori	nincs	ritka
- időpont	éjszakai alvás, nyugalmi állapot	nappal, gyakran megerőltetés vagy izgalom esetén	
- kifejlődés	lassú	gyors	hirtelen
Fejfájás	ritka	csaknem mindig	mindig
Meningismus	ritka	gyakori	mindig (!)
Hányás, agynyomások tünetek	ritka	nagyon gyakori	gyakori
Tudat	tiszta vagy enyhén zavart	gyakran súlyosan érintett	zavart
Érelváltozások	gyakoriak	sokszor nincsenek	
Hemiparesis	nagyon gyakori	gyakori	gyakori

A TIA és az ictus (mint két véglet) közötti kórformák, a RIND, PRIND és a progressing stroke gyakorlatilag ischaemiás eredetűek.

A pszichés tünetek dominálnak, megjegyző képesség zavara, érzelmi labilitás hangulat zavarok jellemváltozások, indítékszegénység, esetleg az alvás- ébrenlét inverziója.

Az idült arteriosclerosisos elváltozás általában több góció. A hajlamosító tényezők lényegében azonosak, mint a többi agyi vascularis kórképben.

Kezelés

Prevenció. A legjobb therapia az atherosclerosis rizikófaktorainak csökkentése. a lipaemia csökkenése,

Az alkalmazandó kezelés a kórformától és annak súlyosságától függ.

A múltó ischaemia (TIA) kezelése

A TIA önmagában ritkán szorul kezelésre. Annál inkább indokolt a szekunder prevenció az ismétlődés és progresszió megelőzésére. Ha az angiológiai okok műtéti megszüntetése nem lehetséges antikoaguláns

A prolongált és progresszív elváltozások kezelése:

Érsebészeti beavatkozások szintén indikálhatók. Az antikoaguláns kezelésnek szerepe lehet a rethrombotisatio, ill. a nem operált betegekben, a progresszió megállításában.

A perfúziót elsősorban a vér viszkozitásának csökkenése (hemodilució) javítja.

KLINIKAI ISMERETEK III. GERIÁTRIAI ISMERETEK I. (FOGALMAK, JELLEMZŐ BETEGSÉGEK)

Az agysejtek anyagcseréjét, oxigén és glukóz utilizációját javító, hypoxiájuk ellen ható szerek közé sorolt gyógyszerek: meclofenoxat (Cerutil, Lucidril), piracetam (Pyramem), pyritinol (Enerbol), Xanthinol nicotinat (Xavin, Complamin), nico-tinsav, Cavinton, ergoloid mesilat (Hydergin), bencyclan (Halidor).

MUNKANYAG

Ischaemiás inzultus kezelése

Akut ischaemiás inzultus (ictus) esetében a vitális cardiopulmonalis funkciók biztosítása, a folyadék- és elektrolit-háztartás rendben tartása, a légzőszervi infekciók kezelése, az aspiráció elkerülése az alapvető tennivaló. A magas vérnyomás csökkentésében a fokozatosság célszerű. A vérnyomás stabilizálására kell törekedni. Az agyödéma csökkentésére Mannitol, Rheomakrodex infúzió, ill. glicerin használatos.

Életveszélyes szövődmény lehet az infectio és a tüdőembólia.

Haemorrhagiás inzultusban a terápiás lehetőségek szűkek. Teendő: az agyödéma (agyödema) csökkentése, azon kívül a vitális funkciók megtartása, szövődmények elkerülése és ápolási teendők. Általános ápolási tennivalók: a beteg forgatása, a bénult végtagok passzív mozgatása. Mihelyt a beteg állapota lehetővé teszi, tervszerű és célszerű rehabilitáció.

Depresszió

Bizonyos élethelyzetek (gyász, betegség, fájdalom, sikertelenség stb.) hangulati hatása közismert. Az idősek a betegségek által az átlagosnál nagyobb arányban sújtott csoport. A depresszió gyakorisága és egészségi állapotuk között összefüggés mutatkozik. További rizikófaktorok: a házastárs egészségi állapota, anyagi helyzet, rossz lakáskörülmények, családi problémák, elmagányosodás, a szeretet-, a megbecsülés- és a tekintély hiánya.

Idősekben a depresszió általában másként jelenik meg, mint fiatalokban. Inkább szomatikus, mint pszichés-pszichológiai panaszai vannak. Az időskori depresszió jellegzetes megnyilvánulásai az alábbiak:

- szomatikus panaszok dominálnak
- az önvád ritka
- gyakori a koncentrációképesség csökkenése, következményes memóriazavarral
- atipusos megjelenési formák fordulnak elő (pseudodementia, alkoholizmus, hypochondria, fájdalom)

Teendők: Olyan elfoglaltságot találni számukra, amit szívesen végeznek, vagy a hasznosság érzését kelti bennük. Ismerjük el multbani és jelenlegi értékeiket, tanúsítsunk megbecsülést, megértést, szeretet irántuk.

Psychosis

A tudat zavarát érzékszalódások, hallucinációk és szembeötlő magatartászavarok (pl. – katatónia) jellemzik. Kezdeté idős korban szokatlan, tünetei megjelenése esetén a beteget vizsgálni kell dementia és/vagy delírium irányába.

Dementia , A dementia definíciója, fajtái

Morfológiai változások az életkor és betegség következtében: Az agyhártyák megvastagszanak (fibrosis). Az agy térfogata és tömege csökken. A fehérállomány csökkenését a kamrák tágasabbá válása, a szürkeállományét a gyrusok keskenyebbé, a sulcusok szélesebbé válása jelzi. Öregedésre a frontalis és temporalis neuronok számának csökkenése a jellemző.

Dementia elsősorban a cortexet destruáló, organikus, rendszerint progresszív agyi elváltozás, mely a magasabb agykérgi funkciók károsodását okozza. Ez főleg a cognitív funkcióra vonatkozik, de érinti a memóriát, a konkrét és absztrakt gondolkodást, a napi élethez szükséges problémamegoldó és ítélőképességet, a tanult perceptuomotor, valamint a szociális érintkezési jártasságok helyes alkalmazását, az

intellektuális teljesítményt, a beszédet (nyelvhasználat), a visosopatialis funkciót és az emocionális reakciók kontrollja csökken, ugyanakkor a tudat nem válik ködössé (csupán a terminális stádiumban). Paranoid ideák és érzékcsalódások is lehetségesek. Rövidtávú memória kiesés korai következmény lehet, különösen

Alzheimer kórban. A dementia klinikai állapotot jelöl, melynek oka többféle lehet. Ezek két fő csoportba sorolhatók aszerint, hogy az agy károsodása elsődleges-e vagy másodlagosan következett be.

Elsődlegesek:

- az agy diffúz parenchymás betegségei:
- Alzheimer-kór (praesenilis vagy senilis)
- Pick-betegség
- Parkinson-kór
- Huntington-chorea
- trauma:
- fejsérülés
- dementia pugilistica
- subduralis haematoma agydaganat (primer vagy áttétii) normális nyomású
- hydrocephalus
- infekciók:
- postmeningitises vagy -encephalitises
- CreutzfeldtJakob-betegség
- syphilis
- criptococcus-meningitis

Másodlagosak:

- Vascularis okok:
- atherosclerosis
- multiplex agyembolusok
- prolongált magas vérnyomás
- Binswanger típusú
- Anyagcsere-rendellenességek:
- myxoedema

- hypoglykaemia (elhúzódó)
- krónikus máj- és veseelégtelenség
- hypoxia-anoxia
- Hiánybetegségek:
 - Wernicke-Korsakov-syndroma
 - B₁₂-vitamm- vagy folsavhiány
- Toxikus-gyógyszeresokok:
 - krónikus alkoholabszus
 - krónikus abusus szedatívumokkal vagy trankvillánsokkal

Klinikailag a járási apraxia, psychomotoros lelassulás, incontinentia urinae és deméntia jellemzik. Az óriássejtes arteritis nemsak agyi infarctust, de deméntiát is okozhat. A Parkinson kór fekióttkorban kezdődő extrapyramidális neurodegeneráció. Jellemzői: nyugalmii tremor, izommerevség, bradykinesis, továbbá: merev arc, görnyedt testtartás, csoszogó apróléptű járás, dysarthria, Alzheimer kór egyes esetei (extrapyramidális tünetei nem. De maga a Parkinson kór is járhat deméntiával az esetek 20-40 %-ában. Hasonló, subcortivalis deméntia fordul elő Huntington chorea, Wilson kór és a valódi depressióval összefüggő (igen ritka) deméntia eseteiben. Erre a kórformára a lelassult gondolkodás, a hiányos figyelem és memória, valamint az apathia jellemzőek, az antidepressans kezelés a basalis ganglionokon kívül a cognitív funkciókat is javíthatja.

A Wernicke-encephalopathiát B₁₂-vitamin hiánya okozza. Alkoholistákon kívül a vitaminkiegészítés nélkül szénhidrátokkal hiperalimentált egyéneken fordul elő és idősekben, akiknek a B₁₂-vitamin-készlete eleve csökkent, és tovább csökken, ha glukózinfúziókban részesülnek A kórkép jellegzetes manifesztációi: szemeltérések, ataxia, vestibularis paresis, confusio, hypotensio, hypothermia, coma. Az összes deméntiák mintegy fele Alzheimer típusú, mintegy 20%-ot. Valószínűleg az átlagosnál gyakoribb nálunk az alkoholos eredet is, amit közvetett okkal, B₁ vitamin hiányával is magyaráznak.

Dementia senilis (Alzheimer-kór)

Alzheimer 1907-ben írta le a praesenilis deméntiát, melyet azután órála neveztek el. Kiderült, hogy a morfológiai elváltozások teljesen azonosak a senilis deméntiában is. Ezért ma már az Alzheimer-kór elnevezés rendszerint magában foglalja a senilis és praesenilis formát egyaránt. A hivatalos megnevezés a SDAT (senilis deméntia, Alzheimer-típus). Szövetani jellegzetességei csak mennyiségileg különböznek a nem demens vagy másfajta agykárosodásban szenvedő betegekben találhatóktól. Ezek közül kiemelendő a Down-syndroma, melyet a SDAT fiatalkori, veleszületett formájának is tekintenek. Ha ezek a betegek elérik a 40. életévet, valamennyiben bekövetkeznek a SDAT-nak megfelelő agyi elváltozások. Familiáris halmozódás SDAT-ban is előfordul.

A betegség kezdete fokozatos, észrevétlen az időskori feledékenységgel téveszthető össze. A progresszió folyamatos, fokozódik a kognitív funkciók és a memória kiesése. Már a korai szakaszban feltűnhet a tájékozódás nehezítettsége. Később szótévesztések, érzécsalódások, agitáció figyelhetők meg gyakran. Az egész késői szakaszban némaság, ágyhoz kötöttség, gyakran piramidális vagy extra piramidális tünetek alakulhatnak ki. Ha a demens beteget erélyesen konfrontálni tudjuk intellektuális kiesésével, hirtelen haragossá válik, vagy erős sírési rohamban tör ki. Ezt nevezik katasztrófareakciónak. Rohamszerű sírás a depressióban is előfordulhat, de messze nem olyan intenzitású, mint a katasztrófareakció.

Therapia

Az amyloid-kutatás a kezelés új távlatait nyitja meg. Ezek: az amyloid praecursor protein (APP) felvételének gátlása az agyba, az APP-ből a P-amyloid lehasadásának gátlása (enzymgátlás), az idegsejtek károsodásának kivédése. Ezek ma még kutatási és fejlesztési célok csupán.

A már kialakult elváltozások maradandóak, ezért oki th.-nak inkább csak a kezdeti szakban, vagy prevencióként lehet jelentősége.

A prevencióra ajánlott szerek lassíthatják a progressziót is.

A mentális funkciók gyógyszeres javítására az un. nootropicumok (noos = ész) állnak rendelkezésünkre. Ezek hatásprofilja komplex. De ezeket inkább csak kezdeti szakaszban, vagy vascularis eredettel kombinált esetekben tartják hasznosnak. Ha a hatás 3 hónapi kezelés után sem észlelhető, a nootropica további adagolása felesleges. Mivel az agysejtek O₂ felhasználásának csökkenése nem az elégtelen O₂ ellátásból ered, felesleges a cerebrális vasodilatátorok alkalmazása is. Általános elvek: lehetőség szerint relatíve gyorsabban kiürülő (nem kumulálódó) gyógyszereket válasszunk, és kisebb adagban írjuk elő, mint fiatalabbak részére..

A SDAT-ban szenvedőt is megillető (alapvető emberi) jogok közé tartozik az állapotának megfelelő gondozás-ápolás, a testi egészség megőrzése, a funkciói szintjének és élete minőségének a javítása, amennyire lehetséges. Megfigyelések szerint a dementia javulhat, legalábbis kevésbé gyorsan romlik, ha

- környezete lehetővé teszi az állapotához mért aktivitást,
- érzékszervi támpontok-behatások elősegítik számára az orientációt,
- alkalma (lehetősége) van dönteni akármilyen apró dologban, pl. időbeosztás vagy környezetének berendezését illetően,
- lehetősége van minél több kapcsolatot tartani másokkal, intézetben a többi beteggel és a személyzettel.

Beszámoltak arról is, hogy pszichoterápiával javulás mutatható ki a mentális státus vizsgálatakor nyújtott teljesítményben

TANULÁSIRÁNYÍTÓ

1.feladat

A szöveg átolvasása után, próbáljon meg válaszolni az alábbi kérdésre:

Mi a gerátria fogalma?

2.feladat

A szöveg átolvasása után, próbáljon meg válaszolni az alábbi kérdésre:

Mi a geriátria módszertana?

3.feladat

A szöveg átolvasása után, próbáljon meg válaszolni az alábbi kérdésre:

Ismertesse az Egészségügyi világszervezet (WHO) szerinti korcsoport meghatározást!

MEGOLDÁSOK A TANULÁSIRÁNYÍTÓHOZ

1.feladat

A geriátria az általános medicina egyik ágazata, amely az idősök egészségével, valamint betegségeik klinikai, preventív és gyógykezelést aspektusaival foglalkozik. Maga a kifejezés görög eredetű szóösszetétel: geron=idős, öreg: inter=orvos, iatria=orvoslás, orvostan (v. ö.pediátria, pszichiátria).

2.feladat

A geriátria hatékony módszere a team-munka. A diagnosztikában gyakran szükséges a társszakmáktól konzíliumot kérni. Így pl. döntő lehet az alkalmazandó gyógykezelés és a beteg sorsa szempontjából is eldönteni, hogy a tartós tüdőbeszűródést mi okozza: tumor vagy egyéb (netán tbc)? Vagy a kimutatott agyi góc infractus-e vagy primer, ill. áttéti daganat? Multidisziplináris teamre van tehát szükség, a geriatér vagy geriatriai érdeklődésű orvos, a beteg állandó kezelőorvosa a team szervezője és mozgatója. Teammunkára van szükség a gyógyításban és a rehabilitációban is, mely utóbbit lehetőleg már a gyógyító tevékenység közben célszerű elkezdeni. Ennek a teamnek is a beteg kezelőorvosa a vezetője. Segítőtársai kórházban az ápolónők és a dietetikus, a szükségletnek megfelelően (ha van): a fizioterápiás asszisztens, gyógytornász, pszichoterapeuta, logopédus, masszőr, foglalkozási terapeuta. Az alapellátásban általában csak a körzeti orvos, az ápolónő és esetleg a szociális gondozónő áll rendelkezésre. Nekik kell kiképezniük a rehabilitációra igénybe vehető családtagokat és irányítani munkájukat. Bár szükségmegoldás, de megfelelő irányítással a hozzátartozók is végezhetnek aktív-passzív mozgatót. A beszédgyakorlathoz sem szükséges a logopédus állandó jelenléte.

3.feladat

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1963-ban Kijevben az alábbi csoportosítást fogadta el :

Korcsoportok a WHO (1963) szerint	
középkorúak	45 - 59 év
idősödők	60 - 74 év
idősök	75 - 89 év
aggok	90 éves kor felett

ÖNELLENŐRZŐ FELADATOK

1. feladat

Melyek az életkorral járó változások a légzőszervekben?

2. feladat

Milyen betegségek lehetnek az időskori pneumónia szövődményei?

3. feladat

Melyek az életkorral járó változások a keringési szervekben?

4. feladat

Milyen elváltozások jellemzik a kiválasztó rendszer szerveit időskorban?

5. feladat

Milyen inkontinencia típusokat ismert meg a tananyag szerint?

MEGOLDÁSOK

1. feladat

A mellkas váz (bordaporcok elmeszesedése, kyphoscoliosis) és a tüdőszövet rugalmassága csökken. A kollagén és elasztikus rostok fizikokémiai változásai miatt az alveolusok kitégülnak, az interalveolaris septumok elvékonyodnak. Az alveolusok egyes csoportjai csak mély belégzéskor nyílnak meg, a capillarisk száma, és öszkeresztmetszete is csökken, növekszik az alveoloarteriális O_2 -grádiens. Az izomerő csökkenése a légző izomzatot is érinti. Mindezek folytán a tüdő légzési kitérései kisebbek, a mellkas többé-kevésbé a belégzés állapotában van (emphysema senile), a gázcsere és az arteriális pO_2 - romlik.

2. feladat

Az időskori pneumónia szövődményei lehetnek:

Tüdőtályog

Pleuralis folyadékgyülem

Asthmaszerű spasticus bronchitis

Krónikus pneumonia

Thrombosis,

Tüdőembólia

3. feladat

A szív tömege (a testtömeg 0,5%-a) nőknél 1,5g-mal növekszik. Ennek oka lehet az izomrostok hipertóniája rendszeres fizikai terhelésre. Megszaporodhat a zsír és a kötőszövet mennyisége is. Rendszeresen megtalálható a szívizom bazofil degenerációja és a lipofuszcínlerakódás (barna atrófia). Az endocardium megvastagszik. A billentyűkben és az annulus fibrosusban mész rakódhat le. A szívizom merevebbé, rugalmatlanabbá válik, Ez a diastolés elernyedést, tehát a diastolés telődést csökkenti. Az aortafal merevebbé válik, esetleg mészlerakódással, emiatt a pulzushullám terjedése gyorsul, a bal kamrai ejekció impedanciája megnő, a bal kamrára hárul a diastolés nyomás fenntartása. Csökken a verőér térfogata, és 20 éves kortól évente átlag 1%-kal a perctérfogat is. A funkcionális változások az utóbbiakban foglalható össze:

a 30. életévtől kezdve csökken a maximális terhelhetőség (a maximális oxigénfelvétellel mérhető)

a terheléssel elérhető tachycardia 20–70 év között 180-ról kb. 135-re csökken (percenként). Az adrenerg válasz csökkenését A B-receptorok számának valószínű csökkenésével magyarázzák:

a verőtérfogat csökkenése mintegy 12m. a 3. és 8. életévtized között:

a perctérfogat mérsékelten csökken: 20 éves kortól évente átlag 1%-kal:

növekszik az artriovenosus oxigéndifferencia:

megnyúlik a systole, ezen belül az izovolumenes kontrakció,degyakran az ejekció és a relaxatio időtartam is:

növekszik a angy-és a kisvérköri ellenállás és a pulmonális capillaris nyomás:

csökken a keringés alkalmazkodóképessége a terheléshez és ez gyakorlással (trenirozással) is csak mérsékelten fokozható.

4. feladat

A vesefunkció változása az életkorral

A vesék tömege 20–30%-al csökken a negyedikétől a kilencedik életévtizedig. A csökkenés főleg a cortexre vonatkozik. A glomerulusok számának csökkenése 30–50%, emellett növekszik a scleroticus vagy abnormális glomerulusok aránya. 45–50 éves kortól a vese vérátáramlása évente 1,5%-al, csökken. A vesefunkciók csökkenése folytán a vesén át kiválasztódó vegyületek kiürülése elhúzódó. Ezáltal megemelkedik koncentrációjuk a vérben, a gyógyszerek közül pl. a digoxin, a gentamicin, a cephalosporinoké.

A vizelet elvezető rendszer életkorral járó változásairól nincsenek nagyon bőséges adataink, mindenesetre a hólyag kapacitása, kontraktilitása és a vizelettartás képes-mindkét nembn csökkenni látszik. Azon felül nőkben csökken az urethra hossza és záró képessége is. Férfiakban a prostata megnagyobbodás közismert.

5. feladat

A tartós incontinentia oka rendszerint a vizeletelvezető traktuson belül van. 4 fő típusa:

stressz: rendszerint kis mennyiség ürül a hasprés hirtelen megnövekedésekor (köhögés, tüsszentés). Oka a medencealap izomzatának lazasága-gyengesége, vagypedig a belső sphincter elégtelensége előzetes műtét vagy trauma következtében.

kényszer: A hólyag teltségének érzete esetén képtelen tartani a vizeletét helyi vagy neurológiai okok folytán.

túlfolyási: kiürülési akadály esetén a „csordultig” telt hólyagból szivárog, csöpög a vizelet.

A neurológiai eredetű zavarok (neurogén hólyag) különböző típusai (autonóm-, atóniás-, reflex-, nem gátolt-,) megállapításához speciális urológiai vizsgálat (cystometria) szükséges.

MUNKANYAG

IRODALOMJEGYZÉK

FELHASZNÁLT IRODALOM

Matos Lajos (1997): Időskorú betegek kezelése

Dr Szabó Rezső (1990): Geriátria, idősgyógyászat

Dr Szabó Rezső (2000): Geriátria, idősgyógyászat

Imre Sándor (2007): A klinikai gerontológia alapjai

Elizabeth D. Metzgar, Patricia M. Polfus (1999): Az egészségi állapot felmérése

Mary Ann Christ, Faith J. Hohloch: Az idős betegek ápolása

<http://www.szocialis-gondozo.lapunk.hu>

<http://www.magyarország.hu>

A(z) 1865–06 modul 018–as szakmai tankönyvi tartalomeleme felhasználható az alábbi szakképesítésekhez:

A szakképesítés OKJ azonosító száma:	A szakképesítés megnevezése
33 762 01 0000 00 00	Szociális gondozó
33 762 01 0010 33 01	Fogyatékosok gondozója
33 762 01 0010 33 02	Szociális gondozó és ápoló

A szakmai tankönyvi tartalomelem feldolgozásához ajánlott óraszám:

11 óra

MUNKANYELVI ANYAG

MUNKANYAG

A kiadvány az Új Magyarország Fejlesztési Terv
TÁMOP 2.2.1 08/1-2008-0002 „A képzés minőségének és tartalmának
fejlesztése” keretében készült.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap
társfinanszírozásával valósul meg.

Kiadja a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet
1085 Budapest, Baross u. 52.

Telefon: (1) 210-1065, Fax: (1) 210-1063

Felelős kiadó:
Nagy László főigazgató