

lek. med. Jacek Stankowski

Akademia Medyczna we Wrocławiu

Oddział Neurochirurgiczny Klinikum Bayreuth, Niemcy

Jacek_Stankowski@poczta.fm



Jacek Stankowski jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, a także doktorantem w Zakładzie i Katedrze Anatomii Prawidłowej. Jednocześnie zatrudniony jest na Oddziale Neurochirurgicznym Klinikum Bayreuth w Niemczech. Przed wkroczeniem na ścieżkę medycyny ukończył XIII LO we Wrocławiu – klasę dwujęzyczną z językiem niemieckim, a także... Szkołę Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w klasie fortepianu i saksofonu.

W czasie wolnym uprawia żeglarstwo i Taekwon-do.

Dolegliwości wieku dojrzałego

Streszczenie: Prezentowany artykuł stanowi krótki, przeznaczony dla nielekarzy, przegląd dolegliwości właściwych dla wieku senioralnego. Spośród całego spektrum autor starał się wybrać i uprzystępnąć tylko te, które stanowią najczęściej diagnozowane problemy zdrowotne osób starszych. Jednocześnie czyniąc ten tekst przystępnym dla przeciętnego czytelnika, odchodząc od żargonu medycznego, autor starał się w miarę możliwości podać proste, będące w zasięgu każdego człowieka, sposoby uniknięcia stanów chorobowych, zmniejszenia ryzyka ich wystąpienia bądź sposobów ich łagodzenia.

Słowa kluczowe: choroby, wiek dojrzały, seniorzy, zapobieganie.

Często mówi się, iż „choroby książek nie czytają”. Jest to jedynie część prawdy i znaczne uproszczenie – organizm ludzki jest wbrew pozorom wybitnie niedoskonałą, awaryjną maszyną bez karty gwarancyjnej ani instrukcji obsługi. Co za tym idzie – ta sama choroba może zupełnie inaczej wyglądać u różnych osób mimo jednego „schematu” podręcznikowego. Faktem jest, iż wszystkie jednostki chorobowe

cechują się specyfiką zależną od okresu życia, w którym się pojawiają. I tak, zawał serca jest zwykle śmiertelny dla 30-latka, ale już u 60-letniego cukrzyka może przebiec bezboleśnie – do tego stopnia, iż chory nawet nie zauważy żadnych objawów i nadal będzie żył przekonany o własnym zdrowiu. Innym przykładem są pourazowe krwiaki wewnątrzczaszkowe. U wcześniej wspomnianego 30-latka przebieg jest często dramatyczny, obraz kliniczny jasny, źle rokujący, wymagający wdrożenia natychmiastowego leczenia, gdzie każda minuta jest na wagę złota, a sprawność i szybkość neurochirurga podczas zabiegu operacyjnego wprost nieoceniona i kluczowa dla przeżycia pacjenta. Tymczasem, ów 60-letni chory zgłasza się do poradni neurologicznej z powodu utrzymujących się od miesiąca zawrotów oraz bólów głowy, które owszem – są nieprzyjemne, ale właściwie nie przeszkadzają mu w wykonywaniu codziennych czynności. Diagnoza zostanie postawiona dopiero tydzień później, po wykonaniu badania tomografii komputerowej bądź rezonansu magnetycznego głowy, a chory może zostać zoperowany w trybie pilnym¹⁾ – bez ryzyka uszczerbku na zdrowiu. Jednocześnie istnieją jednostki chorobowe specyficzne dla określonego wieku: stwardnienie rozsiane, rozpoczynające się między 20. a 30. rokiem życia, czy stwardnienie zanikowe boczne ujawniające się dopiero po 40. roku życia. Celem tego opracowania jest przybliżenie problematyki zdrowotnej dotyczącej osób starszych (za granicą przyjęto 60 rok życia²⁾) w podstawowym zakresie. Nie jest zamiarem autora tworzenie kolejnego podręcznika akademickiego, zawierającego typowo lekarską wiedzę specjalistyczną, a jedynie dokonanie pewnego przeglądu najczęstszych problemów zdrowotnych występujących w polskiej populacji seniorów.

Choroby sercowo-naczyniowe

Najbardziej powszechną chorobą naczyń zarówno serca, jak i obwodowych jest miażdżycyca – od dawna uznawana za chorobę cywilizacyjną. W społeczeństwie pokutuje przekonanie, iż jest ona związana jedynie z niezdrowym trybem życia. Jakkolwiek ma on zdecydowany wpływ na jej nasilenie, należy równocześnie pamiętać, iż miażdżycyca naczyń jest procesem, który postępuje praktycznie od urodzenia. Zmiana trybu życia w wieku 40 lat nie „naprawi” organizmu – jedynie może doprowadzić do sytuacji, gdy w wieku 60 lat ryzyko m.in. zawału serca, udaru mózgu czy

¹⁾ Wiele osób nie odróżnia trybu ostrego od pilnego oraz planowego. Tryb planowy to sytuacja, gdy choremu nie zagraża niebezpieczeństwo – przykładowo: żyłaki kończyn dolnych. Stąd termin przyjęcia do szpitala nawet rok po zapisaniu chorego nie stanowi problemu medycznego. Tryb pilny to sytuacja, gdy odroczenie leczenia może w znaczący sposób pogorszyć zdrowie chorego, ale nie jest wymagane natychmiastowe leczenie. Zwykle jest to kwestia kilku – kilkunastu dni. Tryb ostry natomiast stanowi sytuację, gdy odroczenie leczenia grozi poważnym narażeniem zdrowia oraz życia. Zwykle jest to związane z przypadkami urazowymi bądź skrajnymi sytuacjami internistyczno-onkologicznymi.

²⁾ Według definicji WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) starość dzieli się na 3 etapy: 60–75 r.ż. – wiek podeszły, 75–90 r.ż. – wiek starczy, powyżej 90 r.ż. – długowieczność.

zespołu Lerische'a³⁾ będzie na poziomie ryzyka określanego dla tego wieku jako populacyjne. W Polsce panuje powszechne przekonanie, iż zbytkiem jest chociażby godzina pływania na basenie tygodniowo, a „najzdrowsza” dieta to tradycyjny bigos oraz schabowy z kartoflami. Szczególnie to drugie jest szkodliwe – Polacy generalnie jedzą dużo, tłusto, w dodatku z małą ilością warzyw, często w pośpiechu. Natomiast jedno i drugie prowadzi do dramatycznych konsekwencji – konieczności pomostowania aortalno-wieńcowego⁴⁾ czy amputacji obu kończyn dolnych z powodu ciężkiej miażdżycy u ludzi uznawanych z medycznego punktu widzenia za co najwyżej dojrzałych. Oczywiście duże znaczenie mają czynniki genetyczne, natomiast na nie przy aktualnym stanie wiedzy medycznej wpływu nie mamy. Możemy za to wzorem krajów lepiej rozwiniętych wprowadzić zasady codziennego, co najmniej godzinnego uprawiania sportu, czy zdrowej diety – z większą ilością warzyw, mniejszą ilością tłuszczu. Przy ustalaniu diety należy unikać wszelkich medialnie chwalonych zachowań. Przykładowo dieta oparta na jedzeniu samego mięsa, może doprowadzić do obniżenia masy ciała, ale jednocześnie doprowadzi do kwasicy i w efekcie może w bardzo krótkim czasie zakończyć się zawałem serca, bądź udarem mózgu. Jeżeli chcemy zmienić dietę, należy zaufać dietetykowi jako osobie wykształconej w tej materii. Ważna jest również pewna „higiena spożywania posiłków” – tzn. unikanie jedzenia w pośpiechu, na stojąco czy w środku nocy.

Objawy chorób sercowo-naczyniowych mogą być różnorodne. Najczęstszym, najbardziej znanym z nich jest ból w klatce piersiowej. Nie musi on jednakże od razu oznaczać zawału serca – równie dobrze może to być efekt żywej gry układu nerwowego autonomicznego⁵⁾ czy neuralgia nerwu międzyżebrowego⁶⁾. Niemniej ostry ból w klatce piersiowej, zwłaszcza promieniujący do żuchwy bądź lewej ręki, jest obrazem, który wymaga pilnej diagnostyki kardiologicznej, celem wykluczenia stanu zagrażającego życiu.

Podobnie wygląda kwestia bólu kończyn dolnych. Autorowi niejednokrotnie zdarzało się obserwować pacjentów konsultowanych w poradni chirurgii naczyniowej pod kątem miażdżycy kończyn, u których w ostatecznym rozrachunku neurolog, po wykonaniu dodatkowej diagnostyki, był zmuszony postawić rozpoznanie

³⁾ Zespół Lerische'a jest schorzeniem polegającym na zamknięciu przez miażdżycę głównego naczynia tętniczego jamy brzusznej oraz tętnic biodrowych, powodującym bóle nóg przy chodzeniu, zle ukrwienie narządów jamy brzusznej, zaburzenia czynności seksualnych. Niestety, często nie wystarczy zabieg operacyjny polegający na udrożnieniu naczynia, bądź wszczępieniu protezy naczyniowej, lecz w końcowym rezultacie zatrwającą często prowadzi do amputacji kończyn dolnych. To ostatnie zbyt często jest jedyną możliwością uratowania życia.

⁴⁾ CABG-cardio-aortic by-pass graft, znane powszechnie jako „by-passy”.

⁵⁾ Układ nerwowy autonomiczny – część układu nerwowego „zarządzająca” funkcjonowaniem narządów wewnętrznych.

⁶⁾ Neuralgia nerwu międzyżebrowego – bolesność w przebiegu nerwu poniżej danego żebra. Może wynikać z urazu związanego z uszkodzeniem tegoż nerwu czy działania czynników zapalnych, jak chociażby przebyte zakażenie wirusem Varicella Zoster Virus – odpowiedzialnym za ospę wietrzną oraz półpaśca.

choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa bądź przepukliny jądra miazdzystego na danym poziomie kręgosłupa⁷⁾.

Choroby metaboliczne oraz układu wydzielniczego

Najczęstszą chorobą metaboliczną nadal pozostaje cukrzyca. Istnieje wiele mechanizmów jej powstawania, których opis znacznie przekroczyłby objętość tego opracowania. Choroba często jest wykrywana przypadkowo, podczas badań kontrolnych, bądź w związku z jej ciężkimi powikłaniami, jak stopa cukrzycowa, choroba nerek czy wreszcie śpiączka cukrzycowa⁸⁾. Podstawą leczenia jest samokontrola chorego – regularne sprawdzanie glikemii⁹⁾, przyjmowanie leków oraz pilnowanie odpowiedniej diety. Leczenie dietą jest zresztą podstawą terapii również wielu innych chorób, jak dna moczanowa, zapalenia trzustki czy występujące w młodszym wieku choroby spichrzeniowe¹⁰⁾. Należy pamiętać, iż tak jak to ma miejsce w miazdzicy – ani farmakoterapia, ani odpowiednia dieta nigdy nie doprowadzi do ich wyleczenia – pozwoli natomiast dłużej zachować zdrowie i możliwość aktywności życiowej.

Poważnym, obszernym problemem są choroby tarczycy. Istnieje zarówno wole nadczynne, jak i niedoczynne (powiększenie tarczycy związane ze zwiększonym, bądź zmniejszonym wydzielaniem przez nią hormonów), jedno może przechodzić w drugie, w dodatku bardzo podobnie może przebiegać stan zapalny, jak i nowotwór tego narządu. Często diagnostyka jest utrudniona, a inne choroby maskują podstawowy problem. O ile nie mamy do czynienia z chorobą nowotworową, leczenie operacyjne jest zbędne – chyba że jest elementem leczenia np. dużego wola zamostkowego, powodującego bezdech senny czy utrudniającego oddychanie. Należy również unikać tłumaczenia nadmiernej wagi ciała chorobą tarczycy – często jedno nie ma większego związku z drugim i stanowi jedynie wymówkę przed zmianą złych nawyków żywieniowych.

Choroby układu oddechowego

Najbardziej znaną chorobą płuc jest nowotwór tego narządu. Na jego temat krąży wiele mitów. Należy pamiętać, iż w chwili obecnej nowotwory stanowią raczej grupę schorzeń przewlekłych, które dzięki nowym opcjom terapeutycznym

⁷⁾ Dolegliwość jest powszechnie znana jako wypadnięty dysk, objawia się najczęściej jako ciężka, oporna na leczenie rwa kulszowa.

⁸⁾ Stopa cukrzycowa, nefropatia cukrzycowa, retinopatia cukrzycowa, śpiączka cukrzycowa – zgodnie z nazwą, powikłania cukrzycy wynikające z braku jej leczenia czy specyficznej dla danego organizmu, zbyt słabej reakcji na leki.

⁹⁾ Glikemia – poziom cukru.

¹⁰⁾ Choroby spichrzeniowe – choroby wynikające z zaburzeń metabolizmu danych związków, zwykle wrodzone, objawiające się klinicznie już w dzieciństwie.

umożliwiają długie przeżycie we względnie dobrym stanie ogólnym. Istnieją za to choroby układu oddechowego dające znacznie poważniejsze, a przede wszystkim zdecydowanie szybsze konsekwencje. Najpoważniejsze wydaje się POChP¹¹⁾, choroba dotycząca głównie osób palących nałogowo papierosy. Jako efekt przewlekłego zapalenia oskrzeli oraz rozedmy płuc prowadzi do konieczności stałej tlenoterapii, częstych pobytów szpitalnych, w rezultacie – często ostatnim etapem jest wspomaganie oddechu poprzez respirator – nawet tuż po 40 roku życia. Stąd w profilaktyce praktycznie wszystkich chorób płuc najważniejszą jest kwestia zerwania z nałogiem nikotynowym, gdyż oprócz powszechnie znanych mechanizmów odpowiedzialnych za nowotwory płuc, jest on również bezpośrednio związany z nasileniem reakcji zapalnej w przypadku POChP, astmy czy chorób infekcyjnych układu oddechowego. Ważne jest, by dbać o ogólną wydolność układu oddechowego – głównie poprzez sport. Pozwala to zmniejszyć ryzyko oraz nasilenie objawów wszystkich powyżej wymienionych chorób.

Choroby narządów jamy brzusznej

Jest to szeroka grupa schorzeń, a jednym z najczęstszych jest choroba wrzodowa żołądka oraz dwunastnicy. Objawia się między innymi sezonowością (nasilenie dolegliwości wiosną oraz na jesień), silnymi dolegliwościami bólowymi, głównie w nadbrzuszu. W przeszłości często stosowane, jako forma leczenia, były zabiegi operacyjne – przecięcie gałęzi nerwu błędnego odpowiadających za wydzielanie soku żołądkowego czy usunięcie części żołądka wraz z plastyką pozostałego fragmentu. Obecnie leczenie sprowadza się do poprawy nawyków żywieniowych, endoskopii diagnostyczno-leczniczej oraz farmakoterapii – co daje znacznie lepsze rezultaty, głównie dzięki postępowi technik endoskopowych. Leczenie operacyjne jest zasadniczo zarezerwowane jedynie dla powikłań choroby wrzodowej, tj. perforacji wrzodu¹²⁾ czy resekcji¹³⁾ zmian podejrzanych o nowotworowe.

Schorzeniem powszechnie leczonym operacyjnie jest kamica pęcherzyka żółciowego, czyli powszechne „wycinanie woreczka”. Z jednej strony, jest to przypadłość, którą można skutecznie kontrolować odpowiednimi zachowaniami dietetycznymi, z drugiej strony – należy pamiętać, iż przewlekły stan zapalny pęcherzyka żółciowego może prowadzić do powstania procesu nowotworowego. Dlatego w związku z wynikami obecnie publikowanych badań dąży się do usuwania pęcherzyka żółciowego w każdym wypadku stwierdzenia choroby zarówno, jeżeli mamy przypadek objawowego zapalenia, ale bez kamicy, jak również kamice, nawet niewielką, lecz bezobjawową. Zabieg jest najczęściej przeprowadzany poprzez laparo-

¹¹⁾ Przewlekłe obustronne zapalenie oskrzeli.

¹²⁾ Perforacja wrzodu żołądka lub dwunastnicy – pęknięcie zmienionej miejscowo ściany żołądka lub dwunastnicy z przeniknięciem treści żołądkowej do jamy brzusznej z następczym groźnym dla życia stanem zapalnym.

¹³⁾ Resekcja – wycięcie fragmentu narządu.

skopię¹⁴⁾ – małoinwazyjnie, z wykonaniem trzech małych nacięć. Zabieg nie jest obarczony większym ryzykiem operacyjnym od zabiegu klasycznego, z otwarciem powłok jamy brzusznej.

Zdecydowanie najczęstszą chorobą chirurgiczną jamy brzusznej jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Jednocześnie jest to chyba najtrudniejsze do diagnostyki schorzenie układu pokarmowego – nie bez powodu mówi się, iż „na wyrostku robaczkowym jeszcze nikt kariery nie zrobił, ale bardzo wielu zakończyło”. Książkowy opis tyczy zmian w badaniach laboratoryjnych, bólu w nadbrzuszu przenoszącego się po kilku godzinach do prawego podbrzusza, nudności – zwykle bez wymiotów, stanu podgorączkowego, podwyższonego tętna. Mimo dość obszernego opisu w literaturze, autor musi przyznać, iż w swoim życiu spotkał tylko jeden przypadek spełniający większość powyższych kryteriów. W związku z tym wizyta w chirurgicznej izbie przyjęć, mimo podejrzenia tego schorzenia, często kończy się przyjęciem na oddział chirurgiczny w celu obserwacji bądź laparotomią diagnostyczną¹⁵⁾. Diagnostyka jest o tyle skomplikowana, iż wiele chorób może imitować zapalenie wyrostka robaczkowego: od zapalenia płuc, przez stan zapalny żeńskich narządów płciowych, czy niedokrwienie jelit z powodu zatoru tętnicy krezkowej¹⁶⁾ po tak rzadkie choroby jak porfiria¹⁷⁾. Choroba jest niebezpieczna ze względu na jej powikłania – tj. rozlane zapalenie otrzewnej, którego przebieg nadal często kończy się zgonem. Mimo, iż nadal pokutuje stereotyp, jakoby usunięcie wyrostka robaczkowego było prostym zabiegiem niemalże studenckim – a nie operacją, ryzyko operacyjne jest na takim samym poziomie, jak inne zabiegi związane z otwarciem powłok jamy brzusznej oraz światła jelita.

Przy opisie schorzeń jamy brzusznej nie można nie wspomnieć o chorobach naczyniowych. Najważniejsze z nich to niedokrwienie jelit prowadzące do ich obumarcia, niedrożności jelit jak i zapalenia otrzewnej oraz tętniak aorty – głównego naczynia w ciele człowieka. Tętniaki aorty brzusznej zaopatrywane są w trybie pilnym, gdyż ewentualne pęknięcie tętniaka – o ile nie zaopatrzone w ciągu kilku godzin – prowadzi do zgonu chorego w mechanizmie utraty dużej ilości krwi. Później objawy są niespecyficzne i mogą się ograniczyć do rozlanych, niespecyficznych bólów brzucha. Diagnostyka jest możliwa jedynie dzięki badaniom obrazowym-USG oraz tomografii komputerowej. Leczenie operacyjne jest obciążone du-

¹⁴⁾ Laparoscopia – zabieg polegający na wprowadzeniu do jamy brzusznej dwóch narzędzi oraz kamery, poprzez trzy małe narzędzia. W ten sposób można obecnie wykonać wiele zabiegów chirurgicznych związanych wcześniej z dużą blizną pooperacyjną oraz innymi, zdecydowanie istotniejszymi powikłaniami.

¹⁵⁾ Otwarcie powłok jamy brzusznej w celu dokładnej diagnostyki. Niestety, w wybranych przypadkach nadal jest to jedyna skuteczna metoda diagnostyczna.

¹⁶⁾ Naczynie krwionośne odpowiedzialne za prawidłowe ukrwienie większej części jelit.

¹⁷⁾ Porfirie – grupa chorób związanych z zaburzeniem metabolizmu cząsteczki hemu, składowej hemoglobiny. Porfirie mogą być zarówno wrodzone, jak i nabyte.

zym ryzykiem¹⁸⁾, niemniej jest jedyną skuteczną metodą dającą szansę przeżycia chorego.

Inną poważną grupą schorzeń są zapalenia trzustki – ostre oraz przewlekłe. Z punktu widzenia powyższego opracowania ważne jest jedynie przypomnienie, iż choroba w dużym stopniu jest śmiertelna i nawet po jednokrotnym przebytych epizodzie należy ściśle trzymać się diety oraz unikać alkoholu.

Choroby układu moczowego

Zdecydowanie najczęstszą chorobą układu moczowego jest jego kamica – schorzenie uwarunkowane przede wszystkim predyspozycjami genetycznymi – której napady często połączone są z ostrymi dolegliwościami bólowymi. Nieleczona może doprowadzić do zastoju moczu oraz ostatecznie zniszczenia nerki. Obecnie leczenie operacyjne stanowi rzadkość – dzięki rozwojowi technik nieinwazyjnych, możliwe jest praktycznie bezbolesne zniszczenie kamieni moczowych. Należy jednakże pamiętać, iż schorzenie może nawrócić mimo prawidłowego leczenia.

Do ciężkich konsekwencji prowadzą choroby zapalne nerek, nawet mimo prawidłowego leczenia. Nefropatie pozapalne¹⁹⁾ (i nie tylko) stanowią dużą grupę schorzeń, niestety często prowadzącą do zniszczenia narządu, w efekcie jego niewydolności. Jedyną opcją terapeutyczną w takich przypadkach pozostają dializy bądź przeszczep nerki. W porównaniu z krajami zachodnimi, w Polsce przeszczepy nadal należą do rzadkości – mimo szeroko zakrojonych akcji informacyjnych. Technicznie istnieje nawet możliwość przeszczepów rodzinnych – najbezpieczniejszych dla pacjenta, a po spełnieniu odpowiednich kryteriów – praktycznie nieszkodliwa dla dawcy, gdyż do prawidłowego funkcjonowania organizm potrzebuje jedynie 25% aktywnego miąższu zdrowej nerki.

Inną grupę schorzeń stanowią choroby nowotworowe układu moczowego. Jak w wielu przypadkach, również tutaj nie bez znaczenia jest rola stylu życia czy czynników środowiskowych. Istnieje pogląd, iż palenie papierosów powoduje jedynie raka płuc – pomijając nowotory jamy ustnej oraz krtani, najczęściej występujący nowotwór u palaczy papierosów to rak pęcherza moczowego.

Najbardziej „medialną” chorobą nowotworową układu moczowego nadal pozostaje rak prostaty. Trzeba jednak pamiętać, iż do przerostu gruczołu krokowego dochodzi praktycznie u wszystkich mężczyzn po 50 roku życia. Automatycznie dochodzi do podniesienia poziomu markerów (związków chemicznych oznaczanych z krwi chorego) uznawanych za typowe dla tego nowotworu – dlatego mężczyzna w tym wieku, bez względu na obecność problemów z oddawaniem moczu czy zaburzeń funkcji seksualnych, powinien poddawać się badaniu urologicznemu – tak, aby wykluczyć ewentualne zmiany złośliwe.

¹⁸⁾ W przypadku pękniętych tętniaków aorty brzusznej sięgające wg niektórych autorów nawet 50% przypadków.

¹⁹⁾ Nefropatia – choroba nerki jako całego narządu.

Choroby centralnego układu nerwowego

Jest to kolejna szeroka grupa chorób, obejmująca zarówno zaburzenia czynnościowe, zwyrodnieniowe, choroby naczyniowe, jak i nowotworowe. Największy postrach sięgają z oczywistych powodów nowotwory centralnego układu nerwowego. Niemniej należą one do rzadkości, a najczęstsze z nich – opisane już przez Harvey Cushing’a w roku 1936 – oponiaki są guzami łagodnymi, zwykle niedającymi nawrotów. Warunkiem *sine qua non* jest oczywiście możliwość całkowitej resekcji guza. Z perspektywy tego opracowania oponiaki są o tyle ciekawe, iż występują zwykle w wieku powyżej 50 roku życia. Często rosną nawet przez 20 lat, dają objawy dopiero po osiągnięciu dużej masy – a co za tym idzie bywa, iż diagnozowane są zupełnie przypadkowo, chociażby przy okazji wykonywania badania tomografii komputerowej z powodu urazu czaszkowo-mózgowego. Niestety, inne typy nowotworów centralnego układu nerwowego powodują znacznie poważniejsze konsekwencje, a ich leczenie przynosi zdecydowanie słabsze rezultaty. Przykładowo w przypadku glejaka wielopostaciowego nadal średnie przeżycie wynosi tylko 52 tygodnie.

Ważną grupą są choroby naczyniowe centralnego układu nerwowego. Zaliczamy tutaj przede wszystkim tętniaki oraz malformacje tętniczo-żylnie²⁰⁾ – ale również udary. O ile pierwsze dwa można wykryć przed ich pełnym objawieniem się, o tyle przy udarach jesteśmy praktycznie bezsilni. Przy aktualnym stanie wiedzy medycznej, mimo znacznego ogólnego postępu medycyny nie jesteśmy w stanie przewidzieć udaru ani prowadzić skutecznej profilaktyki – poza ogólnie przyjętymi zasadami higieny zdrowotnej. Równie loteryjny jest niestety również ich przebieg oraz wynik leczenia – u jednego chorego jedynym objawem przebytego udaru będzie dyskretna asymetria mięśni mimicznych, u innego – nawet jeżeli udar pochodził z zamknięcia tej samej tętnicy – skończy się ciężkim kalectwem.

Tętniaki oraz malformacje tętniczo-żylnie mają zróżnicowany przebieg – często dość łaskawy, a pierwszym objawem jest tylko najsilniejszy w życiu ból głowy oraz sztywność karku. W takich przypadkach rokowania są dobre, po zaopatrzeniu tętniaka (najczęściej wewnątrznaczyniowym²¹⁾) chory wraca do pełni zdrowia. Niestety, głównie w zależności od lokalizacji – krwawienie podpajęczne z powodu pękniętego tętniaka może równie dobrze zakończyć się zgonem lub ciężkim kalectwem mimo leczenia oraz późniejszej rehabilitacji.

Istotną grupą schorzeń są choroby degeneracyjne centralnego układu nerwowego prowadzące do postępującego otępienia – choroba Alzheimera oraz choroba Parkinsona. O ile leczenie tej pierwszej sprowadza się aktualnie głównie do testo-

²⁰⁾ Zaburzenia połączeń naczyń tętniczych z żylnymi dające ryzyko krwawień śródczaszkowych, często zagrożenia życia z tego powodu.

²¹⁾ Leczenie wewnątrznaczyniowe – zabiegi polegające na przezskórnym nakłuciu naczynia, następnie wprowadzenia do niego cewnika zawierającego odpowiedni sprzęt do zaopatrzenia zmiany. Zabiegi nie są ograniczone do naczyń mózgowych – w podobny sposób jest wykonywana koronarnaoplastyka, czyli „poszerzanie” naczyń odpowiedzialnych za odżywienie mięśnia sercowego.

wania kolejnych grup leków, o tyle przebieg choroby Parkinsona można kontrolować już od prawie 60 lat. W latach 50. XX wieku rozpoczęto leczenie operacyjne choroby Parkinsona, polegające na wszczepianiu do okolicy odpowiednich rejonów mózgu specjalnych elektrod. Mimo zachęcających wyników odstąpiono na prawie 20 lat od badań ze względu na pojawienie się jako opcji terapeutycznej leku – lewodopy. W gruncie rzeczy, jest ona stosowana w leczeniu do tej pory, niemniej ze względu na niespełnienie w pełni pokładanych w niej nadziei powrócono do leczenia operacyjnego. Obecnie najbardziej skuteczną terapią wydaje się leczenie skojarzone – to znaczy zabieg operacyjny oraz jednoczesna suplementacja dopaminy. Pozwala to na utrzymanie przez dłuższy czas efektu terapeutycznego działania lewodopy, z równoczesną możliwością stosowania mniejszych dawek – a co za tym idzie uniknięcia działań niepożądanych.

Częstym problemem, zwłaszcza u ludzi otyłych, rzadko uprawiających sport, jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa. Najczęściej przebiega ona pod postacią przepuklin jąder miażdżystych dysków międzykręgowych. Zależnie od poziomu kręgosłupa mogą się one objawiać: w odcinku szyjnym bólami oraz zawrotami głowy, drętwieniem, bólami kończyn górnych czy wypadaniem przedmiotów z rąk. W odcinku lędźwiowym kręgosłupa najczęstszym objawem jest ból promieniujący po tylnej powierzchni uda, często aż do stopy. W skrajnych przypadkach – opadanie stopy, obniżenie siły mięśniowej. Leczenie zależy od stopnia dolegliwości oraz efektu wcześniejszej terapii – zabiegi operacyjne uznaje się za ostateczność, jeżeli rehabilitacja oraz leki przeciwzapalne nie przynoszą oczekiwanego rezultatu, a dolegliwości bólowe uniemożliwiają choremu normalne funkcjonowanie.

Zaburzenia psychiczne

W Polsce krąży fałszywy mit, iż wizyta u psychiatry jest ujmą na honorze, wręcz jest szkodliwa. Należy pamiętać, iż zadaniem psychiatry jest pomóc. Zwłaszcza że wiele stanów, po wykluczeniu choroby organicznej okazuje się maską depresji – tak jak przewlekłe zmęczenie, różnego rodzaju bóle czy dolegliwości często nawet na pierwszy rzut oka sprawiające wrażenie objawów choroby organicznej.

Nadal dużym problemem jest leczenie uzależnień. Psychiatryczna definicja uzależnienia jest zupełnie odrębna od tej powszechnie przyjętej w społeczeństwie. W skrócie, nie jest ona związana z ilością czy częstością przyjmowania danej substancji psychoaktywnej – a głównie z jej destrukcyjnym wpływem na życie zawodowe, prywatne oraz rodzinne danej osoby. Mimo istnienia wielu schematów, brak jest dokładnych wytycznych – każdy przypadek musi być odrębnie oceniony przez psychiatrę.

Podsumowanie

Podsumowując, czytelnicy powinni się skupić przede wszystkim na tych czynnikach zdrowotnych, na które mają bezpośredni wpływ. Innymi słowy nie da się przewidzieć, kto ma w głowie tętniaka grożącego pęknięciem, ale zdecydowanie

łatwiej stwierdzić, iż osoba z nadwagą szybciej dostanie zawału serca niż osoba uprawiająca codziennie sport, trzymająca odpowiednią dietę i stosująca się do zaleceń lekarza. Należy również pamiętać, iż sport to nie tylko podnoszenie ciężarów czy wschodnie sztuki walki – ale również godzina biegania dziennie, pływanie czy w starszym wieku nawet spacer po parku. A podstawą sukcesu jest jak zawsze przede wszystkim praca nad samym sobą wyrażona choćby przez elementy wyżej przeze mnie wspomniane.

Bibliografia:

- Beers M.H. (oprac.), *The Merck Manual. Podręcznik diagnostyki i terapii*, Wrocław 2008.
- Bell R., Dayton M., *Essentials of General Surgery*, Baltimore 2005.
- Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłowicz P., *Psychiatria – repetytorium*, Warszawa 2003.
- Boffetta P., *Tobacco smoking and risk of bladder cancer*, „Scand J UrolNephrolSuppl” 2008, 42.
- Fauci A., Braunwald E., Kasper D., Hauser S., Longo D., Jameson J., Loscalzo J., *Harrison’s Principles of Internal Medicine*, Columbus 2008.
- Hemelt M., Zeegers M.P., *The effect of smoking on the male excess of bladder cancer: a meta-analysis and geographical analyses*, „Int J Cancer” 2000, 124 (2).
- Libby P., Bonow R., Mann D., Zipes D., *Braunwald’s Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine*, Philadelphia 2007.
- Rowland L., *Neurologia Merritt’a*, t. 1–3, Wrocław 2008.
- Szczeklik A., *Choroby wewnętrzne – stan wiedzy na rok 2010*, Kraków 2010.
- Szmidt J., Gruca Z., Krawczyk M., Kuźdzał J., Lampe P., *Podstawy chirurgii. Podręcznik dla specjalizujących się w chirurgii ogólnej*, t. 1–2, Kraków 2003.
- Warlow Ch., Gijn J., Dennis M., Wardlaw J., Bamford J., Hankey G., Sandercock P., Rinkel G., Langhorne P., Sudlow C., Rothwell P., *Stroke. Practical Management*, „Wiley-Blackwell”, 2008(8).
- Zeegers M.P., Tan F.E., Dorant E., Van Den Brandt P.A., *The impact of characteristics of cigarette smoking on urinary tract cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies*, „Cancer” 2000, 89 (3).
- Zeegers M.P., Goldbohm R.A., Van Den Brandt P.A., *A prospective study on active and environmental tobacco smoking and bladder cancer risk*, „Cancer Causes Control” 2002, 13 (1).