



ЧАСТИНА 2

Навчальний посібник

ГЕРОНТОЛОГІЯ

в сімейній медицині

За редакцією проф. Л. С. Бабінець



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського



ГЕРОНТОЛОГІЯ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ

Навчальний посібник

За редакцією проф. Л. С. Бабінець

ЧАСТИНА 2



Львів
Видавництво «Магнолія 2006»
2023

.....	14
.....	14
.....	14
.....	31
.....	43
.....	52
.....	58
.....	67
.....	78
.....	78
.....	91
D91
...	102
...	102
...	128
...	128
...	142
...	142
...	157
...	157
...	158
...	163
...	166
...	172
...	172

УДК 616-039.75:613.98:616.1/4(075.8)

Г 37

*Рекомендовано до видання вченою радою
Тернопільського національного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
(протокол №8 від 31 серпня 2023 року)*

Рецензенти:

Радченко О. М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України.

Гребеник М. В. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії та сімейної медицини ФПДО Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Г 37 **Геронтологія в сімейній медицині** : у 2-х ч. Ч.2 : Навч. посіб. / за заг. ред. проф. Л. С. Бабінець. – Львів : Магнолія, 2023. – 478 с.

ISBN 978-617-574-274-7

Навчальний посібник містить актуальну і сучасну інформацію щодо ведення пацієнтів похилого і старечого віку із найбільш поширеними нозологіями і проблемами у первинній медичній практиці. Представлено можливості і алгоритми амбулаторної допомоги геронтологічним хворим у сімейній медицині, а також організаційні засади геріатричної служби із акцентом на амбулаторній ланці системи охорони здоров'я. Автори сподіваються, що запропонована інформація щодо пацієнтів старшого віку, а також алгоритми надання допомоги згідно із сучасними українськими та міжнародними рекомендаціями будуть цінними для практичної медицини.

Матеріали навчального посібника будуть цінними для навчання і клінічної практики широкого кола фахівців-практиків у галузі медицини – лікарів загальної практики – сімейних лікарів, терапевтів, лікарів-спеціалістів, реабілітологів, а також для науковців у цих галузях, для лікарів-інтернів і студентів старших курсів медичних ЗВО.

УДК 616-039.75:613.98:616.1/4(075.8)

*Відтворення цієї книги чи якоїсь її частини заборонено без письмової згоди видавництва.
Будь-які спроби порушення авторських прав переслідуються у судовому порядку.*

ISBN 978-617-574-274-7

© ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2023
© Видавництво «Магнолія», 2023

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 13	14
Особливості перебігу найбільш поширених захворювань в осіб літнього та старечого віку, основні принципи ведення лікарем загальної практики	14
13.1. Серцево-судинна система	14
13.2. Органи травлення	31
13.3. Органи кровотворення	43
13.4. Нирки і сечовивідні шляхи	52
13.5. Ендокринна система	58
13.6. Опорно-руховий апарат	67
РОЗДІЛ 14	78
Оздоровче харчування людей літнього і старечого віку та пацієнтів з явищами полі- та коморбідності	78
РОЗДІЛ 15	91
Клініко-етіологічні фактори перебігу хронічного панкреатиту (ХП) у пацієнтів похилого віку	91
РОЗДІЛ 16	102
Запальні захворювання кишківника у пацієнтів похилого віку	102
РОЗДІЛ 17	128
Профілактика неалкогольної жирової хвороби печінки у сімейній практиці	128
РОЗДІЛ 18	142
Лікування закрепів у пацієнтів похилого і старечого віку	142
РОЗДІЛ 19	157
Особливості гематологічних синдромів у людей похилого віку	157
19.1. Анемія у людей похилого віку	158
19.2. Онкогематологічні захворювання у людей похилого віку	163
19.3. Геморагічний синдром у людей похилого віку	166
РОЗДІЛ 20	172
Захворювання органів дихання: особливості клініки, діагностики та лікування у пацієнтів похилого віку	172

РОЗДІЛ 21	200
Особливості перебігу туберкульозу легень у пацієнтів похилого та старечого віку (за даними Тернопільської області України)	200
РОЗДІЛ 22	205
Основи геріатричної психіатрії	205
22.1. Стадії деменції	208
22.2. Деменція при хворобі Альцгеймера (6D80)	215
22.3. Деменція внаслідок цереброваскулярних захворювань (6D81).....	223
22.4. Деменція внаслідок хвороби тілець Леві (6D82)	232
22.5. Паліативна допомога в психіатрії – сучасні підходи до надання допомоги та догляду	240
Додаток 1	251
<i>Коротка шкала оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	251
Додаток 2	252
<i>Інформація для пацієнтів та осіб, які доглядають за пацієнтами з деменцією</i>	252
Додаток 3	254
РОЗДІЛ 23	255
Нейрогеріатрія. Падіння	255
РОЗДІЛ 24	268
Нейрогеріатрія. Орофарингеальна дисфагія. Немічність	268
24.1. Орофарингеальна дисфагія	269
24.2. Рекомендації	280
24.3. Немічність людей похилого віку.....	286
РОЗДІЛ 25	300
Захворювання опорно-рухового апарату в геріатрії. Диференціальний діагноз при суглобовому синдромі. Системний остеопороз як причина вікових змін опорно-рухового апарату	300
25.1. Ревматоїдний артрит.....	301
25.2. Подагра	308
25.3. Анкілозуючий спондилоартрит	312

..... 200	25.4. Деформуючий остеоартроз	316
ЕТОГО	25.5. Реактивний артрит.....	319
ЕН) 200	25.6. Псоріатичний артрит.....	322
..... 205	25.7. Системний остеопороз як причина вікових змін	
..... 205	опорно-рухового апарату	325
..... 208	РОЗДІЛ 26	332
..... 215	Тактика ведення пацієнта	
SI)..... 223	з первинним остеоартрозом як вікової патології.....	332
..... 232	РОЗДІЛ 27	358
..... 240	Динаміка енергетичного обміну у віковому аспекті.	
..... 251	Принципи нутритивної підтримки в геронтології.....	358
..... 251	27.1. Енергетична цінність раціону харчування.....	360
..... 252	27.2. Геронтологічні зміни.....	364
..... 252	27.3. Недостатність харчування	366
..... 252	27.4. Загальні принципи нутритивної підтримки для людей	
..... 252	похилого та старечого віку із недостатністю харчування	371
..... 252	РОЗДІЛ 28	378
..... 254	Паліативна і хоспісна медицина у похилому віці і не тільки –	
..... 255	це не про страшну смерть, а про гідне життя	378
..... 255	РОЗДІЛ 29	396
..... 268	Тактика ведення пацієнтів похилого віку із патологією нирок	
..... 268	у сімейній медицині.....	396
..... 269	РОЗДІЛ 30	404
..... 280	Когнітивні порушення та деменція у пацієнтів похилого віку:	
..... 286	симптоматика, алгоритми ведення	404
..... 300	РОЗДІЛ 31	421
..... 300	Ведення пацієнтів із хворобою Альцгеймера	421
..... 301	РОЗДІЛ 32	435
..... 308	Актуальність, особливості та умови створення і впровадження	
..... 312	служби паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного	
	профілю в Україні	435
	ЗАКЛЮЧНИЙ РОЗДІЛ	472
	Трохи лірики.....	472

Авторський колектив

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України:*

- **Бабінець Лілія Степанівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Венгер Олена Петрівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології;
- **Грищук Леонід Андрійович** – д-р мед. наук, професор, завідувач курсу фтизіатрії;
- **Денефіль Ольга Володимирівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри патологічної фізіології;
- **Мисула Юрій Ігорович** – д-р мед. наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології;
- **Самогальська Олена Євгенівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри клінічної фармації;
- **Сохор Наталія Романівна** – д-р мед. наук, професор кафедри терапії та сімейної медицини ФПО;
- **Шкробот Світлана Іванівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри неврології;
- **Салій Зоя Василівна** – д-р мед. наук, доцент кафедри неврології;
- **Боровик Ірина Олегівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Боцюк Наталія Євгенівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Корильчук Неоніла Іванівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Криськів Ольга Іванівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини ФПО;
- **Кулянда Олена Олегівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри патологічної фізіології;
- **Мігенько Богдан Орестович** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Рябокоть Світлана Степанівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Сас Леся Михайлівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології;

- **Галабіцька Ірина Михайлівна** – канд. мед. наук, докторант, асистент кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Кицай Катерина Юріївна** – доктор філософії, асистент кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету;
- **Коцаба Юлія Ярославівна** – канд. мед. наук, асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- **Салій Марина Ігорівна** – канд. мед. наук, асистент кафедри неврології;
- **Іваніцька Тетяна Іванівна** – асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології.

Буковинський державний медичний університет:

- **Волошин Олександр Іванович** – д-р мед. наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб;
- **Волошина Лариса Олександрівна** – д-р мед. наук, професор кафедри внутрішньої медицини.

***Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова:***

- **Лисенко Дмитро Андрійович** – канд. мед. наук, доцент кафедри внутрішньої медицини №2;
- **Бондарчук Світлана Віталіївна** – асистент кафедри внутрішньої медицини №2.

Дніпропетровський державний медичний університет:

- **Чухрієнко Неоніла Дмитрівна** – д-р мед. наук, професор кафедри сімейної медицини.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет:

- **Михайловська Наталія Сергіївна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- **Лісова Оксана Олександрівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб.

***Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького:***

- **Андріюк Лук'ян Васильович** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри реабілітації та нетрадиційної медицини.

*Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика:*

- **Дорофеев Андрій Едуардович** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапії і геріатрії;
- **Царенко Анатолій Володимирович** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини;
- **Чайковська Віра Володимирівна** – д-р мед. наук, професор кафедри паліативної та хоспісної медицини, професор кафедри геронтології Інституту геронтології НАМН України;
- **Дорофєєва Ганна Андріївна** – канд. біол. наук;
- **Гуркало Юлія Зіновіївна** – асистент кафедри терапії і геріатрії;
- **Максимова Зоя Володимирівна** – асистент кафедри паліативної та хоспісної медицини.

Одеський національний медичний університет:

- **Величко Валентина Іванівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії;
- **Лагода Дар'я Олександрівна** – доктор філософії, асистент кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії;
- **Шевченко Наталія Олександрівна** – канд. мед. наук, асистент кафедри професійної патології та фізіопульмонології.

Полтавський державний медичний університет:

- **Ждан В'ячеслав Миколайович** – д-р мед. наук, професор кафедри сімейної медицини і терапії, ректор університету;
- **Бабаніна Марина Юріївна** – канд. мед. наук, доцент, завідувач кафедри сімейної медицини і терапії;
- **Кітура Євдокія Михайлівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри сімейної медицини і терапії;
- **Кітура Оксана Євгеніївна** – канд. мед. наук, доцент кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів.

Ужгородський національний університет:

- **Дербак Марія Антонівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри факультетської терапії;
- **Сірчак Єлизавета Степанівна** – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету;

- **Заячук Ілля Петрович** – канд. мед. наук, доцент кафедри фізіології та патофізіології медичного факультету №2;
- **Когутич Іван Іванович** – канд. мед. наук, доцент кафедри госпітальної терапії медичного факультету;
- **Коваль Валентина Юріївна** – канд. мед. наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету;
- **Чендей Тарас Васильович** – канд. мед. наук, доцент кафедри госпітальної терапії медичного факультету;
- **Гоблик Калина Михайлівна** – канд. біол. наук, кафедра медико-біологічних дисциплін стоматологічного факультету;
- **Барані Василь Євгенович** – доктор філософії, асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету;
- **Безименник Діана Іванівна** – асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету;
- **Чендей Вікторія Іванівна** – асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету.

- санаторно-курортне лікування (через 6–7 місяців після клініко-лабораторної ремісії, переважно в санаторіях місцевого значення)
 - хірургічне лікування (при відсутності ефекту від консервативного).
- Після санації обов'язково проводити урологічне обстеження й, за можливості, радикальне усунення причин, що порушують правильну уродинаміку.

13.5. Ендокринна система

Вікові зміни щитоподібної залози. Інволюція щитоподібної залози

Варіанти:

I – великі фолікули, розтягнуті щільним колоїдом з високим вмістом нейтральних мукополісахаридів, резорбтивні процеси страждають більше, ніж синтетичні;

II – дрібні фолікули, вистелені сплосченими клітинами. Обсяг строми трохи збільшений;

III – в тіреїдній паренхімі виявляються кистозні зміни.

Знижується відносний обсяг епітелію. Знижується активність ферментних систем. Висота тіреїдного епітелію зменшується. Колоїдна субстанція ущільнюється.

Знижується мітотична активність епітеліальних клітин. Структурна дезорганізація мітохондрій.

Збільшується інтерфолікулярна сполучна тканина. Порушуються всі періоди секреторного циклу тіреоцитів. Знижується васкуляризація щитоподібної залози.

Гіпотиреоз

Це низка клінічних симптомів і змін в органах і тканинах, зумовлених патологічним зниженням або повною відсутністю синтезу гормонів щитоподібної залози: тироксину (T_4) та три йодтиронину (T_3).

Частота в популяції дорослих досягає 1%. З віком число хворих збільшується. У пацієнтів літнього й старечого віку частота досягає 7%. Це типове захворювання людей літнього й старечого віку. Переважно страждають жінки (5:1).

Класифікація:

- первинний (ураження самої щитоподібної залози);
- вторинний (ураження гіпофіза);

- третинний (ураження гіпоталамуса);
- периферичний (порушення чутливості тканин до тиреоїдних гормонів).

Етіологія:

- дегенеративні вікові зміни;
- оперативні втручання на щитоподібній залозі;
- аутоімунні процеси;
- йододефіцит;
- передозування тиреостатиками;
- ураження радіоактивним йодом;
- ураження гіпофізу, які призвели до зниження секреції ТТГ (TSH);
- ураження гіпоталамусу (зниження секреції релізінг-факторів);
- порушення перетворення T_4 в T_3 .

Клініка:

Особливості: прихований початок, розбіжність між клінічною картиною й лабораторними показниками. Зі збільшенням віку симптоми ГТ стають менш чіткими, повільно прогресуючими. Моносимптомний або олігосимптомний перебіг. Сам процес старіння може маскувати симптоми ГТ.

Симптоми:

- специфічний (мікседематозний) набряк (одутлість тіла та обличчя, пастозність рук і ніг, вузькі очні щілини, стовщення губ);
- мова уповільнена, утруднена артикуляція;
- захриплість і зниження тембру голосу;
- дизартрія (порушення рухливості губ і язика, набряк голосових зв'язок);
- порушення з боку ЦНС (запаморочення, мозочкова атаксія), псевдодеменція, порушення навичок самообслуговування й соціальної адаптації;
- порушення з боку периферичної НС (парестезії, оніміння пальців рук і ніг, фунікулярні розлади, тунельні нейропатії, біль, м'язева слабкість, судоми в кінцівках, зниження й випадіння сухожильних рефлексів);
- зміни шкіри та її придатків (шкіра щільна, суха, лущиться, бліда, жовтувата, холодна, не збирається в складки, волосся тьмяне, сухе, тонке, випадання волосся на голові й зовнішній частині брів), нігті поперечно посмуговані, ламкі);
- порушення функцій ССС: біль в ділянці серця, прогресує коронарний атеросклероз (почастішання нападів стенокардії та ІМ), синусова брадикардія, АТ знижений, в основному систолічний);
- порушення функцій ШКТ: секреторної та моторної (знижується апетит, метеоризм, закріп, переймоподібний біль у животі, виникає ЖКХ);

- порушення з боку нирок: олігурія, висока питома вага сечі, протеїнурія;
- схильність до вогнищевих пневмоній із затяжним перебігом;
- анемічний синдром.

Ускладнення: гіпотиреоїдна кома.

Максимальна частота її припадає на сьоме десятиліття життя.

Причини:

- гіподіагностика гіпотиреоїдного синдрому (внаслідок подібності з ознаками старіння), прихований плин ГТ;
- не отримання замісної терапії.

Сприяючі фактори:

- переохолодження, інфекції;
- серцева недостатність, гіпоксія;
- супутні захворювання та хірургічні втручання;
- передозування транквілізаторів та барбітуратів у зимовий період.

Клініка коми: типовий для ГТ зовнішній вигляд хворого, брадикардія (нижче 50 ударів у 1 хв.), олігурія, гіповентиляція, гіпотензія, гіпотермія.

На ЕКГ – зниження вольтажу. Летальність 50–70%.

Діагностика:

- проведення гормональних досліджень;
- консультації терапевта, кардіолога, гастроентеролога, невропатолога, психіатра.

Лікування:

➤ **замісна терапія:**

- L-Тироксин (адекватність дози оцінюється за зникненням клінічної симптоматики, нормалізацією показників крові, рівнем тироксину й трийодтиронину);
- симптоматична терапія (цереброгенні метаболіти, антидепресанти, протисудомні та інш.);
- фізіотерапевтичні процедури (фонофорез, обколювання гідрокортизоном, компреси з димексидом, магнітотерапія);
- йодовмісна дієта.

Лікування гіпотиреоїдної коми:

- L-Тироксин;
- Гідрокортизон;

- ШВЛ;
- Тепло (поступовий підйом температури);
- 5% р-н глюкози в/в крапельно, аскорбінова к-та, вітамін В₆, вітамін В₁₂.

Гіпертиреоз

Це синдром, зумовлений підвищенням активності щитоподібної залози.

Частота у людей літнього віку 27–50% від загальної кількості. Збільшення кількості хворих пов'язане із загальним збільшенням людей літнього віку, вдосконаленням діагностики.

Етіологія:

- стрес;
- перенесена інфекція (ангіна, грип);
- клімактеричний період;
- тривале перебування на сонці;
- передозування Тироксину;
- йододефіцит.

Клініка:

► **особливості у осіб похилого віку:** класична симптоматика відсутня (зазвичай не більше 1–2 домінуючих ознак), єдиний постійний симптом – зниження маси тіла, ураження ССС: тиреокардіопатія (провідний синдром), синусова тахікардія, біль у ділянці серця, недостатність кровообігу (НК), задишка, високий САТ та низький ДАТ, ендокринні порушення: розвиток ЦД, виникнення недостатності функції наднирників.

«Сенільний гіпертиреоз» (анемоційний тиреотоксикоз: психічна загальмованість, депресія, емоційна лабільність, дратівливість).

Ускладнення:

Тиреотоксичний криз – найбільш важке ускладнення токсичного зоба, що загрожує життю хворого. Важливі компоненти кризи – гостра наднирникова недостатність, дегідратація й психічні розлади. Кульмінацією кризи є тиреотоксична кома.

Ознаки:

- підвищення температури тіла до 38°C і вище, підвищена пітливість;
- тахікардія, головний біль, безсоння, підвищення АТ;

- блювання (особливо в сполученні зі збудженням), пронос, олігурія;
- характерна поза (з «розкиданими руками й ногами»).

Лікування:

- щадний режим (психічний спокій, повноцінний сон, уникати перегрівання й інсоляції);
- дієта (висококалорійна до досягнення нормальної маси тіла при нормальному співвідношенні харчових компонентів; виключити з раціону гостре, міцний чай, каву, шоколад);
- тиреостатичні засоби (мерказоліл, тирозол, пропілтиоурацил) до клінічного покращення (досягнення еутиреоїдного стану). Підтримуюче лікування проводять протягом 1,5–2 років;
- адреноблокатори (анаприлін, обзидан, тразикор);
- лікування радіоактивним йодом;
- хірургічне лікування.

Цукровий діабет

У ХХ столітті проблема цукрового діабету (ЦД) набула масштабів глобальної епідемії.

Найбільш швидкими темпами збільшується чисельність хворих ЦД старшого вікового (65 років і більше). Поширеність ЦД типу 2 (ЦД 2) в Україні становить близько 8% у віці 60 років і досягає максимальних значень (22–24%) у віці після 80 років.

Особливості фізіологічних змін метаболізму вуглеводів при старінні.

Після 50 років за кожні наступні 10 років:

- Глікемія натще збільшується на 0,055 ммоль/л (1 мг%);
- Глікемія через 2 год. після їжі збільшується на 0,5 ммоль/л (10 мг%);
- Найбільші зміни відбуваються з глікемією після їжі.

Основні механізми розвитку ЦД:

- Розвиток інсулінорезистентності;
- Неадекватна секреція інсуліну у відповідь на харчове навантаження;
- Гіперпродукція глюкози печінкою.

Клініка:

Особливості у людей літнього віку:

➤ «німий» плин (відсутні класичні скарги), переважають неспецифічні скарги: слабкість, стомлюваність, запаморочення, порушення пам'яті та інші когнітивні дисфункції;

- частіше виявляється випадково при обстеженні із приводу іншого захворювання;
- утруднення розпізнавання гіпоглікемічних станів, що може призводити до важких гіпоглікемічних ком;
- діагноз ЦД 2 виставляється одночасно з виявленням пізніх судинних ускладнень:
 - ІХС виявляється в 30%;
 - ураження судин нижніх кінцівок – в 30%;
 - ураження судин ока (ретинопатія) – в 15%;
 - ураження НС (нейропатія) – в 15%;
 - мікроальбумінурія – в 30%;
 - протеїнурія – в 5–10%;
 - ХХН – в 1%.

Діагностика:

Діагностичні критерії ЦД:

- глюкоза плазми натще >7,0 ммоль/л (126 мг%);
- глюкоза капілярної крові натще >6,1 ммоль/л (110 мг%);
- глюкоза плазми (капілярної крові) через 2 год. після їжі (або навантаження 75 г глюкози) > 11,1 ммоль/л (200 мг%).

Діагноз ЦД виставляється при дворазовому підтвердженні зазначених значень.

При виявленні глюкози плазми натще між 6,1 і 6,9 ммоль/л діагностують гіперглікемію натще. При виявленні глікемії через 2 год. після навантаження глюкозою між 7,8 і 11,1 ммоль/л діагностують порушену толерантність до глюкози.

Особливості лабораторної діагностики у осіб похилого віку:

- відсутність гіперглікемії натще в 60% хворих;
- перевага ізольованої постпрандіальної гіперглікемії в 50–70% хворих;
- підвищення ниркового порогу екскреції глюкози з віком.

Відсутність гіперглікемії натще й переважання гіперглікемії після їжі вказує на те, що в літньому віці не можна обмежуватися епізодичними вимірами рівня глюкози плазми (або капілярної крові) тільки натще. Обов'язково необхідно доповнювати визначенням глікемії через 2 год. після їжі.

Не можна орієнтуватися й на рівень глюкозурії. Якщо в молодих людей нирковий поріг для глюкози (рівень глікемії, при якому глюкоза з'являється в сечі) становить 9 ммоль/л, то після 65–70 років він зміщується до 12–13 ммоль/л.

Лікування:

- Дієта + дозовані фізичні навантаження;
- Нормалізація ваги тіла;
- Пероральні цукрознижуючі препарати;
- Інсулінотерапія або комбінована терапія;
- Профілактика пізніх ускладнень.

Цукровий діабет – це спосіб життя. Саме такого принципу дотримуються під час призначення дієти. Категорично заборонені легкозасвоювані вуглеводи (цукри) та продукти, які їх містять. Все решта дозволено, з урахуванням добового калоражу, спрямованого на нормалізацію ваги пацієнта.

Режим фізичних навантажень підбирається індивідуально. Оптимальними є прогулянки по 30–60 хв. щодня або через день. Більш тривалі навантаження не рекомендуються внаслідок небезпеки погіршення серцево-судинних захворювань або провокації гіпоглікемії.

Пероральні цукрознижувальні препарати:

- Інгібітори альфа-глюкозидази (акарбоза) – затримують розпад складних вуглеводів до простих;
- Препарати сульфанілсечовини (глібенкламід та інші 5 поколінь препаратів) – стимулюють синтез інсуліну бета-клітинами підшлункової залози;
- Бігуаніди (метформін) – покращують взаємодію власного інсуліну з клітинами організму, пригнічують центр голоду, незначно стимулюють синтез інсуліну;
- Інгібітори ферменту ДПП-4 (онгліза) – блокує розпад глікогену та утворення надлишку глюкози в крові.

Інсулінотерапія

Призначається в якості монотерапії або в комбінації з цукрознижувальними препаратами.

Схеми інсулінотерапії:

1) одноразова ін'єкція інсуліну середньої тривалості дії перед сном – при вираженій гіперглікемії натще;

2) дворазові ін'єкції інсуліну середньої тривалості дії – перед сніданком і перед сном;

3) дворазові ін'єкції змішаних інсулінів, що містять фіксовану суміш інсуліну короткої дії й середньої тривалості дії в співвідношеннях 30:70 або 50:50;

4) режим багаторазових ін'єкцій інсуліну короткої дії перед основними прийомами їжі й інсуліну середньої тривалості дії перед сном – при вираженій

гіперглікемії натще (тільки при збереженні когнітивних функцій літнього пацієнта, після навчання основним правилам інсулінотерапії й самоконтролю рівня глікемії);

5) дворазові ін'єкції інсуліну середньої тривалості дії – перед сніданком і перед сном;

6) комбінація інсуліну з пероральними цукрознижувальними засобами.

Клімактеричний період у чоловіків

Більшість лікарів дійшли єдиної думки: чоловіки так само, як і жінки, піддані поступовому зниженню репродуктивної функції.

У процесі старіння людини відбувається запрограмоване зниження всіх функцій організму. Переважна більшість чоловіків входять у цей фізіологічний процес поступово, тому він не викликає в них негативних змін.

Парціальний андрогенний дефіцит раніше називався «**патологічним клімаксом чоловіків**».

Етіологія: вікове зниження продукції тестостерону – частковий андрогенний дефіцит.

Сприяючі фактори:

- надмірне вживання алкоголю, паління;
- адинамія;
- переїдання;
- несприятливі екологічні умови;
- велика кількість хронічних захворювань.

Може бути: раннім (до 45 років), нормальним (з 45 до 60), пізнім (після 60 років).

Патогенез:

Одним з пускових механізмів часткового андрогенного дефіциту є генетично запрограмоване зниження чутливості та активності клітин, які регулюють ендокринну систему, що відбувається на рівні гіпоталамуса та гіпофіза. З віком знижується чутливість клітин гіпоталамуса та гіпофіза, порушується баланс гормонів, внаслідок чого зменшується продукція тестостерону. З віком кількість вільного тестостерону зменшується, а кількість білка, що зв'язує тестостерон, збільшується – «частковий андрогенний дефіцит», виникає внаслідок зниження кількості активного тестостерону.

Клініка:

- зниження працездатності, припливи;
- погіршення пам'яті, сексуальні розлади;

- порушення дітородної функції;
- знижується розумова активність;
- зменшуються здатність до глибокого продуктивного мислення, страждає емоційна сфера;
- «зниження життєвого тону»;
- атеросклеротична трансформація (розвиток ІМ, стенокардія);
- остеопороз, патологічні переломи;
- почервоніння/збліднення шкірних покривів;
- підвищення пітливості;
- зменшення м'язової маси;
- відкладення жиру на вісцеральних органах і черевній стінці, чоловіче оволосіння міняється в бік жіночого;
- доброякісна гіперплазія передміхурової залози.

Діагностика:

- Збір анамнезу та скарг;
- Аналіз крові на статеві гормони та гормони-контролери.

Лікування:

- нормалізація способу життя (правильний режим фізичних навантажень, збалансоване харчування);
- психотерапевтична корекція;
- вітамінотерапія;
- гормонотерапія (стимулююча або замісна (якщо є гормональний резерв – гонадотропні препарати, якщо резерв вичерпаний – замісна терапія: тестостерон і його аналоги).

Клімактеричний період у жінок

Середній вік настання менопаузи в українських жінок 48,7 років. Протягом 8–10 років до настання менопаузи жінки перебувають у перехідному періоді – пременопаузі. Більше 40% жінок проводять третину життя в постменопаузі – в стані естрогенної недостатності.

Прояви естрогенної недостатності значно погіршують якість життя пацієнток, ускладнюючи виконання професійних обов'язків і відносини в родині.

Клініка:

Припливи жару, головний біль, коливання АТ, тахікардія, зниження лібідо, підвищена дратівливість, депресія, безсоння, остеопороз.

Лікування:

- замісна гормональна терапія;
- при остеопорозі: препарати групи біфосфонатів, золедронова кислота, ібандронова кислота, алендронова кислота, стронцію ранелат, препарати кальцію, вітамін D;
- лікування психічних порушень (психотерапія, психотропні препарати).

13.6. Опорно-руховий апарат

Вікові фізіологічні зміни опорно-рухового апарату

Зміни в опорно-руховому апараті з віком характеризуються дистрофічними та деструктивними порушеннями з переважанням остеопорозу, атрофічних та гіперпластичних процесів. Паралельно розвиваються компенсаторно-приспосувальні реакції, спрямовані на відновлення втраченої функції й структури (кістково-хрящові розростання тіл хребців і дисків, зміна їхньої форми й кривизни хребта: порушення постави й ходи, зменшення зросту, обмеження рухливості в суглобах, нейродистрофічні зміни хребта); на відміну від патологічних процесів аналогічного типу вікові зміни виражені помірно.

Остеопороз

Ще двісті років тому остеопороз не був відомий, а клінічна картина описана вперше в 1926 р. у підручнику внутрішньої медицини. Сьогодні остеопороз є не тільки причиною страждань, інвалідизації й передчасної смерті людей похилого віку, а й являє собою найважливішу соціально-економічну проблему. Такі фактори, як збільшення тривалості життя (а виходить, і числа людей похилого віку), зниження рухової активності населення, багатфакторна природа самого захворювання, запізнена діагностика й несвоєчасно почате лікування, стали причиною того, що в останні роки остеопороз набув характеру «тихої епідемії». Приблизно в кожній третій жінки старше 65 років трапляється щонайменше один перелом кістки, у тому числі перелом шийки стегна. Згідно з даними ВООЗ, остеопороз як причина інвалідизації й смертності посідає 4-е місце серед неінфекційних захворювань, поступаючись лише серцево-судинним захворюванням, онкологічній патології та ЦД.

Остеопороз – це системне захворювання кісток, що характеризується прогресуючим зниженням щільності й порушенням мікроархітектоніки кісткової тканини і призводить до патологічної ламкості кістки та підвищеного ризику виникнення переломів. Найпоширенішими переломами в людей з остеопорозом є переломи в ділянці зап'ястя, хребта, стегна.