

Zdeněk Kalvach, Zdeněk Zadák, Roman Jirák, Helena Zavázalová,
Iva Holmerová, Pavel Weber a kolektiv

Geriatrické syndromy a geriatrický pacient



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

**Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jirák, H. Zavázalová, I. Holmerová, P. Weber
a kolektiv**

GERIATRICKÉ SYNDROMY A GERIATRICKÝ PACIENT

Pořadatel díla:

Zdeněk Kalvach

Autorský kolektiv:

Ivo Bureš, Ctibor Drbal, Tomáš Hanuš, Iva Holmerová, Hana Janečková, Roman Jirák, Božena Jurašková, Ladislav Kabelka, Zdeněk Kalvach, Martina Kojanová, Barbora Lischkeová, Pavel Maruna, Eliška Novotná, Jiřina Ondrušová, Berta Otová, Evžen Růžička, Leoš Rychlý, Marie Šamánková, Michaela Šnejdrlová, Pavel Weber, Zdeněk Zadák, Helena Zavázalová

Recenze:

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

© Grada Publishing, a.s., 2008

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2008

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Anna Monika Pokorná

Sazba a zlom Jan Šístek

Obrázky dodali autoři.

Počet stran 336

Vydání první, Praha 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o léčích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2490-4 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7021-5 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2011

Obsah

Autorský kolektiv	11
Použité zkratky	13
Motto	17
ÚVOD	19
1 POJETÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA A ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ VE STÁŘÍ (<i>Z. Kalvach, C. Drbal, H. Zavázalová, I. Holmerová</i>)	21
1.1 Pojetí geriatrického pacienta a oboru geriatricie	25
1.2 Pojetí zdraví ve stáří	27
1.3 Pojetí nemoci a nemocnosti ve stáří	28
1.3.1 Psychosomatický akcent zdravotních problémů ve stáří	30
1.3.2 Komorbidita a multimorbidita	32
1.3.3 Prevalence a incidence chorob ve stáří	33
1.4 Hodnocení a prognózování zdravotního a funkčního stavu seniorské populace	34
2 STÁRNUTÍ A INVOLUČNÍ ZMĚNY (<i>M. Šnejdrlová, Z. Kalvach, B. Otová, J. Ondrušová</i>).....	39
2.1 Dlouhověkost	39
2.2 Progerie	43
2.2.1 Hutchinsonův-Gilfordův syndrom	43
2.2.2 Wernerův syndrom	45
3 KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ (CGA) (<i>Z. Kalvach, I. Holmerová, E. Růžička, B. Jurašková, P. Weber</i>)	49
3.1 Vymezení CGA a jeho součástí	51
3.1.1 Hlavní oblasti zájmu CGA	51
3.1.2 Základní postupy CGA	52
3.2 Klinické vyšetření geriatrického pacienta	54
3.2.1 Anamnéza a anamnestický rozhovor v geriatrii	54
3.2.2 Fyzikální vyšetření	59
3.2.3 Orientační neurologické vyšetření (<i>E. Růžička</i>).....	61

3.3 Specializované části komplexního geriatrického vyšetření (<i>R. Jiráček, Z. Kalvach, E. Růžička, Z. Zadák</i>)	63
3.3.1 Hodnocení stoje a chůze (<i>E. Růžička</i>)	64
3.3.2 Hodnocení nutričního stavu (<i>Z. Zadák</i>)	75
3.3.3 Hodnocení psychických funkcí (<i>R. Jiráček</i>)	82
3.3.4 Hodnocení kineziologické (<i>Z. Kalvach</i>)	92
3.3.5 Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti (functioning) (<i>Z. Kalvach, I. Holmerová, B. Jurašková, P. Weber</i>)	92
3.3.6 Hodnocení sociálních souvislostí (<i>Z. Kalvach, J. Ondrušová, M. Šnejdrlová</i>)	104
3.3.7 Hodnocení kvality života (<i>Z. Kalvach, J. Ondrušová, M. Šnejdrlová</i>)	109
 4 GERIATRICKÁ DETERIORACE, KŘEHKOST A DISABILITA (<i>Z. Kalvach, I. Holmerová, B. Jurašková, P. Weber, M. Šnejdrlová</i>)	111
4.1 Involuční deteriorace	111
4.2 Disabilita	113
4.3 Geriatrická křehkost (frailty)	117
4.3.1 Koncept geriatrické křehkosti jako komplexního syndromu	118
4.3.2 Etiologie a patogeneze geriatrické křehkosti	121
4.3.3 Klinický obraz geriatrické křehkosti	124
4.3.4 Diagnostický postup a diferenciálně diagnostická rozvaha	125
4.3.5 Léčba (intervence) geriatrické křehkosti	127
4.3.6 Prevence geriatrické křehkosti	128
 5 GERIATRICKÁ MODIFIKACE KLINICKÉHO OBRAZU CHOROB VE STÁŘÍ (<i>Z. Kalvach, I. Holmerová, B. Jurašková, P. Weber</i>)	135
5.1 Nevýraznost typické, patognomické symptomatologie	135
5.2 Multimorbidita (polymorbidita)	136
5.3 Polypragmzie	136
5.4 Kaskádový, dominový efekt	136
5.5 Symptomatologie nejzranitelnějšího, nejméně odolného orgánu dekompenzovaného sekundárně	136
5.6 Dominance nespecifických projevů	137
5.7 Nesignalizování zdravotních problémů a potřeb	138
5.8 Akcentace funkčního a sociálního kontextu chorob	138

6 GERIATRICKÉ SYNDROMY (<i>Z. Kalvach, I. Holmerová, P. Weber, B. Jurašková, M. Šnejdrlová</i>)	141
6.1 Pojetí geriatrických syndromů (<i>Z. Kalvach, I. Holmerová, P. Weber, B. Jurašková, M. Šnejdrlová</i>)	141
6.2 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti (<i>Z. Kalvach, E. Novotná</i>)	145
6.2.1 Hypomobilita ve stáří	146
6.2.2 Dekondice ve stáří	150
6.2.3 Sarkopenie, involučně podmíněná svalová slabost	152
6.3 Syndrom anorexie a malnutrice (<i>Z. Kalvach, B. Jurašková</i>)	160
6.3.1 Etiologie a patogeneze	161
6.3.2 Klinický obraz anorexie a malnutrice	163
6.3.3 Diagnóza a diferenciální diagnóza	163
6.3.4 Léčba a prevence	164
6.4 Syndrom instability s pády (<i>E. Růžička, Z. Kalvach, B. Lischkeová, E. Novotná, L. Rychlý</i>)	168
6.4.1 Systém udržování rovnováhy a polohy a jeho involuce	169
6.4.2 Symptomatologie poruch rovnováhy a klasifikace závratí	170
6.4.3 Diagnostika závratí	172
6.4.4 Diferenciální diagnostika a léčba vybraných závrativých onemocnění ve stáří	173
6.4.5 Pády	178
6.5 Syndrom imobility (<i>I. Bureš, Z. Kalvach, M. Kojanová, E. Novotná</i>)	194
6.5.1 Klinicky závažné projevy a komplikace syndromu imobility	196
6.5.2 Dekubity a ošetřování chronických ran	200
6.6 Syndrom inkontinence (<i>T. Hanuš</i>)	215
6.6.1 Epidemiologie inkontinence	215
6.6.2 Etiologie a patogeneze inkontinence	217
6.6.3 Diagnostika nemocných s inkontinencí	220
6.6.4 Vybrané příčiny inkontinence ve stáří	222
6.6.5 Léčba močové inkontinence (<i>M. Šamánková</i>)	224
6.6.6 Léčebné možnosti u pacientů s inkontinencí stolice (<i>Z. Kalvach</i>)	228
6.7 Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti (<i>R. Jiráček</i>)	230
6.7.1 Paměť	230
6.7.2 Kognitivní funkce	232
6.7.3 Poruchy paměti ve vyšším věku	233
6.7.4 Jiné poruchy kognitivních funkcí a paměti	238
6.7.5 Prognóza a sociální souvislosti poruch kognitivních funkcí seniorů	239

6.8 Syndrom deliria (<i>R. Jiráček</i>)	242
6.8.1 Etiologie a patogeneze delirií	242
6.8.2 Klinický obraz a klasifikace delirií	243
6.8.3 Diagnostika delirií	244
6.8.4 Prevence delirií	245
6.8.5 Léčba delirií	246
6.9 Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka (<i>Z. Kalvach, I. Holmerová, H. Janečková, J. Ondrušová</i>)	248
6.9.1 Vymezení pojmu	249
6.9.2 Formy elder abuse	250
6.9.3 Epidemiologie	255
6.9.4 Klinické příznaky nevhodného zacházení, týrání a zanedbávání seniorů ...	257
6.9.5 Diagnostika elder abuse	258
6.9.6 Rizikové faktory	260
6.9.7 Řešení situace	262
6.10 Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří (<i>Z. Kalvach, M. Šnejdrová</i>)	268
6.10.1 Regulace tělesné teploty	268
6.10.2 Adaptace na horké prostředí a nemoc z přehřátí	269
6.10.3 Adaptace na chladné prostředí a hypotermie	273
6.11 Syndrom dehydratace (<i>Z. Zadák</i>)	278
6.11.1 Fyziologické poznámky	278
6.11.2 Izotonická dehydratace	282
6.11.3 Hypertonická dehydratace	282
6.11.4 Hypotonická dehydratace	283
6.11.5 Léčba dehydratace	283
6.11.6 Prevence dehydratace	284
6.11.7 Rehydratační léčba a riziko hyperhydratace	284
6.11.8 Poruchy metabolismu sodíku v souvislosti s poruchami vodními	285
6.12 Syndrom duálního senzorického deficitu (<i>J. Ondrušová, Z. Kalvach</i>)	287
6.12.1 Etiologie a patogeneze	287
6.12.2 Prevalence a incidence	288
6.12.3 Klinický obraz, průběh a důsledky	288
6.12.4 Diagnostika	289
6.12.5 Léčba, intervence, kompenzace	290
6.13 Syndrom maladaptace (<i>Z. Kalvach, H. Janečková, J. Ondrušová</i>)	293
6.13.1 Somatická maladaptace	294
6.13.2 Psycho-somato-sociální maladaptace	294
6.14 Syndrom terminální geriatrické deteriorace (<i>Z. Kalvach, L. Kabelka</i>)	299
6.14.1 Etiologie a patogeneze	300
6.14.2 Klinický obraz	300

6.14.3 Diagnostika a diferenciální diagnostika	302
6.14.4 Paliativní péče	302
6.15 Farmakoterapie jako patogenetický i dekompenzující faktor geriatrické křehkosti (Z. Kalvach, M. Šnejdrová)	305
6.16 Systémová zánětlivá reakce jako patogenetický i dekompenzující faktor geriatrické křehkosti (P. Maruna).....	310
6.16.1 Reakce akutní fáze, SIRS, sepse a septický šok	311
6.16.2 Fyziologické zvláštnosti zánětlivé odpovědi ve vyšším věku	312
6.16.3 Klinické aspekty zánětlivé odpovědi ve stáří	314
6.16.4 Neuropsychické změny při zánětu	316
6.16.5 „Inflamm-aging“	318
 7 PŘÍLOHY:	
JAK KOMUNIKOVAT S KŘEHKÝMI GERIATRICKÝMI PACIENTY A S LIDMI S FUNKČNÍMI DEFICITY	321
I. – Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením	321
II. – Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením	321
III. – Desatero komunikace při doprovázení pacientů se zrakovým postižením	322
IV. – Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením	323
V. – Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením	324
VI. – Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence	324
 Rejstřík	327

Autorský kolektiv

MUDr. Ivo Bureš – geriatrické oddělení, Krajská nemocnice Pardubice

Doc. MUDr. Ctibor Drbal, CSc. – Škola veřejného zdravotnictví, IPVZ Praha

Prof. MUDr. Tomáš Hanuš, CSc. – Urologická klinika, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Iva Holmerová, PhD. – Gerontologické centrum Praha 8 a Česká Alzheimerovská společnost

PhDr. Hana Janečková, PhD. – Škola veřejného zdravotnictví, IPVZ Praha

Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc. – Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Božena Jurašková, PhD. – Klinika gerontologická a metabolická, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice, Hradec Králové

MUDr. Ladislav Kabelka – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. – Univerzita Karlova, Praha

MUDr. Martina Kojanová – Dermatovenerologická klinika, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Barbora Lischkeová – Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Doc. MUDr. Pavel Maruna, CSc. – 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Mgr. Eliška Novotná – Klinika tělovýchovného lékařství, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

MUDr. Jiřina Ondrušová – Teologická fakulta evangelická, Univerzita Karlova, Praha

Doc. MUDr. Berta Otová, CSc. – Ústav biologie a lékařské genetiky, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc. – Neurologická klinika, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Leoš Rychlý – Geriatrické oddělení, nemocnice Most

Mgr. Marie Šamánková – Ústav ošetřovatelství, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

MUDr. Michaela Šnejdrlová – 3. interní klinika, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Doc. MUDr. Pavel Weber, CSc. – Klinika geriatric, ošetrovatelství a všeobecného lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Bohumnice, Brno

Prof. MUDr. Zdeněk Zadák, DrSc. – Klinika gerontologická a metabolická, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Hradec Králové

Doc. MUDr. Helena Zavázalová, CSc. – Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Plzeň

Použité zkratky

AADL	– advanced activities of daily living (náročné aktivity denního života)
ACE	– acute care of the elderly units (nemocniční geriatrická oddělení)
ADAS-cog	– Alzheimer's disease assessment scale-cognitive (kognitivní škála hodnocení Alzheimerovy choroby)
ADL	– activities of daily living (aktivity denního života)
AIM	– akutní infarkt myokardu
AUA	– American Urological Association
BADL	– basal activities of daily living (základní aktivity denního života)
BMI	– body mass index (index tělesné hmotnosti)
CDR	– clinical dementia rating (klinické hodnocení demence)
CGA	– comprehensive geriatric assessment (komplexní geriatrické hodnocení)
CIRS	– Cumulative illness rating scale (škála souhrnného hodnocení multimorbidity)
CMP	– cévní mozková příhoda
CNS	– centrální nervový systém
CRP	– C-reaktivní protein (jeden z proteinů akutní fáze)
CT	– computed tomography (počítačová tomografie)
CTT	– celková tělesná tekutina
CTV	– celková tělesná voda
DAD	– Disability assessment of dementia (hodnocení disability u demence)
DD	– domov důchodců
DFLE	– disability-free life expectancy (naděje dožití bez disability)
DHEA	– dehydroepiandrosteron
DM	– diabetes mellitus
EEG	– elektroencefalografie
EKG	– elektrokardiografie
EPES	– Established populations for the epidemiologic study of the elderly (soubor testů ke zhodnocení funkční zdatnosti seniorů pro epidemiologické studie)
EQ-5D	– Euroqol o 5 dimenzích (Evropský dotazník kvality života o 5 položkách)
FI	– frailty index
FIM	– Functional independence measure (hodnocení funkční nezávislosti)
fT₄	– free thyroxin (volný tyroxin)
FW	– sedimentace erytrocytů
GDS	– Global deterioration scale (škála souhrnné deteriorace)
GEM	– Geriatric evaluation and management (geriatrické hodnocení pacienta a nastavení péče)
GS	– geriatrický syndrom

HALE	– health-adjusted life expectancy (naděje dožití adjustovaná na míru zdraví)
HGPS	– Hutchinsonův-Gilfordův progerický syndrom
IADL	– instrumental activities of daily living (instrumentální aktivity denního života)
ICF	– International classification of functioning, disability, and health (Mezinárodní klasifikace funkční způsobilosti, disability a zdraví)
IGF-1	– insulin-like growth factor-1 (inzulinu podobný růstový faktor-1)
ICHS	– ischemická choroba srdeční
ICS	– International continence society (Mezinárodní společnost pro kontinenci)
IL-6	– interleukin-6
JIP	– jednotka intenzivní péče
KO	– krevní obraz
LDN	– léčebna pro dlouhodobě nemocné
LE	– life expectancy (naděje dožití)
LMNA	– lamin A
MDS	– Minimal data set (minimální soubor sledovaných údajů o pacientech daného typu)
MMSE	– Mini mental state examination (minimální vyšetření mentálního stavu, Folsteinův test)
MNA	– Mini nutritional assessment (minimální hodnocení nutričního stavu)
MR	– magnetická rezonance
mtDNA	– mitochondriální deoxyribonukleová kyselina
NCVI	– neurocardiovascular instability (neurogeně podmíněná kardiovaskulární instabilita)
NGO	– nemocniční geriatrická oddělení
NMS	– neurally mediated syncope (neurogeně podmíněná synkopa)
NSAIDs	– non-steroidal antiinflammatory drugs (nesteroidní antirevmatika, protizánětlivé léky)
NÚL	– nežádoucí účinky léků
OECD	– Organization for economic cooperation and development (Organizace pro mezinárodní spolupráci a rozvoj, sdružuje hospodářsky nejvyspělejší země světa)
OMIM	– Online mendelian inheritance in man (katalog lidských genů a genetických poruch vyvinutý na Johns Hopkins University a v National center for biotechnology information, USA)
PEG	– perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	– pozitronová emisní tomografie
PHC	– primary health care (primární, komunitní zdravotní péče)
PPAR	– peroxisome proliferator-activated receptors (receptory stimulující peroxizomy)
RAI	– Resident assessment instrument (sestava k hodnocení potřeb a ošetrovatelské náročnosti osob v ústavní péči)
SCAG	– Sandoz clinical assessment geriatric (geriatrické klinické funkční hodnocení podle firmy Sandoz)

SIRS	– Systemic inflammatory response syndrome (syndrom systémové zánětlivé odpovědi)
SSRI	– selective serotonin reuptake inhibitors (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, skupina antidepresiv)
STH	– somatotropní (růstový) hormon
SZO	– Světová zdravotnická organizace (též WHO)
TF	– tepová frekvence
TK	– tlak krevní
TNF	– tumor nekrotizující faktor
TSH	– tyroideu (štítnou žlázu) stimulující hormon
USG	– ultrasonografie
ÚSP	– ústav sociální péče
UV	– ultrafialové záření
ÚZIS	– Ústav zdravotnických informací a statistiky
VAS	– vizuální analogová škála
VBI	– vertebrobazilární insuficience
VO₂max	– maximální aerobní kapacita
WHAS	– The women's health and aging study (název longitudinální studie o zdravotním stavu a stárnutí žen)
WRN	– Wernerův progerický syndrom

Motto

Čas dospěl k odvržení chorob jako středobodu zdravotní péče. V kontextu změny spektra zdravotních problémů, komplexní provázanosti biologických a nebiologických faktorů, stárnutí populace a interindividuální variability zdravotních priorit se jeví zdravotní péče soustředěná výlučně na rozpoznávání a léčbu jednotlivých chorob přinejlepším jako zastaralá a přinejhorším jako škodlivá. Primární orientace na nemoc může neúmyslně vést k léčení jednou nadměrnému, jednou nedostatečnému a jindy jinak nevhodnému.

Řada aktivit, kritizujících omezenost modelu orientovaného na choroby (disease model), jakkoli chvályhodných, ovlivňuje dosud jen omezený okruh lidí a navíc často dále fragmentuje péči. Klinické rozhodování by se však mělo u všech pacientů rozvíjet v rámci individuálních cílů a usilovat o rozpoznání a intervenování všech ovlivnitelných faktorů jak biologických, tak nebiologických, nikoliv pouze o diagnostikování, léčbu a prevenci jednotlivých chorob. Bohužel již předem slyšíme argumenty proti integrovanějšímu a individualizovanějšímu přístupu; od námitek o nežádoucí medicinalizaci přirozených těžkostí života přes bagatelizace, „vždyť nejde o nic nového“, po varování, že „omezené zdroje je třeba využít k ovlivnění rozhodujících biologických mechanismů“. Překážkou je i obecné vnímání modelu zaměřeného na choroby jako trvale platného, nikoliv jako pouze přechodně úspěšného. Bez ohledu na uvedené problémy se však zdravotní péče musí pozměnit, chce-li uspokojit zdravotní potřeby pacientů 21. století.

Tinetti, ME., Fried, T. The end of the disease era.
Am. J. Med., 2004, 116 (3)

(Mary E. Tinettiová, profesorka lékařství, epidemiologie a veřejného zdravotnictví, je ředitelkou geriatrických programů na Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA.)

Úvod

Tato publikace navazuje na obor rámuující rozsáhlou monografií *Geriatric a gerontologie* z roku 2004. Je myšlena jako přepracovaná aktualizovaná a ucelená podoba jejího geriatrického jádra. Tím je okruh geriatrické křehkosti a s ní souvisejících geriatrických syndromů; především jimi je formován obraz geriatrického pacienta.

Během několika posledních let zaznamenala problematika geriatrické křehkosti (frailty) a jejích klinických manifestací významný konceptuální pokrok a považujeme za užitečné, zvláště v kontextu stárnutí populace, aby se s ním v rozsáhlejší podobě seznámila i naše odborná veřejnost.

Témata, která dosud nebyla podle našich znalostí v české literatuře podrobněji zpracována, jsme se stejně jako u *Geriatric a gerontologie* snažili vybavit rozsáhlejším odkazovým aparátem, abychom zájemcům usnadnili literární orientaci, eventuelní výzkumné a publikační aktivity a především chápání myšlenkových a vývojových souvislostí a cesty, kterou globální společenství, jehož jsme součástí, dospělo k chápání problematiky, potřeb a přání podstatné části starých lidí.

Kniha je určena všem, jichž se týká rozvoj geriatrické medicíny, včetně tvůrců zdravotní politiky, především však klinickým pracovníkům, kteří s „typicky atypickými“, mnohdy nesrozumitelnými geriatrickými pacienty pracují – v první řadě geriatry, praktickým lékařům, všeobecným internistům a také zdravotníkům – nelékařům, odborníkům v ošetrovatelství, ergoterapii, fyzioterapii. Snažili jsme se proto o vyváženou prezentaci koncepčních pohledů na straně jedné a jejich klinických aplikací diferenciatně diagnostických a intervenčních na straně druhé. Prolnutí obou pohledů by mělo usnadnit chápání geriatrického pacienta, jeho klinických manifestací a potřeb a s tím souvisejícího rozvoje zdravotnických služeb vstřícných křehkému segmentu seniorské populace.

Současně cítíme naléhavou potřebu upozornit v zájmu geriatrických pacientů na nezbytnost modifikace vžitých představ o zaměření, kompetencích, formách a strukturách zdravotní péče i o povaze poruch zdraví, které jsou k mnohým problémům části seniorů málo přátelské, necitlivé a diskriminační. Naši pacienti potřebují nejen účelné financování zdravotnického systému, ale zásadní změnu paradigmatu „na konci éry chorob“, jak ji v mottu této knihy zmiňuje profesorka Tinettiová. Stárnutí populace a prodlužování života s disabilitou v pokročilém stadiu chronických onemocnění vyžadují koncepčně jinou odpověď, než reprofilizaci lůžek v ošetrovatelských ústavech provozovaných jako sociální mimo rámec solidární úhrady zdravotní péče. Výzva je o to naléhavější a současně optimističtější, že nejen diagnostikování a léčba „chorob“, ale také hodnocení a intervenování funkčních deficitů a pečování vstupují do velmi potentní fáze vyspělé informační společnosti s nabídkou aplikace a „netušenými možnostmi“ vyspělých technologií pro individualizované využití. Prospěch z toho mohou mít geriatrickí pacienti, jejich rodiny, lékaři, další pečující profese a atmosférou i účelností nákladů celá společnost. Hlavní překážkou není financování, neboť jsme dostatečně vyspělou a bohatou společností, ale stereotypní myšlení občanů, pacientů i těch, kdo rozhodují. Je třeba přehodit výhybku od úvah o laciném žití a čekání na smrt v příšerí eutanázie na konci života k úvahám o intervenování kvality a smysluplnosti života ve stáří –

ve zdraví i „v nezdraví“ (což je v geriatrii na konci éry chorob přesnější a správnější výraz než „v nemoci“).

Děkujeme recenzentovi – profesoru MUDr. J. Petráškovi, DrSc., nejen za neobvykle pečlivé přečtení textu, ale především za cenné připomínky, které jsme rádi zapracovali a alespoň symbolicky na několika místech autorizovali jako osobní sdělení.

Cenné podněty pro formulování problematiky křehkých geriatrických pacientů jsme získali v rámci grantu Evropské komise K4CARE, zabývajícího se kromě jiného standardizací klinického popisu křehkých geriatrických pacientů v dlouhodobé domácí péči.

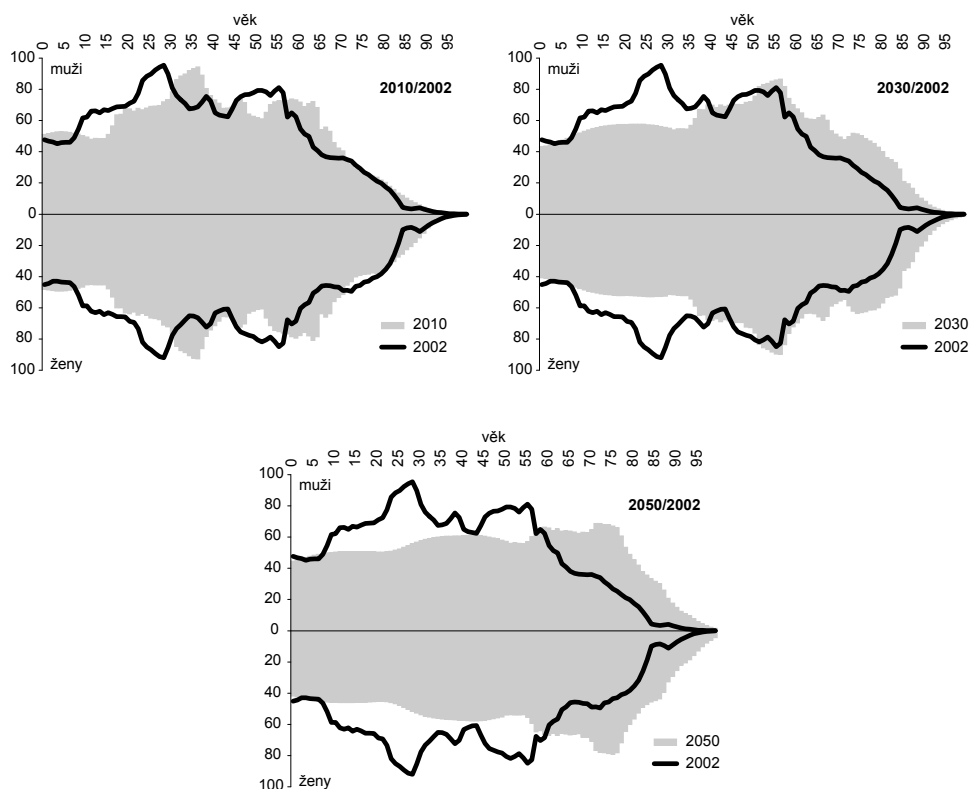
Autoři

1 Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří

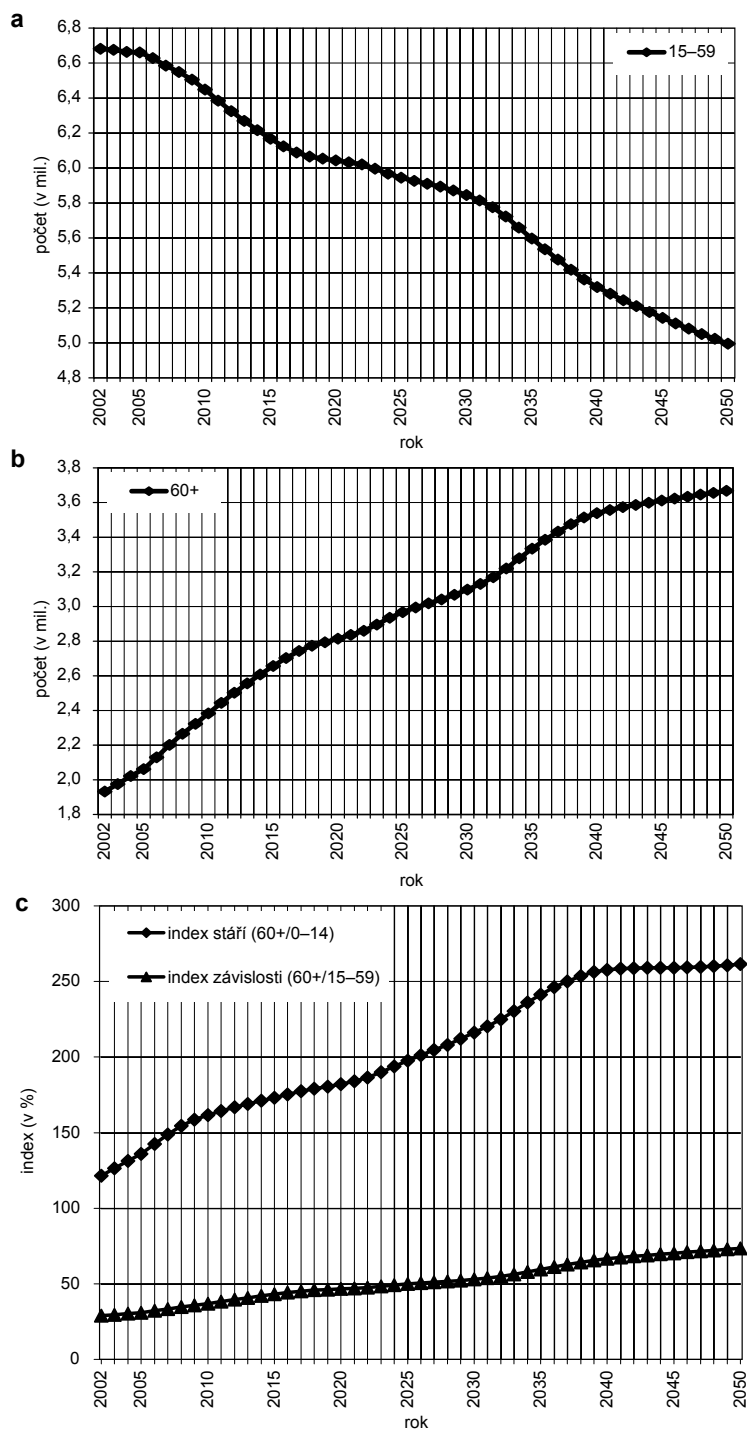
Starých a velmi starých lidí v lékařských ordinacích významně přibývá a bude přibývat. Hovoří se o geriatrizaci medicíny v procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověké společnosti (obr. 1.1 a 1.2, tab. 1.1 – 1.4).

Těmto trendům musí odpovídat posun klinického i rezortního zájmu, transformace přežitých přístupů, struktury oborů a služeb vzniklých v podmínkách a pro potřeby mladé populace. Jde o „mainstreaming“ geriatrické problematiky, o vtažení zdravotních problémů a potřeb starých lidí z periferie do centra pozornosti (Národní program přípravy na stárnutí, 2008; Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002).

Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí i výzev týkajících se např. povahy dlouhého života ve „stáří“, seberealizace a využití potenciálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti a penzionování, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb.



Obr. 1.1 Předpokládaná změna věkové struktury obyvatelstva ČR v letech 2010, 2030 a 2050 oproti roku 2002 (Burcin a Kučera, 2003)



Obr. 1.2 Vývoj počtu obyvatel ČR ve věku 15–59 let a ≥ 60 let v období 2002–2050 (Burcin a Kučera, 2003)

Tab. 1.1 Vývoj podílu seniorských skupin, indexu stáří a indexů závislosti v hospodářsky vyspělých státech v letech 1950–2050 (v %) (World Population Aging, UN, 2002)

Ukazatel	1950	1975	2000	2025	2050
ve věku 60+	11,7	15,4	19,4	28,2	33,5
ve věku 65+	7,9	10,7	14,3	21,3	26,8
ve věku 80+	1,0	1,8	3,1	5,4	9,6
ve věku 100+ (absolutně v tisících)			140,5	681,8	2183,8 (0,2 %)
index stáří	42,9	63,7	106,2	187,7	215,2
index závislosti celkový	54,4	53,8	48,3	57,0	73,4
podíl juniorů (index závislosti I)	42,2	37,2	27,1	23,6	26,9
podíl seniorů (index závislosti II)	12,2	16,5	21,2	33,5	46,5

Tab. 1.2 Podíl osob (v %) ve věku ≥ 60 let na území dnešní ČR a SR v letech 1857–2050

Rok	Česko	Slovensko	Poznámky
1857	6,2 ¹	4,3	
1900	8,8	6,5	
1930	10,8	9,4	
1950	12,6	9,9	
1998	18,1	15,3	ČR 33. místo na světě
2025	27,0 ²	26,1 ⁴	
2050	41,0 ³ 39,6 ²	37,9 ⁴	ČR 1. místo na světě s Itálií a Řeckem

¹Štříteský, ²Burcin a Kučera, 2003, ³prognóza OSN, ⁴Vaňo aj., 2001

Zdravotnickým systémům přináší stárnutí populace 4 okruhy prioritních výzev (European Commission, 2006):

- ◆ **Zlepšení zdravotního stavu stárnoucích lidí a mladých seniorů** – uplatnění na trhu práce, především prevence a účinné intervence kardiovaskulárních a nádorových chorob, pracovních úrazů a chorob z povolání, intervenování muskuloskeletálních problémů, zvláště u těžce manuálně pracujících osob, a poruch duševního zdraví.
- ◆ **Zlepšení funkčního zdraví v pokročilém stáří chápaném jako věk ≥ 80 let** – prodlužování naděje dožití a života ve stáří bez expanze nemocnosti, především závažné disability, umožnění autonomního života v přirozeném domácím prostředí s individuálně odpovídající úrovní aktivity a sociální participace.
- ◆ **Konsolidace rozpočtů** – účelnost výdajů sociálních, zdravotních a obecně „na stárnutí“, modifikace modelů financování, přístupů a struktury služeb, aby lépe odpovídaly stárnutí populace a potřebám křehkých starých lidí.
- ◆ **Zdravotní péče o migranty kompenzující úbytek domácí pracovní síly** – podpora zdraví obecně i specifických problémů stárnoucích migrantů, např. syndrom demence v jinokulturním a cizojazyčném prostředí.

Tab. 1.3 Podíl mužů (v %), kteří se v různých regionech a zemích dožijí 65 a 80 let v období 2000–2050 (World Population Aging, UN, 2002)

<i>Oblast</i>	<i>Dožití</i>	<i>2000–2005</i>	<i>2025–2030</i>	<i>2045–2050</i>
vyspělé země	65 let	73,7	83,0	86,6
	80 let	36,3	48,6	54,9
nejchudší země	65 let	41,2	59,0	69,8
	80 let	14,4	25,6	34,4
Sierra Leone	65 let	27,2	41,7	56,7
	80 let	7,3	14,4	24,3
Japonsko	65 let	85,2	89,8	92,1
	80 let	52,6	62,9	69,0
Itálie	65 let	82,4	86,1	88,1
	80 let	44,3	52,0	57,0
ČR	65 let	75,0	84,3	86,9
	80 let	32,0	45,7	52,1
Slovensko	65 let	68,9	79,2	83,9
	80 let	26,9	36,9	45,6

Tab. 1.4 Podíl žen (v %), které se v různých regionech a zemích dožijí 65 a 80 let v období 2000–2050 (World Population Aging, UN, 2002)

<i>Oblast</i>	<i>Dožití</i>	<i>2000–2005</i>	<i>2025–2030</i>	<i>2045–2050</i>
vyspělé země	65 let	87,0	91,2	92,9
	80 let	57,6	67,6	72,8
nejchudší země	65 let	45,5	64,2	75,8
	80 let	18,2	31,8	43,4
Sierra Leone	65 let	32,1	47,3	62,7
	80 let	10,1	18,7	30,1
Japonsko	65 let	93,2	96,3	97,3
	80 let	74,9	83,6	87,3
Itálie	65 let	91,4	93,1	94,1
	80 let	66,7	71,8	75,3
ČR	65 let	88,2	92,2	93,4
	80 let	55,0	67,5	71,7
Slovensko	65 let	86,5	89,8	91,7
	80 let	51,8	60,7	66,5

1.1 Pojetí geriatrického pacienta a oboru geriatrie

Přes závažnost a aktuálnost uvedených změn a výzev přetrvávají v ČR rozpaky o pojetí a vymezení „geriatrických pacientů“ a především o jejich specifických potřebách.

Oproti rovněž věkově vymezované pediatrii s celkem jednoznačným a konsenzuálním definováním dětského pacienta je pojetí geriatrického pacienta méně jednoznačné a dosud neustálené:

- ♦ *V širším slova smyslu* se hovoří o nemocných starších určitého věku – v hospodářsky vyspělých zemích obvykle ve věku nad 75 let, ale v souvislosti se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorů se tato hranice stále častěji posouvá na 80 let. Za nejnižší věk, který opravňuje začlenění pacienta do geriatrických programů, např. v souvislosti s akcelеровanými involučními změnami a/nebo věkově podmíněnými chorobami, bývá považován obvykle věk 65 let.
- ♦ *V užším slova smyslu* máme na mysli především či pouze ty seniory, kteří vykazují závažný, s involucí související (age-related) pokles potenciálu zdraví, který je disponuje ke specifickým zdravotním problémům, k modifikaci průběhu a manifestace chorob, k potřebě upravených přístupů, služeb a režimů a který je v neposlední řadě v souvislosti se zdravotní péčí znevýhodňuje a činí zranitelnějšími. Povaha, podoba a projevy této zranitelnosti a nikoliv samotný věk jsou klíčem k pochopení geriatrického pacienta a k rozvoji geriatrické medicíny.

Zavádějící, ale v Česku bohužel zakořeněné, je jednostranné ztotožnění geriatrického pacienta pouze s ošetrovatelskou a sociální problematikou, s následnou a dlouhodobou ústavní péčí.

Uvedenému vymezení, s těžištěm v křehkosti, odpovídá, či mělo by odpovídat, i pojetí oboru geriatrie. Z hlediska klinických oborových kompetencí by se geriatrie měla ujímat především těch seniorů, jejichž zdravotní problémy, přesahující hranice zodpovědnosti a praktických možností všeobecného lékaře, nevyžadují v danou chvíli specializované služby jiného oboru (kardiologie, nefrologie, intenzivní péče apod.) a kteří se dnes, bez existence geriatrických služeb vzhledem k multimorbiditě, involuční křehkosti a potřebě multidisciplinárního přístupu často ocitají v „území nikoho“, v mezioborovém vakuu, jsou marginalizováni na mezioborovém pomezí či bez náležité péče cirkulují mezi pracovišti různých odborností; v případě hospitalizace pak při přístupech nepřiměřených jejich stavu vykazují nadměrný výskyt komplikací, funkčního zhoršení, indukovaní následné lůžkové péče, což bývá označováno jako geriatrický hospitalizmus.

Jádrem oboru geriatrie je všeobecná interna s přesahy do dalších oborů, především do neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace, ošetrovatelství.

I podle platné koncepce oboru je geriatrická péče diferencovaná, zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou. Základním pracovištěm oboru by tak na rozdíl od převažující současné praxe neměly být léčebny pro dlouhodobě nemocné či jim na roveň postavená oddělení následné péče s podstatně limitovanými diagnosticko-terapeutickými kompetencemi a úhradovými možnostmi, nýbrž geriatrické ambulance a nemocniční geriatrická oddělení (NGO) odpovídající zahraničnímu konceptu acute care of the elderly units (ACE) (Jayadevappa

et al., 2003; Jayadevappa et al., 2006) či jinak pojmenovaných „geriatric departments“ striktně oddělených od „nursing homes“.

NGO by měla sloužit především dvěma účelům:

- ◆ **diferenciální diagnostice, léčbě, ošetřování a rehabilitaci akutně dekompenzovaných geriatrických pacientů** – např. s geriatricky atypickou či multidisciplinární problematikou či s potřebou geriatricky modifikovaného nemocničního režimu (účelné soustředění personálu a ošetřovatelsko-rehabilitačního vybavení kolem křehkých, rizikových pacientů)
- ◆ **komplexnímu multidisciplinárnímu geriatrickému hodnocení** – včetně potenciálu zdraví křehkých geriatrických pacientů se stanovením a eventuálním „nastartováním“ plánu dlouhodobé péče (tzv. Geriatric evaluation and management – GEM)

Kromě uvedených oddělení se jeví jako velmi žádoucí nemocniční programy komplexní geriatrické péče vstřícné ke křehkým pacientům. Účelnost takového programu (The Hospital Elder Life Program), implementovaného do více než 60 nemocnic, se prokázala v USA (Bradley et al., 2006; Inouye et al., 2006). Zvýšenou potřebu ošetřovatelského personálu často řeší využití dobrovolníků, kteří např. snižují výskyt pádů či používání omezujících prostředků.

Klinický geriatrický přístup v rámci jakéhokoliv oboru charakterizují:

- ◆ **znalosti involučních změn a geriatrických zvláštností** ve zdravotním stavu, klinickém obraze chorob i v léčbě/ošetřování pacienta
- ◆ **snaha nahradit putování křehkého pacienta za službami soustředěním služeb kolem něho**
- ◆ **důsledné propojení diagnostiky a léčby chorob** (jak základních, tak dekompenzujících) **s hodnocením a intervenováním potenciálu zdraví a funkčního stavu pacienta**, včetně účelného kompenzování funkčních deficitů a přiměřené eliminace nepříznivě vnímaných fenoménů
- ◆ **cílevědomá podpora zdravím podmíněné kvality života, sociální role, autonomie a důstojnosti znevýhodněného pacienta** (zdravotní podpora přirozeného života, nikoli podřízení života zdravotní péči)
- ◆ **začlenění pečující rodiny do léčebných/ošetřovatelských programů** a její cílevědomá podpora

Na komunitní úrovni je třeba usilovat o komplexnost, koordinovanost a kontinuitu dlouhodobých služeb i intervenčních vstupů (Hammar et al., 2007), o dispenzarizaci a depistáž osamělých či jinak rizikových pacientů a o cílevědomou podporu laických pečovatелů, především rodinných příslušníků. Podporou se myslí edukace, supervize, nabídka respitních denních center i vícedenních pobytů, ale také zdravotní a psychologická podpora pečujících osob. V geriatrii, obdobně jako v pediatrii či v paliativní péči, je až na výjimky středem medicínského zájmu celek „pacient a jeho rodina“. Eliminace zdravotních rizik, rizikového chování, zanedbávání péče o sebe, psychologického dyskomfortu zvyšuje ošetřovatelský potenciál rodiny, omezuje výskyt zdravotních problémů a syndromu vyhoření u pečovatелů (Won et al., 2007). Světová zdravotnická organizace podporuje vznik komunitních geriatrických center (age-friendly primary health care centres) (obr. 1.3).

Důsledkem a projevem poklesu potenciálu zdraví jsou ve stáří například:

- ◆ **manifestace chorob souvisejících s poruchami regulace somatické, psychické i imunitní** (nádorová onemocnění, opakované infekce, autoimunitní choroby, poruchy psychické integrity)
- ◆ **opakované dekompenzace křehkého zdravotního a funkčního stavu stále nižší úrovní zátěže, nižší intenzitou i frekvencí stresorů**
- ◆ **klesající schopnost zvládat vystavení větší zátěži či těžší dekompenzací některého orgánu a zotavit se z něho**, zhoršování prognózy akutních chorob, těžších úrazů, operačních výkonů či hospitalizací, a to ve smyslu komplikací (např. delirantní stavy), neúplné uzdravy (např. rozvoj imobilizačního syndromu) i úmrtí – přibývá nežádoucích důsledků, projevů a vyústění choroby (adverse outcomes)
- ◆ **progredující funkční deteriorace**, jejíž věkový nástup i rychlost progresu jsou značně heterogenní v závislosti na genetické dispozici, chorobných změnách i životním způsobu – jde o akumulaci pohybových, smyslových, kognitivních a dalších deficitů, o únavu, nevykonnost, nezvládání a omezování aktivit

Opatření na podporu potenciálu zdraví, směřující ke zpomalení stařecké deteriorace, k oddálení a zmírnění geriatrické křehkosti a tím ke zlepšení zdravím podmíněné kvality života a ke snížení potřeby zdravotně sociální péče ve stáří, se týkají více konceptu *salutogeneze* (Antonovsky, 1979) než pouhé prevence chorob s vysokou prevalencí. Prevenci chorob je vhodné chápat jako součást geriatrické salutogeneze.

1.3 Pojetí nemoci a nemocnosti ve stáří

K základním předpokladům přiměřeného zaměření geriatrické medicíny a úspěšného zvládání problémů geriatrických pacientů patří obecné chápání povahy a rozsahu geriatrické nemocnosti a pojetí zdraví ve stáří. Pouze část zdravotních problémů starých lidí může být totiž pochopena a řešena v rámci tradičního, v posledních desetiletích dominujícího biomedicínského modelu založeného na diagnostice a léčbě „chorob“ (disease model, disease-specific outcomes) v myšlenkovém rámci tradiční Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která je aktuálně od roku 1992 platná ve své 10. revizi.

Tato skutečnost, akcentovaná nejen stárnutím populace, ale obecně přibýváním osob s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením (disabilitou), vedla k tomu, že kromě MKN byla vypracována také Mezinárodní klasifikace funkčního stavu a zdraví, MKF (World Health Organization, 2001), v původní verzi z roku 1980 označená jako Mezinárodní klasifikace poškození, invalidity a omezení. V novelizované podobě z roku 2001, dostupné také ve slovenském překladu (Svetová zdravotná organizácia) hodnotí MKF poruchy aktivity (dříve disabilities), poruchy participace (dříve handicaps) a faktory prostředí (viz kap. 4.2). I když její současná podoba je poměrně nepřehledná a z hlediska širokého využití v běžné klinické praxi málo vhodná, ukazuje cestu ke sledování a hodnocení vývoje funkční zdatnosti, „zdraví“ a potřeb křehké seniorské populace – jde o naplnění klasické definice Světové zdravotnické organizace, že „zdraví je více než nepřítomnost nemocí“.

Při jednostranném důrazu kladeném na „choroby“ uniká u starého člověka z medicínského zájmu, sledování a řešení nejen problematika funkčních deficitů, disability,

poruch soběstačnosti a zdravím podmíněné kvality života, ale také výsostně klinická diferenciatně diagnostická a terapeutická problematika geriatrických syndromů, obecných symptomů nevázaných na konkrétní choroby, geriatrické křehkosti, involuční deteriorace, multimorbidity či adaptace/maladaptace na chorobné změny i zdravotní problémy s dalšími psychosomatickými souvislostmi (Kalvach et al., 2006). Důsledkem je diskriminační demedicalizace části nepochopených (a tím dále a hlouběji traumatizovaných) geriatrických pacientů se zhoršením jejich subjektivních obtíží, objektivního stavu, prognózy a také s neúčelným zvýšením nákladů v důsledku samoučelného vyšetřování a nadměrného indukovaní komplikací i dlouhodobé (následné) ústavní péče.

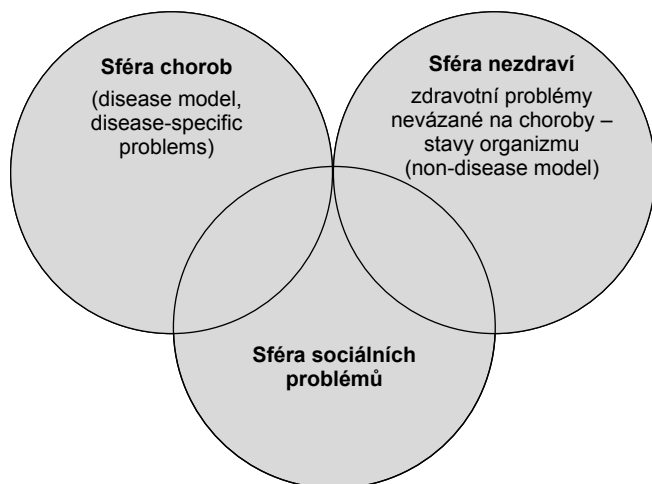
Vše souvisí s historicky konceptuálním pojetím nemoci (nemocnosti), které výrazně formuje zdravotnické povědomí, a které je dvojí (Vácha, 1980):

- ♦ **Xenochtonní pojetí** chápe chorobu jako „vnějšího nepřitele“ či „vetřelce“, který existuje „sám o sobě“ jako alternativa zdraví (typickým příkladem jsou infekční nemoci, úrazy, ale také nádory či jiná poškození určitého orgánu v „jinak zdravém organismu“), nahlíží na svět chorob, jejich definování a třídění obdobně jako na třídění říše rostlinné či živočišné – ostatně historicky souvisí s dobou C. Linného a následně s úspěchy mikrobiologie a infektologie.
- ♦ **Autochtonní pojetí** chápe chorobu především jako stav organismu, jako kontinuum zdraví a nemoci, jako určitý pokles a kvalitativní odchylku potenciálu zdraví (Drbal, 1968); choroba vesměs nemůže být z organismu „vyňata“, organismus se musí uzdravit jako celek, dekompenzace stavu jsou mnohdy vyvolány nepoměrem mezi klesající odolností organismu a intenzitou stresoru, velkou roli hraje úroveň adaptability a účinnost poplachové reakce mobilizující rezervy a vyvolávající „všeobecný syndrom nemocnosti“, z něhož vycházel např. H. Selye při formulování své teorie stresové reakce (Selye, 1968) a následně v ČR J. Charvát při komplexním chápání etiologie a patogeneze chorob i zdraví (Charvát, 1969).

V mladším věku vyhovuje dnes v hospodářsky vyspělých zemích xenochtonní koncept orientovaný na choroby zvláště u akutních nemocí většinou velmi dobře. Ve stáří (obdobně jako v útlém dětství a v pokročilé fázi chorob chronických) je však často nezbytná autochtonní rozšiřující modifikace – diagnostika „chorob“ musí být doplněna důslednějším celkovým hodnocením, intervenováním a monitorováním zdravotního stavu a obtíží nevázaných na choroby, funkční, regulační a adaptační složky pacientova organismu. Právě v nich se „míra nezdraví“ a zdravotních problémů může koncentrovat. Někteří autoři hovoří o změně medicínského paradigmatu (Kaplan, 2002), jiní, především ve vztahu ke všeobecným oborům, ke zdravotnickému systému a struktuře jeho služeb, hovoří o „konci éry chorob“ (Tinetti a Fried, 2004).

Od 60. let 20. století se hovoří o komplementaritě pojmů „disease“ (choroba, nozologická jednotka) a „illness“ (nezdraví), ve smyslu jednak subjektivního vnímání a prožívání obtíží (stonání), jednak funkčních obtíží, autochtonních stavů organismu neodpovídajících medicínské konstrukci „choroby“ (Helman, 1981). Jde o zásadnější jevy než o modifikace v prožívání choroby a obtíží v souvislosti např. s osobností, sociální situací či úzkostí (Stewart et al., 2000).

V klinické praxi je třeba lépe pochopit různé formy nezdraví starého člověka; ten nesmí být redukován na jakýsi „věšák chorob“, který lze po jejich zaléčení odstavit jako zdravotně nepřislušný do sociálního sektoru. Specifickým příkladem autochtonní



Obr. 1.4 *Vztah chorob, nezdraví a sociálních problémů*

nemocnosti se selhávající adaptabilitou je geriatrická křehkost (viz kap. 4), charakterizovaná jak narůstající disabilitou, tak opakovanými dekompenzacemi funkcí jednotlivých orgánů i celkového stavu, navozovanými stále nižší intenzitou a frekvencí stresorů. Projevem změny klinického myšlení by měl být i vyváženější diagnostický zájem nejen o přítomnost příznaků patognomických, ale také o kvantitu příznaků a obtíží obecných (viz kap. 5). Zvládání zdravotních problémů nad rámec „disease model“ a napříč chorobami kompetenčně přísluší především vstřícně rozšířenému zájmu všech klinických oborů a praktickým lékařům, přirozená je však také profilace podporující mainstreaming, metodický, výzkumný a výukový rozvoj.

Jejím příkladem jsou:

- ◆ **geriatrie** – křehkost, frailty (specifický režim)
- ◆ **neonatologie** – ohroženost, neprospívání (specifický režim)
- ◆ **psychoterapie** – psychosociální maladaptace
- ◆ **rehabilitace** – kompenzace deficitů, funkční poruchy, rekonvalescence, rekonvence
- ◆ **nutricionistika** – poruchy výživy
- ◆ **paliativní medicína** – umírání (specifický režim)
- ◆ **intenzivní péče** – neodkladná péče, akutní stavy, poruchy vnitřního prostředí, podpora vitálních funkcí (specifický režim)
- ◆ **algeziologie** – chronická bolest
- ◆ **ošetřovatelství**

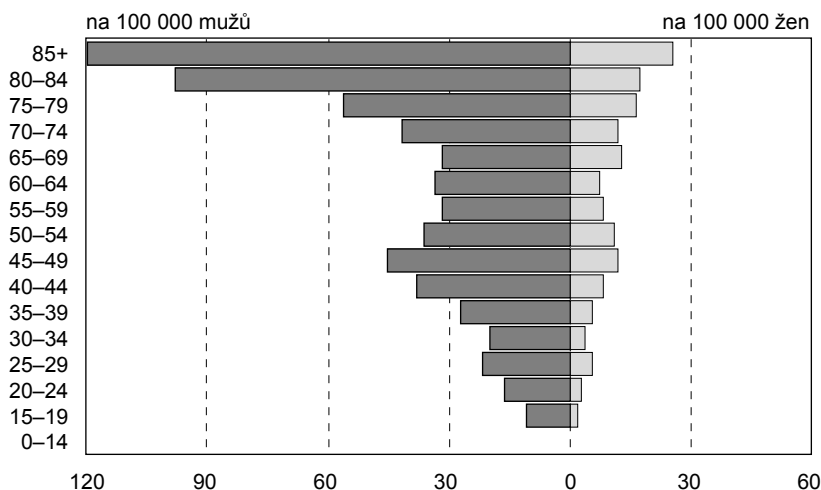
1.3.1 Psychosomatický akcent zdravotních problémů ve stáří

Dlouhodobě uváděné involuční akcentování tzv. bio-psycho-sociálně-environmen-tální provázanosti organismu se manifestuje narůstající psychosomatickou akcentací geriatrického stonání. Psychické stresory a psychická onemocnění indukují časné somatickou dekompenzaci a naopak stresory a choroby somatické se ještě častěji

projevují dekompenzací psychických funkcí. Zánět, srdeční selhání i jiná onemocnění indukují deliria, neuropsychické syndromy, poruchy chování. To spolu s obvyklou tlumivou léčbou dále zhoršuje mobilitu a jiné tělesné funkce, což ještě v souvislosti s vědomím předchozího psychického selhání dále podlamuje sebehodnocení, navozuje úzkost, strach (např. z pádů) s dalším omezením aktivity, a rozvoj maladaptivní somatizace projevující se únavou, zhoršením chronických bolestí, dyspepsií, vegetativními projevy apod. (viz kap. 6.13). Rozvíjí se spirála psychosomatické deteriorace, která spolu s necitlivými a nepodpůrnými iatrogenními intervencemi (hospitalizace, pohybová omezení, nevhodné zacházení s ponižujícím ošetřováním a odnímáním kompetencí) a s nepodpůrným prostředím (chabá sociální síť, nízká míra podpory, náročné prostředí s bariérami umocňující funkční deficity do úrovně disability a ztráty soběstačnosti) destruuje sociální role, sebeúctu a koncept životního smyslu („sense of coherence“ A. Antonovského, „meaning of life“ V.E. Frankla, transcendence a „self-actualisation“ A.H. Maslowa). Tento hodnotový koncept zůstává, oproti běžnému předpokladu, zachován až do nejvyššího stáří, nejsou-li hrubě narušeny kognitivní funkce (Nygren et al., 2005; Soderhamm a Holmgren, 2004). Potřebu integrity a svébytnosti shrnul i filozof I. Berlin: „Přeji si, aby můj život a má rozhodnutí závisely na mně samotném, abych si byl vědom sebe sama jako myslící bytosti odpovědné za svá rozhodnutí a schopné vysvětlit je odkazem na své vlastní myšlenky a záměry“ (Sýkorová, 2007).

Extrémním důsledkem existenciálního rozporu životního smyslu (hodnotového konceptu) s realitou, např. při ztrátě soběstačnosti, autonomie a rozhodovacích pravomocí, při osamělosti či institucionalizaci, a extrémním projevem psychosomatické provázanosti zdravotních a funkčních problémů ve stáří, je ztráta sebeúcty a jí podmíněná sebevražednost. Její věkově vymezená prevalence přepočtená na počet žijících osob daného věku je nejvyšší právě ve stáří (obr. 1.5).

K rozvoji psychosomatických obtíží přispívá i pokles adaptability psychických funkcí a akumulace závažných psychosociálních stresorů stáří (ovdovění, penziono-



Obr. 1.5 Věkově vymezená sebevražednost v ČR (ÚZIS, 2001)

vání, osamělost, pokles společenské prestiže a životní úrovně, strach o partnera, ošetrovatelská zátěž, závažná onemocnění, omezení soběstačnosti apod.).

U chronických, multimorbidních a křehkých geriatrických pacientů s limitovanou tolerancí zátěže, u nichž je např. v souvislosti s polypragmazií žádoucí redukovat i relativně účinnou léčbu, je nezbytné ujasňovat priority léčby – proč (z jaké motivace, pro které hlavní obtíže), k čemu (k jakému cíli) a za jakou cenu (do jakých omezení) si přeje být pacient léčen. Pokud možno by nemělo jít o úradek lékařů, ale o identifikování pacientovy vůle. Ta bývá (právě s ohledem na trvající koncept života) mnohem jasnější, než jak se často znevažujícím způsobem domnívají zdravotníci. Velmi závažným narušením specifického vztahu diády lékař–pacient, a rizikem pro zdravím podmíněnou kvalitu pacientova života je neřešená neshoda v úhlech pohledu a v prioritách: lékař akcentuje význam zjištěných chorob, které indikuje k dalšímu vyšetřování a léčbě (disease-specific outcomes), zatímco pacient často potřebuje především řešení nespecificky zhoršené funkční zdatnosti a funkčních deficitů (Kaplan, 2002). Pojetí zdraví z pohledu pacientů se v průběhu stárnutí mění a má výrazně multidimenzionální podobu zahrnující problematiku tělesnou, duševní, sociální a funkční, která je akcentována (Phelan et al., 2004). Obdobně je třeba hodnotit v kontextu pacientova života, proč přichází s chronickými obtížemi právě nyní, čím byl chronický problém dekompenzován, zda se nezhoršila spíše adaptace na obtíže, jejich psychoemocionální dopad než vlastní choroba – vnímání a prožívání zdravotních obtíží a funkčních limitací zhoršuje např. osamělost, nedostatečná sociální podpora (viz kap. 3.3), sociální izolace či depresivní porucha. V této souvislosti znovu zdůrazňujeme, že vysokou prioritou zdravotnických služeb ve stáří musí být podpora osobnostní integrity a zachování autonomie křehkého člověka (Sýkorová, 2007). Postupy, které tyto hodnoty nešetří a svévolně či z nedbalosti ohrožují, jsou non-lege artis a v příčinné souvislosti se závažnými negativními důsledky pro pacienty, neméně než nerespektování „disease-specific guidelines“.

1.3.2 Komorbidita a multimorbidita

Pojmosloví není ustálené a pojmy *komorbidita* a *multimorbidita* se často používají promiskue.

Mohou označovat:

- ◆ **přidružené choroby**, které komplikují a modifikují diagnostické a léčebné postupy u aktuálně dominujícího zdravotního problému – např. komorbidita modifikující standardní onkologickou léčbu určitého nádoru
- ◆ **kombinace několika současně probíhajících chorob**, která vede
 - ◇ ke změnám jejich klinického obrazu se ztížením diagnostického hodnocení (např. naroubování revmatoidní artritidy na osteoartrózu)
 - ◇ k riziku polypragmazií, mnohdy s nezbytností redukovat farmakoterapeutická doporučení v zájmu omezení vysokého počtu léků s kumulací jejich nežádoucích účinků a s nejistou vzájemnou kompatibilitou
 - ◇ k nové kvalitě nemocnosti, ke zhoršení zdravotního stavu většímu než by odpovídalo pouhému součtu chorob – v geriatrii např. k funkčně závažnému potencionování zdánlivě banálních postižení; multimorbidita se tak stává významným prvkem v etiopatogenezi geriatrické deteriorace a křehkosti (viz kap. 4)

Mechanismem vzájemného potencování mění multimorbidita (komorbidita) vztah chorob a disability a komplikuje hodnocení demografických parametrů, např. naděje dožití adjustované na zdravotní stav – health-adjusted life expectancy, HALE (Mathers et al., 2006; van Baal et al., 2006) (viz kap. 4.2).

Snaha překonat tyto problémy a umožnit hodnocení důsledků vzájemně provázané (potencující se) multimorbidity, obdobně jako důsledků jednotlivých chorob (disease-specific outcomes) ve smyslu prognózy, nákladů, ošetrovatelské náročnosti, účelnosti léčby či komparace, vedla ke konstruování různých *indexů komorbidit* (Harboun a Ankri, 2001). Za základní takovéto hodnoticí kritérium (operacionalizaci) komorbidit se obvykle považuje CIRS – Cumulative illness rating scale (Linn et al., 1968). Nejzdařilejší geriatrickou variantou se zdá být Geriatric index of comorbidity (Rozzini et al., 2002), který vychází z Greenfieldova indexu IDS – Individual disease severity. CIRS byl aktuálně využit i k pokusu o operacionalizaci fenoménu geriatrické křehkosti pomocí indexu křehkosti (frailty index – FI) (viz kap. 4.3).

1.3.3 Prevalence a incidence chorob ve stáří

Demografický, organizační i výzkumný zájem se při hodnocení zdravotního stavu seniorské populace soustřeďuje převážně na „choroby stáří“, na nemoci s vysokou seniorskou prevalencí a s involučně narůstající incidencí, jakými jsou např. ateroskleróza (zvláště ischemická onemocnění mozku a ischemická choroba srdeční – ICHS), arteriální hypertenze, osteoartróza, osteoporóza, Alzheimerova choroba a jiné formy demence, katarakta, věkem podmíněná makulární degenerace sítnice, úrazy, zvláště zlomeniny předloktí a stehenní kosti.

Bohužel menší zájem je věnován vykazování a sledování jiných, ve stáří častých zdravotních problémů, jakými jsou např. pády či proleženiny. O jejich výskytu v české populaci tak není dostatečný přehled. Jinou nepříjemností je, že standardní statistické sledování obvykle nerozlišuje funkční závažnost vykazovaných chorob.

Podstatné informace o prevalenci a incidenci chorob a kumulaci funkčních deficitů přinášejí longitudinální prohrádní studie. Pro zájemce jsou kromě běžných vyhledávačů (např. PubMed – www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez) k dispozici i průběžně aktualizované a internetově dostupné výsledky nejvýznamnější longitudinální studie BLSA – Baltimore longitudinal study of aging, vedené v Národním zdravotním ústavu USA od roku 1958 (www.grc.nia.nih.gov/branches/blsa).

Od roku 1982 vedou v USA National long-term care survey (NLTCs), sledování zaměřené na chronickou disabilitu (www.annualreviews.org/catalog/pubdates.aspx). Beaver dam study (Wisconsin, USA) je studie zaměřená na involuci smyslových orgánů, prevalenci a incidenci jejich chorob a funkčních deficitů (Klein et al., 2007; Klein et al., 2008; Cruickshanks et al., 2003).

Prevalenci chorob ve stáří v ČR se dlouhodobě zabývají plzeňští autoři (Zavázalová et al., 2004). Pokud jde o evidovaná chronická onemocnění ve věku 60 a více let, postihují ve zkoumaném plzeňském regionu 95 % mužů a 97 % žen. Jejich prevalence činí 2830,5 chorob na 1000 osob daného věku.

Nejčastější jsou choroby oběhového systému s evidencí 1201/1000 obyvatel daného věku a s postižením 76,7 % relevantních osob. Jde především o arteriální hypertenzi s prevalencí nad 50 % a o ICHS s prevalencí nad 35 %. Následují choroby pohybového

ústroji (41,8 % a 538,5/1000) a onemocnění endokrinní a metabolická (29,8 % a 351/1000).

Vzrůst prevalence zaznamenává především arteriální hypertenze, což ovšem souvisí i s růstem zájmu a záchytnosti (i když ta podle mnohých názorů stále většinou nepřekračuje 50 %) i se zpřísňováním kritérií. Dále přibývá ICHS a diabetes mellitus.

V metodice nemocnosti evidované v dokumentaci praktických lékařů zůstávají ovšem opět některé choroby významně poddiagnostikovány, např. Alzheimerova choroba či osteoporóza.

Pokud jde o incidenci akutních onemocnění, zaznamenali Zavázalová et al. v dokumentaci praktických lékařů alespoň jedno onemocnění za poslední rok u 60 % pacientů ve věku nad 60 let. Nejčastěji šlo o onemocnění respiračního systému (38,6 % pacientů), o úrazy (8,6 %), o onemocnění systému trávicího (7,8 %) a pohybového (6,8 %).

Spotřeba zdravotní péče je ve věku nad 60 let vysoká. Průměrný počet návštěv u praktického lékaře za rok činil ve sledovaném souboru 11,1 návštěvy, hospitalizace byla evidována u 20 % pacientů a preskripce alespoň jednoho léku u 97,2 % pacientů (Zavázalová et al., 2004). Příčiny dlouhodobé neúčelnosti tak frekventních návštěv seniorů u lékaře (navíc další návštěvy u ambulantních specialistů), jejich častých hospitalizací i objemné farmakoterapie (polypragmazie) nejsou v ČR podrobněji analyzovány a zřejmě ani správně reflektovány. Nepochybně jde především o projev biologizujícího a jednostranně „na choroby“ orientovaného pojetí medicíny a také o důsledek deformovaného chápání „sociálního státu“. Je velmi pravděpodobné, že se na těchto i dalších závažných deformacích zásadně podílí nepochopení geriatrické nemocnosti především ve smyslu geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů s jejich nedostatečným zvládnutím. Výčty chorob nevystihují plně zdravotní problematiku stáří – klíčem k ní je pochopení zdravotního potenciálu, zvláště adaptability, a klinické manifestace jeho poklesu. Je zajímavé, že v zahraničních studiích osamělost, nedostatečná sociální podpora a sociální izolace zhoršují hodnocení vlastního zdraví, ale nevedou k růstu zdravotních výdajů (Illife et al., 2007; Charlson et al., 2007).

1.4 Hodnocení a prognózování zdravotního a funkčního stavu seniorské populace

Pro plánování a modulování zdravotnických služeb je třeba sledovat tendence ve vývoji zdravotního a funkčního stavu seniorské populace.

Kritériem může být především:

- ◆ ***naděje dožití*** (life expectancy – LE) ***při narození*** (e^0) ***a zvláště ve věku 65 let*** (e^{65})
- ◆ ***naděje dožití adjustovaná na zdravotní stav či disabilitu*** (health-adjusted life expectancy – HALE, disability-free life expectancy – DFLE)
- ◆ ***věkově vymezená úmrtnost a její příčiny***
- ◆ ***výskyt chorob*** – vykazovaný, prostě evidovaný nebo výzkumně zjišťovaný
- ◆ ***spotřeba zdravotní a sociální péče*** – ta však může být účelná i neúčelná; přiměřená, nepřiměřeně nízká i neúčelně vysoká; strukturálně odpovídající potřebám i nevhodná