

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, umístování 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.

**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 Šnejdrová, 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 lécích, 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 nesmějí 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

<b>Autorský kolektiv</b> .....	11
<b>Použité zkratky</b> .....	13
<b>Motto</b> .....	17
<b>ÚVOD</b> .....	19
<b>1 POJETÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA A ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ VE STÁŘÍ</b> ( <i>Z. Kalvach, C. Drbal, H. Zavázalová, I. Holmerová</i> ) .....	<b>21</b>
<b>1.1 Pojetí geriatrického pacienta a oboru geriatrie</b> .....	25
<b>1.2 Pojetí zdraví ve stáří</b> .....	27
<b>1.3 Pojetí nemoci a nemocnosti ve stáří</b> .....	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
<b>1.4 Hodnocení a prognózování zdravotního a funkčního stavu seniorské populace</b> .....	34
<b>2 STÁRNUTÍ A INVOLUČNÍ ZMĚNY</b> ( <i>M. Šnejdrová, Z. Kalvach, B. Otová, J. Ondrušová</i> ).....	<b>39</b>
<b>2.1 Dlouhověkost</b> .....	39
<b>2.2 Progerie</b> .....	43
2.2.1 Hutchinsonův-Gilfordův syndrom .....	43
2.2.2 Wernerův syndrom .....	45
<b>3 KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ (CGA)</b> ( <i>Z. Kalvach, I. Holmerová, E. Růžička, B. Jurašková, P. Weber</i> ) .....	<b>49</b>
<b>3.1 Vymezení CGA a jeho součástí</b> .....	51
3.1.1 Hlavní oblasti zájmu CGA .....	51
3.1.2 Základní postupy CGA .....	52
<b>3.2 Klinické vyšetření geriatrického pacienta</b> .....	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

<b>3.3 Specializované části komplexního geriatrického vyšetření</b> ( <i>R. Jirák, 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. Jirák</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. Šnejdrová</i> ) .....	104
3.3.7 Hodnocení kvality života ( <i>Z. Kalvach, J. Ondrušová, M. Šnejdrová</i> ) .....	109
<b>4 GERIATRICKÁ DETERIORACE, KŘEHKOST A DISABILITA</b> ( <i>Z. Kalvach, I. Holmerová, B. Jurašková, P. Weber, M. Šnejdrová</i> ) .....	<b>111</b>
<b>4.1 Involuční deteriorace</b> .....	111
<b>4.2 Disabilita</b> .....	113
<b>4.3 Geriatrická křehkost (frailty)</b> .....	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
<b>5 GERIATRICKÁ MODIFIKACE KLINICKÉHO OBRAZU CHOROB VE STÁŘÍ</b> ( <i>Z. Kalvach, I. Holmerová, B. Jurašková, P. Weber</i> ) .....	<b>135</b>
<b>5.1 Nevýraznost typické, patognomické symptomatologie</b> .....	135
<b>5.2 Multimorbidita (polymorbidita)</b> .....	136
<b>5.3 Polypragmzie</b> .....	136
<b>5.4 Kaskádový, dominový efekt</b> .....	136
<b>5.5 Symptomatologie nejzranitelnějšího, nejméně odolného orgánu dekompenzovaného sekundárně</b> .....	136
<b>5.6 Dominance nespecifických projevů</b> .....	137
<b>5.7 Nesignalizování zdravotních problémů a potřeb</b> .....	138
<b>5.8 Akcentace funkčního a sociálního kontextu chorob</b> .....	138

<b>6 GERIATRICKÉ SYNDROMY</b> (Z. Kalvach, I. Holmerová, P. Weber, B. Jurašková, M. Šnejdrlová) .....	<b>141</b>
<b>6.1 Pojetí geriatrických syndromů</b> (Z. Kalvach, I. Holmerová, P. Weber, B. Jurašková, M. Šnejdrlová) .....	141
<b>6.2 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti</b> (Z. Kalvach, E. Novotná) .....	145
6.2.1 Hypomobilita ve stáří .....	146
6.2.2 Dekondice ve stáří .....	150
6.2.3 Sarkopenie, involučně podmíněná svalová slabost .....	152
<b>6.3 Syndrom anorexie a malnutrice</b> (Z. Kalvach, B. Jurašková).....	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
<b>6.4 Syndrom instability s pády</b> (E. Růžička, Z. Kalvach, B. Lischkeová, E. Novotná, L. Rychlý).....	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
<b>6.5 Syndrom imobility</b> (I. Bureš, Z. Kalvach, M. Kojanová, E. Novotná).....	194
6.5.1 Klinicky závažné projevy a komplikace syndromu imobility .....	196
6.5.2 Dekubity a ošetřování chronických ran .....	200
<b>6.6 Syndrom inkontinence</b> (T. Hanuš).....	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 (M. Šamánková) .....	224
6.6.6 Léčebné možnosti u pacientů s inkontinencí stolice (Z. Kalvach) .....	228
<b>6.7 Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti</b> (R. Jiráček).....	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

<b>6.8 Syndrom deliria</b> ( <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
<b>6.9 Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka</b> ( <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
<b>6.10 Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří</b> ( <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
<b>6.11 Syndrom dehydratace</b> ( <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
<b>6.12 Syndrom duálního senzoriálního deficitu</b> ( <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
<b>6.13 Syndrom maladaptace</b> ( <i>Z. Kalvach, H. Janečková, J. Ondrušová</i> ) .....	293
6.13.1 Somatická maladaptace .....	294
6.13.2 Psycho-somato-sociální maladaptace .....	294
<b>6.14 Syndrom terminální geriatrické deteriorace</b> ( <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
<b>6.15 Farmakoterapie jako patogenetický i dekompenzující faktor geriatrické křehkosti (Z. Kalvach, M. Šnejdrová) .....</b>	<b>305</b>
<b>6.16 Systémová zánětlivá reakce jako patogenetický i dekompenzující faktor geriatrické křehkosti (P. Maruna).....</b>	<b>310</b>
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
<b>7 PŘÍLOHY:</b>	
<b>JAK KOMUNIKOVAT S KŘEHKÝMI GERIATRICKÝMI PACIENTY A S LIDMI S FUNKČNÍMI DEFICITY .....</b>	<b>321</b>
<b>I. – Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením .....</b>	<b>321</b>
<b>II. – Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením .....</b>	<b>321</b>
<b>III. – Desatero komunikace při doprovázení pacientů se zrakovým postižením .....</b>	<b>322</b>
<b>IV. – Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením .....</b>	<b>323</b>
<b>V. – Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením .....</b>	<b>324</b>
<b>VI. – Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence .....</b>	<b>324</b>
<b>Rejstřík .....</b>	<b>327</b>

## 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 Šnejdrová** – 3. interní klinika, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

**Doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.** – Klinika geriatric, ošetřovatelství a všeobecného lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Bohunice, 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

<b>AADL</b>	– advanced activities of daily living (náročné aktivity denního života)
<b>ACE</b>	– acute care of the elderly units (nemocniční geriatrická oddělení)
<b>ADAS-cog</b>	– Alzheimer's disease assessment scale-cognitive (kognitivní škála hodnocení Alzheimerovy choroby)
<b>ADL</b>	– activities of daily living (aktivity denního života)
<b>AIM</b>	– akutní infarkt myokardu
<b>AUA</b>	– American Urological Association
<b>BADL</b>	– basal activities of daily living (základní aktivity denního života)
<b>BMI</b>	– body mass index (index tělesné hmotnosti)
<b>CDR</b>	– clinical dementia rating (klinické hodnocení demence)
<b>CGA</b>	– comprehensive geriatric assessment (komplexní geriatrické hodnocení)
<b>CIRS</b>	– Cumulative illness rating scale (škála souhrnného hodnocení multimorbidity)
<b>CMP</b>	– cévní mozková příhoda
<b>CNS</b>	– centrální nervový systém
<b>CRP</b>	– C-reaktivní protein (jeden z proteinů akutní fáze)
<b>CT</b>	– computed tomography (počítačová tomografie)
<b>CTT</b>	– celková tělesná tekutina
<b>CTV</b>	– celková tělesná voda
<b>DAD</b>	– Disability assessment of dementia (hodnocení disability u demence)
<b>DD</b>	– domov důchodců
<b>DFLE</b>	– disability-free life expectancy (naděje dožití bez disability)
<b>DHEA</b>	– dehydroepiandrosteron
<b>DM</b>	– diabetes mellitus
<b>EEG</b>	– elektroencefalografie
<b>EKG</b>	– elektrokardiografie
<b>EPESE</b>	– Established populations for the epidemiologic study of the elderly (soubor testů ke zhodnocení funkční zdatnosti seniorů pro epidemiologické studie)
<b>EQ-5D</b>	– Euroqol o 5 dimenzích (Evropský dotazník kvality života o 5 položkách)
<b>FI</b>	– frailty index
<b>FIM</b>	– Functional independence measure (hodnocení funkční nezávislosti)
<b>fT<sub>4</sub></b>	– free thyroxin (volný tyroxin)
<b>FW</b>	– sedimentace erytrocytů
<b>GDS</b>	– Global deterioration scale (škála souhrnné deteriorace)
<b>GEM</b>	– Geriatric evaluation and management (geriatrické hodnocení pacienta a nastavení péče)
<b>GS</b>	– geriatrický syndrom

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

---

<b>SIRS</b>	– Systemic inflammatory response syndrome (syndrom systémové zánětlivé odpovědi)
<b>SSRI</b>	– selective serotonin reuptake inhibitors (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, skupina antidepresiv)
<b>STH</b>	– somatotropní (růstový) hormon
<b>SZO</b>	– Světová zdravotnická organizace (též WHO)
<b>TF</b>	– tepová frekvence
<b>TK</b>	– tlak krevní
<b>TNF</b>	– tumor nekrotizující faktor
<b>TSH</b>	– tyroideu (štítnou žlázu) stimulující hormon
<b>USG</b>	– ultrasonografie
<b>ÚSP</b>	– ústav sociální péče
<b>UV</b>	– ultrafialové záření
<b>ÚZIS</b>	– Ústav zdravotnických informací a statistiky
<b>VAS</b>	– vizuální analogová škála
<b>VBI</b>	– vertebrobazilární insuficience
<b>VO<sub>2</sub>max</b>	– maximální aerobní kapacita
<b>WHAS</b>	– The women's health and aging study (název longitudinální studie o zdravotním stavu a stárnutí žen)
<b>WRN</b>	– 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 změnit, 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 *Geriatricie 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 jejich 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 *Geriatricie a gerontologie* snažili vybavit rozsáhlejší odkazovým aparátem, abychom zájemcům usnadnili literární orientaci, eventuální 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 geriatři i 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 živoření a čekání na smrt v příšeří 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.

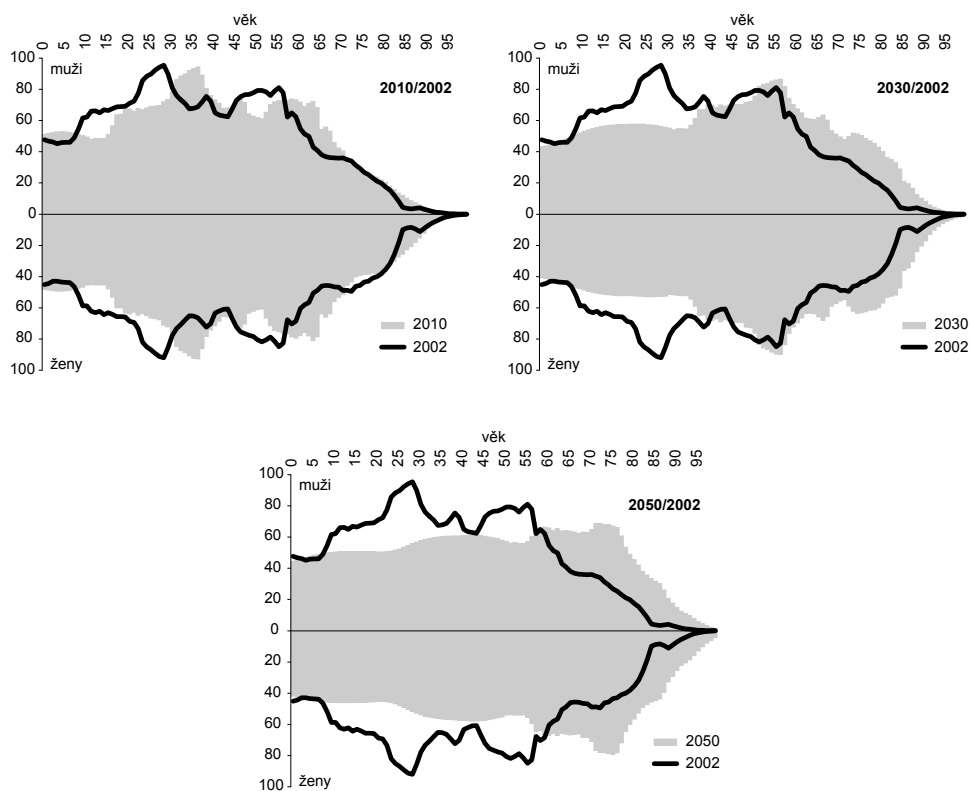
*Autoři*

# 1 Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří

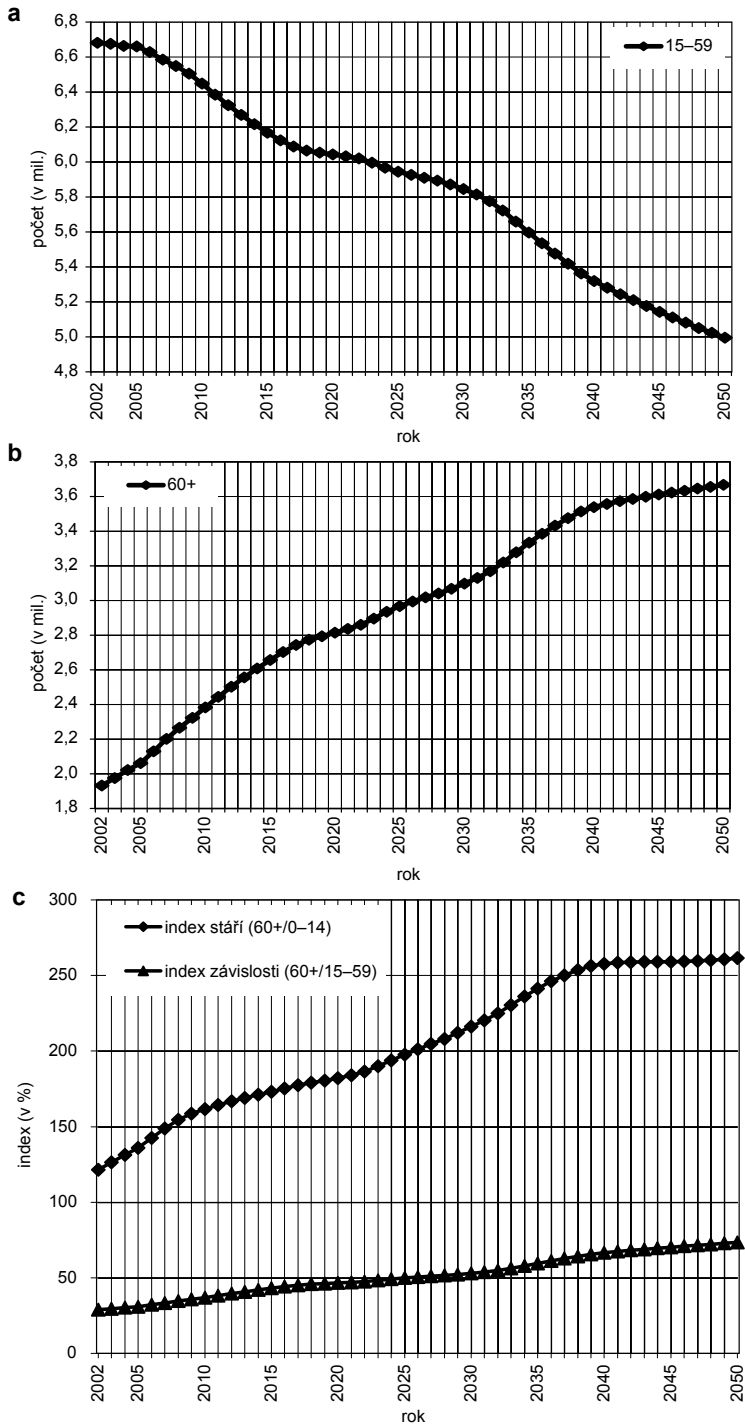
Starých a velmi starých lidí v lékařských ordinacích významně přibývá a bude přibývat. Hovoří se o geriatrizaci medicíny v procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověké společnosti (obr. 1.1 a 1.2, tab. 1.1–1.4).

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 přinářející 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  $\geq 60$  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  $\geq 60$  let na území dnešní ČR a SR v letech 1857–2050

Rok	Česko	Slovensko	Poznámky
1857	6,2 <sup>1</sup>	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 <sup>2</sup>	26,1 <sup>4</sup>	
2050	41,0 <sup>3</sup> 39,6 <sup>2</sup>	37,9 <sup>4</sup>	ČR 1. místo na světě s Itálií a Řeckem

<sup>1</sup>Štráiteský, <sup>2</sup>Burcin a Kučera, 2003, <sup>3</sup>prognóza OSN, <sup>4</sup>Vaňo 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  $\geq 80$  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.