

Ze současné medicíny

Gerontologie – geriatrie, historie a současnost na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity

HANA KUBEŠOVÁ

Již od počátku minulého století je možno pozorovat tendence k definování odlišností v přístupu k nemocným vyššího věku. Prodlužující se lidský věk postupně znamenal vznik skupiny nemocných, jejichž vlastnosti, schopnosti, ale i spektrum chorob se podstatným způsobem liší od mladší populace. Pojem geriatrie byl patrně poprvé použit I. L. Nascherem v roce 1909 a o pět let později jím byla nazvána kniha *Geriatrics*.

K významným osobnostem počátků geriatrie patří i M. Warrenová, s jejímž jménem jsou ve 40. letech 20. století spojeny v Británii počátky geriatrických nemocničních oddělení, geriatrického posuzování i domácí ošetrovatelské péče. V roce 1942 vznikla Americká geriatrická společnost a vývoj oboru byl akcelerován v roce 1975 programem GRECC (*Geriatric Research, Education and Clinical Centers*). Ve stejném roce byla v USA založena na podporu geriatrického vzdělávání i *Association for Geriatric Higher Education (AGHE)*, od roku 1999 vzdělávací jednotka *Gerontological Society of America*.

V českých zemích přednášel již v roce 1843 na pražské lékařské fakultě o nemocech stáří J. Hammerník. Od roku 1921 se geriatrií zabýval profesor R. Eiselt, který v roce 1929 přeměnil Ústav pro nemoci stáří v dnešní pražské Thomayerově nemocnici ve fakultní kliniku, pravděpodobně první geriatrické univerzitní pracoviště na světě. Česká gerontologická společnost byla založena po 2. světové válce profesorem B. Prusíkem, který patřil k zakládajícím členům prestižní Mezinárodní gerontologické asociace IAG. V roce 1981 vyšla první česká novodobá geriatrická monografie. Odborná veřejnost se v současné době sdružuje v České gerontologické a geriatrické společnosti.

Změny po roce 1989 vedly bohužel k destrukci v té době již velmi kvalitně fungujícího systému geriatrických sester, které pracovaly jako členky týmu obvodního lékaře. Postupně a někdy velmi těžce se rodila síť agentur domácí péče, které během několika let zacelily a do dnešní doby nesmírně zkvalitnily péči o starší nemocné v jejich vlastním sociálním prostředí.

V brněnských podmínkách byl jedním z nejznámějších průkopníků geriatrie MUDr. Václav Jedlička a první hmatatelnou podobu získala geriatrie jako obor v roce 1995 založením Geriatrického oddělení ve Fakultní nemocnici v Brně-Bohunicích. V té době mělo oddělení 44 lůžek a zabývalo se doléčo-

váním starších nemocných s destabilizací stavu po interních, chirurgických, ortopedických neurologických a dalších akutních onemocněních.

V roce 1999 došlo na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně z iniciativy tehdejšího děkana prof. MUDr. J. Vorlíčka, CSc., ke sloučení tří pracovišť s prolínající se problematikou – Geriatrického oddělení, Ústavu rodinného lékařství a bakalářského studia ošetrovatelství, které bylo prozatímně pod patronací Interní hematooonkologické kliniky. Byla založena Klinika geriatry, ošetrovatelství a praktického lékařství, která zajišťovala pregraduální výuku studentů všeobecného lékařství v rámci předpromoční praxe – stáž u praktických lékařů a v geriatrických zařízeních, dále prezenční i kombinovanou formu bakalářského studia oboru všeobecná sestra a základy ošetrovatelství a komunikace pro studenty všeobecného lékařství.

Postupem času a vlivem nejrůznějších změn v brněnském zdravotnickém systému dostala klinika do své péče i tu oblast Brna, jejíž péči původně zajišťovalo Interní oddělení nemocnice na Kolišti, což podstatným způsobem změnilo ráz pracoviště, nicméně věkové složení klientely se příliš nezměnilo. Současně došlo k takovému nárůstu objemu činnosti bakalářského a nyní již i magisterského studia ošetrovatelství a oboru všeobecná sestra, že byla založena samostatná katedra ošetrovatelství. Současný název pracoviště věnujícího se geriatryi tedy je Klinika interní, geriatryie a praktického lékařství. Aktivita této kliniky se realizují na 61 lůžcích, z nichž původních 44 je nadále určeno nemocným nad 65 let, i když ráz medicíny je podstatně akutnější, a dále na 17 lůžcích určených pro nemocné mladší. Část kliniky zabývající se pregraduální výukou studentů všeobecného lékařství sídlí v budově Lékařské fakulty na ulici Kamenice.

Pracovníci kliniky jsou plně zapojeni i v postgraduální výuce v rámci atestačního vzdělávání v geriatryi i vnitřním lékařství – pro obě tyto oblasti získalo pracoviště akreditaci podle zákona 95/2004 Sb. Pracoviště je zapojeno i do specializačního vzdělávání sester v gerontologii.

Gerontologie bývá definována jako nauka o stárnutí a stáří, ale odvození názvu od řeckého slova gerón – stařec (srov. gerás – stáří) napovídá spíše zájem o problematiku starých lidí a život ve stáří – tedy nepominutelný akcent na lidskou dimenzi. V dnešním pojetí má gerontologie tři základní součásti.

Gerontologie experimentální (biogerontologie a psychogerontologie) se zabývá příčinami a způsobem stárnutí živých organismů. Hlavní podíl biologického výzkumu se dnes podobně jako v jiných oborech přesouvá na celulární a molekulární úroveň.

Gerontologie sociální se zabývá vzájemným vztahem staršího člověka a společnosti, tím, co starší lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj.

Gerontologie klinická je nazývána také geriatryie a zabývá se zdravotním a funkčním stavem starších lidí. Název geriatryie je odvozen od slova gerón – starý člověk a iatró – léčím. Klinická gerontologie v širším slova smyslu shr-

nuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu i specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštností ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i v sociálních souvislostech chorob ve stáří.

Geriatrická problematika nabývá na významu zvláště s ohledem na demografický vývoj naší, ale i celoevropské populace. Střední délka života se prodlužuje, v našich podmínkách dosahují ženy průměrného věku 78 let, muži 72 let. Tento trend má za následek zvyšování podílu starších jedinců v populaci. Existuje mezinárodně uznávaná hranice, kdy se péče o starší populaci stává celospolečenskou záležitostí. Tato hranice znamená 14% a vyšší podíl obyvatel starších 65 let. Naše republika tuto hranici překročila již v roce 2000.

V medicíně je trend zvyšování podílu starších nemocných již dlouhou dobu nazýván geriatrizace medicíny, která je dnes patrná ve všech složkách lékařské péče – v ambulancích praktických lékařů, ambulantních specialistů i na lůžkových odděleních nemocnic. Vyšší věk nemocných souvisí i s vyšším počtem chorob, kterých se nemocní dožijí. Ve snaze léčit všechny choroby staršího nemocného se často jeho medikace dostává do oblasti polypragmazie, kdy se již jen těžko posuzují možnosti lékových interakcí a kdy nevyhnutelně narůstá i počet chyb v užívání složité medikace samotným nemocným.

Dalším specifickým rysem chorob starších nemocných je oligosymptomatologie či mikrosymptomatologie, kdy manifestní příznaky jsou jen malou částí toho, co většina z nás očekává podle znalostí nabytých z medicínských učebnic, což může ve svém důsledku vést k podcenění závažnosti aktuální situace geriatrického nemocného.

Neméně podstatným problémem v diagnostice u starších nemocných je možnost přenosu manifestace příznaků choroby na nejkřehčí orgány, kterými jsou mozek a srdce. Rozsáhlá infekce, například infekce močových cest, se tak může projevit pouze celkovým nespecifickým zhoršením a zmateností způsobenou mozkovou dysfunkcí. Nesprávná diagnostika, a tím i nesprávné léčení jsou potom logickými důsledky, nejsme-li dost ostražití.

Vlastní průběh choroby je u starších nemocných závažnější, je doprovázen vyšším výskytem komplikací a několikanásobně se prodlužuje doba rekonvalescence.

Závažnou kapitolou geriatrie jsou tzv. velké geriatrické syndromy (giants of geriatrics), které podstatným způsobem snižují soběstačnost staršího nemocného, ale i jeho celkovou kvalitu života. Jejich základním rysem je jejich multidisciplinární charakter – tedy k jejich správné diagnostice a efektivní terapii je vždy třeba týmové spolupráce. Do této významné skupiny chorob řadíme intelektové poruchy – poruchy paměti a pokles intelektových schopností, dále imobilizaci spojenou s rozvojem tzv. imobilizačního syndromu – kaskády vzájemně se podmiňujících poruch končících až smrtí nemocného. Další skupinou chorob jsou instabilita a pády postihující až třetinu seniorů, kdy řádná diagnostika vede až u poloviny z nich k odhalení řešitelné příčiny. Další vý-

znamnou skupinou chorob jsou inkontinence spojené obvykle i s poruchami integrity kůže.

Tato tzv. „4 I“ (intelektové poruchy, imobilita, instabilita, inkontinence), jejich diagnostika, preventivní i profylaktické ovlivnění, léčba, ale i výzkum jsou nyní v centru pozornosti geriatric s vizí podstatného zvýšení soběstačnosti a prodloužení schopnosti nezávislého života starších nemocných.

Vyšší procento starších nemocných znamená i nutnost přizpůsobení časového plánu zdravotnických pracovníků, protože na běžné úkony, jako je třeba svlečení v ordinaci, je třeba delšího časového intervalu. K prostému faktoru časové kalkulace pro jednotlivý úkon však přibývá často i faktor společensko-sociální – pro osamělého staršího nemocného je praktický nebo jiný lékař často jediným společenským kontaktem, vzájemný rozhovor v ordinaci se tedy odehrává nejen na úrovni chorob a léků, ale i na úrovni aktuálních událostí v domácnosti.

Sociální aspekt obecně je neoddělitelnou součástí geriatric. Vývoj soběstačnosti je určujícím faktorem dalšího osudu seniora. Z tohoto pohledu je výstižně rozdělení seniorů na kategorie:

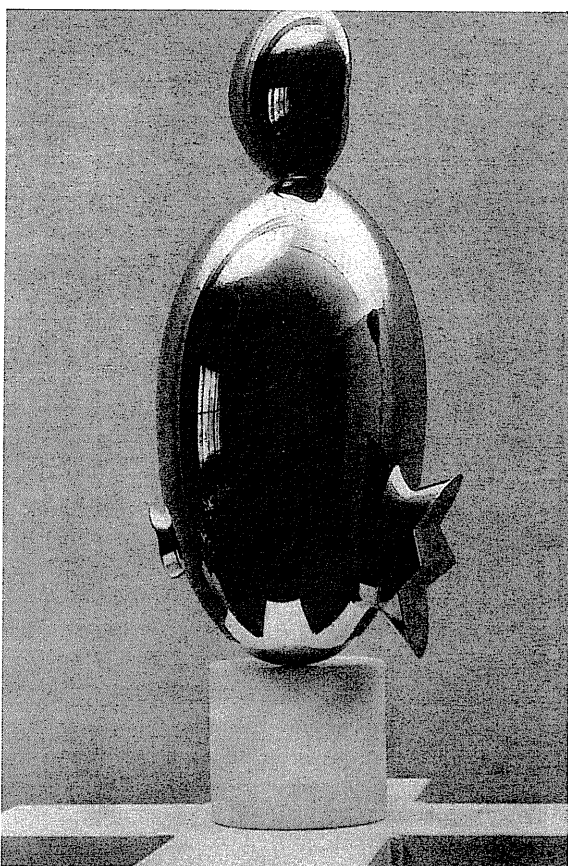
- **kategorie elite** – tedy senioři ve skvělé kondici, sportující, naprosto soběstační,
- **kategorie fit** – senioři bez problémů zvládající sebe, zahrádku, vnučata a mnoho dalších aktivit,
- **kategorie independent** – senioři sice ještě nezávislí na pomoci zvenčí, ale pomalu ustupující od dřívějších aktivit,
- **kategorie frail** – křehký senior zatím soběstačný, ale při jakémkoli zdravotním problému se propadá do kategorií nižších,
- **kategorie dependent** – senior závislý na pomoci zvenčí,
- **kategorie disabled** – senior upoutaný na lůžko nebo křeslo, neschopný základní sebepečce.

Dalším z cílů geriatric z hlediska medicínského je umožnit většině populace prožít období senia v co možno nevyšší kategorii, z hlediska sociálního je cílem geriatric ohodnotit co nejpřesněji aktuální stav nemocného a podle zjištěného výsledku zprostředkovat optimální způsob další péče tak, aby nemocný byl na jedné straně motivován k další vlastní aktivitě, ale aby na druhé straně nedocházelo k jeho neadekvátnímu zatížení. Bohužel pro splnění tohoto cíle zatím nejsou adekvátní materiální podmínky – v České republice chybí několik desítek tisíc lůžek pro dlouhodobou péči o seniory, čekací doby na místa v penzionech a v domovech důchodců se pohybují ve větších městech až v řádu desítek let. Za těchto podmínek je samozřejmě výběr „optimální varianty péče“ podstatně ztížen.

Oproti jiným evropským zemím dluží naše společnost seniorům vyšší podíl péče vlastní rodiny. Doba panelákových bytů bohužel odděluje velmi brzy od sebe mladší a starší generaci, které se potom vzdálí nejen místně, ale i citově, a tím mladší generace z péče o seniory prakticky vypadá. Řečí studentů, které

jsem v rámci předpromoční praxe vzala na exkurzi do domova důchodců, byli velmi udiveni počtem zájemců o pobyt v podobném typu zařízení a popisovali, jakým způsobem zajišťují řecké rodiny zcela automaticky péči o svoje seniory.

Gerontologie i geriatrie si buduje svoje místo v povědomí zdravotnické i laické veřejnosti, nejrychleji samozřejmě u těch, kteří již měli příležitost řešit u svých blízkých nějaký závažnější problém zdravotní, ale většinou problém zdravotně-sociální. Jedním z hlavních úkolů gerontologie i geriatrie zůstává definovat a zkoumat základní problémové oblasti včetně multidisciplinárních přístupů napříč všemi obory a určovat efektivní preventivní a profylaktické postupy s cílem maximálního zachování soběstačnosti a obecně optimální kvality života starších nemocných.



K. Brancusi, **Světlovlasá černoška**, 1926