



Geriatrické syndromy

SETKÁVÁME SE S NIMI, ALE NEVÍME O NICH

Historie geriatrických syndromů

- ▶ Závažné zdravotní obtíže a symptomy u geriatrických pacientů se opakují velmi často a bez vazby na určité onemocnění
- ▶ 70.léta 20.století – Bernard Isaacs (1924-1995, Birmingham University)– formulace tzv. geriatrických obrů (GIANTS OF GERIATRICS) = **5 i**
- ▶ **I**NSTABILITA A PÁDY
- ▶ **I**MOBILITA
- ▶ **I**NTELEKTOVÉ PORUCHY (demence + delirium)
- ▶ **I**NKONTINENCE
- ▶ **I**ATROGENNÍ POŠKOZENÍ (nežádoucí účinky léků,geriatrický hospitalismus)

Základní charakteristika GS

- ▶ **Multikauzální etiologie**
- ▶ **Chronický průběh**
- ▶ **Významné omezení pacientovy nezávislosti**
- ▶ **Neexistence jednoduché kauzální léčby**
- ▶ **Prognóza GS je špatná s rizikem nežádoucích důsledků :**
 - disabilita**
 - institucionalizace**
 - úmrtí**

Syndrom geriatrické křehkosti

FRAILTY

- ▶ Věkem podmíněný pokles potenciálu zdraví, odolnosti a adaptability lidského organismu
- ▶ Změny v oblasti psychické a fyzické
- ▶ Často nerozpoznán – pacient obchází ordinace ambulantních specialistů, je vystaven polypragmzii a končí hospitalizován pod dg. „Celkové zhoršení stavu“
- ▶ Pacient progresivně chátrá, aniž je zjištěna konkrétní choroba, která by k tomu vedla
- ▶ Kauzální terapie neexistuje – není možno odstranit příčinu, kterou je involuce jako taková

Frailty kritéria dle Lindy Fried

(Cardiovascular Health Study, 1998-9, J.Hopkins University, Baltimore)

- ▶ Hubnutí, nechtěný úbytek hmotnosti alespoň 4,5 kg /rok
- ▶ Subjektivně výrazně vnímaná únava a vyčerpanost
- ▶ Svalová slabost (nízká hodnota síly stisku ruky –hand grip)
- ▶ Pomalá chůze
- ▶ Nízká úroveň pohybové aktivity

Možnosti ovlivnění geriatrické křehkosti

▶ Kauzální léčba neexistuje !!!

▶ **Nutrice**

ROZJÍST

▶ **Mobilizace**

ROZCHODIT

▶ **Motivace**

ZMOTIVOVAT

Nutrice

- ▶ **Hodnocení stavu výživy a stanovení nutričního rizika (Mini Nutritional Assesement)**
- ▶ **Monitorace příjmu stravy a tekutin**
- ▶ **Vhodné složení stravy (dostatek vlákniny, bílkovina, stopové prvky, vitaminy)**
- ▶ **Vhodná úprava stravy – stav dentice !**
- ▶ **Volnějši dodržování diet**
- ▶ **Sipping !!!**
- ▶ **Možnost ovlivnění farmaky ze skupiny dualistickýc AD- mirtazapin (zvyšuje chuť k jídlu)**

Mobilita

Claude Richard : „**Postel je pro seniora stejně nebezpečná, jako Ferrari pro teenagera** „

- ▶ Rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie, skupinové cvičení)
- ▶ Využití kompenzačních pomůcek
- ▶ Korekce smyslových vad (prevence pádu)
- ▶ Ovlivnění bolesti (artroza, osteoporóza)
- ▶ Ovlivnění psychického bloku (strach z pádu a úrazu)- antidepresiva
- ▶ Dostatečná hydratace –prevence ortostázy
- ▶ Korekce polypragmazie – redukce medikace na účelnou a smysluplnou se zminimalizováním nežádoucích účinků

Motivace

- ▶ **Nejobtížnější**
- ▶ **Nejhorší prognózu mají osamělí senioři bez motivace**
- ▶ **Zapojení rodiny a blízkých**
- ▶ **Psychologická a sociální intervence**
- ▶ **Sociální kontakty – dobrovolníci**
- ▶ **Léčba deprese**

Terminální geriatrická deteriorace

- ▶ **Finální podoba syndromu frailty**
- ▶ **Medicínsky již neovlivnitelná , nevratná**
- ▶ **Imobilita , těžký kognitivní deficit, delirantní stavy nasedající na demenci, kachexie , dekubity**
- ▶ **Pacient umírá nejčastěji v důsledku infektu při vyčerpání rezerv - urosepse, bronchopneumonie, dekubitální sepse**
- ▶ **Velké psychické i fyzické utrpení na konci života**

Základní geriatrické syndromy

- ▶ **instabilita a pády**
- ▶ **imobilizační syndrom**
- ▶ **inkontinence**
- ▶ **intelektové poruchy**
- ▶ **iatrogenita**

Instabilita a pády

Ve stáří patří pády k nejvýznamnějším příčinám morbidity a mortality

V ČR představují pády ve věku nad 65 let asi 60% úrazů končících smrtí

- ▶ **interní příčiny** –ortostatická hypotenze, dysrytmie, srdeční selhání, kachektizující choroby, DM
- ▶ **kognitivní příčiny** - demence, delirium, agitovanost
- ▶ **lokomoční příčiny**- artroza, osteoporóza, sarkopenie
- ▶ **snížená schopnost rychlé posturální adaptace** -při vstávání ze sedu, při chůzi ze schodů, na nerovném povrchu apod)
- ▶ **NÚ léků** - antihypertenziva, tlumivá psychofarmaka
- ▶ **exogenní příčiny** - nevhodná obuv , bariérové prostředí, ignorace kompenzačních pomůcek

Důsledky pádů

- ▶ **poranění**-zlomeniny (frc.krčku femuru, frc.Collesi, kompresivní frc.obratlů, subdurální hematomy)
- ▶ **nemožnost vstát**- podchlazení, rabdomyolýza až crush syndrom se selháním ledvin, poziční traumata
- ▶ **úzkost, deprese**
- ▶ **strach z pádů** – vede k hypomobilitě a sociální izolaci

Imobilizační syndrom

- ▶ označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého, podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko
- ▶ U geriatrických pacientů je rozvoj negativních důsledků imobilizace extrémně rychlý (dekubity, HŽT nebo PE se vyvinou během několika hodin)

Imobilizační syndrom - komplikace

- ▶ **hypoventilace plicní**- stagnace hlenu a riziko vzniku bronchopneumonie
- ▶ **TEN**
- ▶ **vznik dekubitů**
- ▶ **svalová atrofie**
- ▶ **vznik flekčních kontraktur**
- ▶ **dekalifikace skeletu**- rozvoj osteoporózy
- ▶ **obstipace a/nebo inkontinence stolice**
- ▶ **poruchy mikce**- retence i inkontinence
- ▶ **psychické poruchy**- provokace delirií, deprese a deprivace

Inkontinence moči a stolice

- ▶ **Prevalence inkontinence narůstá s věkem**, v populaci nad 65 let – 10-15% (u 20% žen, u 2-5 % mužů), nad 80 let u 50% žen a 30 % mužů,
- ▶ **V geriatrici patří mezi nejvýznamnější problémy , není normálním příznakem stáří**
- ▶ **Důsledky inkontinence:** dekubity, močové infekty, sociální izolace, deprese
- ▶ **Retence moči a stolice :** často iatrogeně navozená (např. anticholinergika), vede až k delirantním stavům

Intelektové poruchy

- ▶ **Kognitivní deficit** – úbytek kognitivních fcí ve stáří – pozornost, paměť, vnímání, porozumění, myšlení, expresivní fce, exekutivní fce....**Mini Mental State Examination**
- ▶ **Demence**
- ▶ **Deliria** = život ohrožující stavy, často bývají první manifestací zcela jiného zdravotního problému (počínající infekce, dehydratace, retence moči apod.)
- ▶ **Deprese** – ve stáří časté, endogenní i exogenní, značně ovlivňují kognitivní fce (Geriatrická škála deprese)

Iatrogenita

- ▶ Nežádoucí účinky léků – až 20% úmrtí seniorů nastává v důsledku nežádoucích účinků léků
- ▶ Polypragmazie – užívání velkého množství léků neindikovaně nebo v rizikových kombinacích
- ▶ **Důraz na ÚČELNOST a BEZPEČNOST lékové preskripce**
- ▶ STOPP-START kritéria = léky potencionálně vhodné a nevhodné ve stáří

Zásady farmakoterapie ve stáří

- ▶ Důsledně zvažujeme medikaci s ohledem na NÚL
- ▶ Vysazujeme všechny léky, které pro pacienta nejsou nezbytné
- ▶ Pružně upravujeme farmakoterapii podle aktuální situace
- ▶ Důsledně respektujeme parametry konkrétního pacienta při výběru medikace (renální a jaterní fce, stav výživy, hladina bílkoviny atd)
- ▶ Aktivně pátráme po NÚL
- ▶ Průběžně ověřujeme compliance pacienta
- ▶ Konzultujeme farmakoterapii s ostatními ambulantními specialisty, případně s klinickým farmaceutem

Děkuji za pozornost 😊

