

„Frailty“ – stařecká křehkost – aktuální problém na prahu 3. tisíciletí

Až do padesátých let 20. století umírali lidé předčasně. Za posledních sto roků se střední délka života téměř zdvojnásobila, což představuje jeden z největších úspěchů lidstva a vědy vůbec. Délka lidského života se nyní začíná přibližovat jeho biologické hranici. Pravděpodobnost dožití se vysokého věku přestává být výjimečným jevem, ale stává se naopak normální a masovou záležitostí. Jedním z hlavních rysů světové populace 20. století je absolutní i relativní růst počtu seniorů, a to v rozvinutých i rozvojových zemích. Běžným pojmem se stává pro populaci v postproduktivním věku označení 3. věk. Vedle toho se formuluje velmi zjevně v geriatrické medicíně i označení 4. věk pro období závislosti na dopomoci v každodenním životě (nad 80 nebo dokonce 85 roků), kdy do popředí začíná vystupovat právě disabilita spojená těsně se stařeckou multimorbiditou, a s tím spojená stařecká křehkost „frailty“. Křehkost je chápána jako riziko vzniku náhlého zhoršení stavu u velmi rizikových osob (nad 80 let, žijící osaměle nebo s handicapovaným partnerem, se závažným somatickým nebo duševním onemocněním). Koncept frailty se tedy alespoň mírně blíží dříve užívanému pojmu rizikového geronta. Důraz je přitom kladen na aktivní záchyt těchto jedinců, kteří převážně svoji křehkost nejsou schopni signalizovat.

V současnosti žije v ČR 3,1 % osob 80letých a starších (v roce 1950 tvořily 1 % všech obyvatel). Odhaduje se, že v roce 2030 jich bude až 8 % a v roce 2050 se bude jejich počet blížit 10 %. Dlouhodobé populační stárnutí v tomto období vyvrcholí a vytvoří situaci, kterou si lze nyní jen velmi obtížně představit. Uvedená čísla jsou natolik alarmující, že jen podtrhují zásadní význam potřeby připravit se po všech stránkách (personální, technického vybavení a dalších) na zásadně se měnící demografickou skladbu populace České republiky v příštích desetiletích. Rostoucí počty seniorů (včetně křehkých) přitom mezi jiným představují nevyhnutelný fakt vyšších nákladů za zdravotní péči související těsně s **geriatrizací medicíny**. Frailty přitom jednoznačně roste s věkem – od 3 % v 65–70 letech k 26 % v 85 až 89 letech. Její prevalence je vyšší u žen (7 %) než u mužů (5 %). Ženy mají menší svalovou hmotu. Křehcí jedinci mají vysoké riziko pádů, hospitalizace, rozvoje nebo zhoršení disability a všech velkých geriatrických syndromů včetně mortality ve srovnání s těmi, kteří nejeví symptomy křehkosti.

Svalová slabost se stává významným limitujícím faktorem pro vedení nezávislého způsobu života. **Stařecký pokles výkonnosti** je dán generalizovanou slabostí, poruchami lokomoce a rovnováhy, malou vytrvalostí. Významným pojmem, těsně spjatým se stárnutím, je **stařecká křehkost („frailty“)**. Ta patří ke klíčovým charakteristikám geriatrických pacientů. Obvykle jsou do této skupiny řazeni nemocní s problémy alespoň ve dvou z uvedených oblastí – tělesné, kognitivní, senzorické a nutriční.

Starší křehcí pacienti se často dostávají do popředí zájmu praktické geriatrické medicíny. Jde o podskupinu seniorů s nejvyšším rizikem rozvoje nepříznivých následků – od pádů, přes závislost na péči, hospitalizaci až po vyšší mortalitu. Efektivní realizace péče o tyto křehké seniory patří k hlavním výzvám geriatrické medicíny 21. století. Frailty bývá vztahována k pozdnímu stáří (80 nebo 85 roků a více); polymorbiditě; přítomnosti disability a závislosti jako projevu křehkosti. Rostoucí počet prací naznačuje, že frailty je **biologický syndrom charakterizovaný poklesem rezerv mnoha orgánových systémů, jež vznikají z dysregulace**, která se může vyskytovat ve stáří a její vznik může navazovat na fyziologické změny při procesu stárnutí, polymorbiditě, malnutrici a nedostatečné fyzické aktivitě.

Tyto změny se manifestují poklesem proteosyntézy ve svalech; poklesem celkové tělesné vody; ztrátou celkové svalové hmoty a svalové síly; snížením kostní minerální denzity; změněnou odpovědí na záněť; změnou imunitní odpovědi a neuroendokrinního systému (osa hypotalamus–hypofýza–nadledvinky). Tyto se mohou navzájem ovlivňovat a působit na sebe. Dochází tak k zúžení pásma, v němž je možno ještě udržet homeostázu. Dysregulace může být přítomna latentně, pokud organismus není ve stresu, a projeví se při klinicky zjevné zátěži, např. při vysoké horečce, infekci nebo poranění. Tato hypotéza fyziologicky vysvětluje **frailty** jako **klinický obraz křehkého staršího jedince, který je zvýšeně vulnerabilní na zátěžové situace jak endo-, tak i exogenní**.

Před plným rozvojem klinického obrazu „frailty“ se objeví **hubnutí** nebo **sarkopenie**, vedoucí k slabosti, nízké fyzické zdatnosti a výkonnosti, zpomalená reaktivita (např. velmi pomalá chůze) a pokles celkové fyzické aktivity. Komponenty rozvinutého syndromu frailty tvoří: podvýživa, slabost, nízká tolerance zátěže, zpomalené motorické reakce a nízká hladina fyzické aktivity. Tyto komponenty mohou dohromady tvořit klinický fenotyp syndromu frailty.

Senioři tvoří jako celek mimořádně heterogenní skupinu, kde jsou jak nemocní, tak i zdraví jedinci. Všem přitom náleží adekvátní zdravotní a sociální péče spojená s lidskou důstojností. Je úkolem nás všech být na tuto skutečnost profesionálně připraveni a pomáhat spoluvytvářet příznivé podmínky při jejím vzniku.

Pavel Weber

doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.

Klinika interní, geriatrické a praktického lékařství LF MU a FN Brno

Jihlavská 20, 625 00 Brno

e-mail: p.weber@fnbrno.cz