

# ZVLÁŠTNOSTI OCHORENÍ VO VYŠŠOM VEKU

## Peculiarities of diseases in old age

Ivan BARTOŠOVIČ<sup>1</sup>, Katarína ZRUBÁKOVÁ<sup>1,2</sup>, Eva ZACHAROVÁ<sup>1</sup>, Libuša REPISKÁ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav zdravotníckych disciplín, vedúca katedry ošetrovateľstva prof. PhDr. H. Koňošová, PhD.

<sup>2</sup>Katolícka univerzita Ružomberok, Fakulta zdravotníctva, vedúca katedry ošetrovateľstva PhDr. M. Ižová PhD.

### Abstrakt

Diagnostika chorôb u seniorov môže byť sťažená zvláštnosťami chorôb vo vyššom veku. K zvláštnostiam ochorení vo vyššom veku zaraďujeme polymorbiditu, zmenenú symptomatológiu a priebeh chorôb, sklon ku komplikáciám, výskyt geriatrických syndrémov, poruchy adaptácie, zmenenú reakciu na lieky, vzájomnú podmienenosť zdravotnej a sociálnej situácie. Ochorenia starých ľudí majú zmenené príznaky a priebeh oproti mladším jedincom. Význam poznania zmenených príznakov a priebehu ochorení u seniorov sa aktuálne zvýraznil počas pandémie COVID-19. Sklon ku komplikáciám je typickou črtou ochorení geriatrických pacientov. Geriatrické syndrómy sú subjektívne aj objektívne chronické zdravotné ťažkosti (príznaky) starších pacientov, ktoré nespĺňajú klasickú definíciu syndrómu. Geriatrické syndrómy sú typické tým, že časté a dôležité príznaky u seniorov majú mnohopočetné a rôzne kombinované príčiny. U seniorov často dochádza aj k poruchám adaptácie. Klinickým prejavom zlyhania adaptácie na báze chronického stresu vo vyššom veku je geriatrický maladaptatívny syndróm. V starobe sa neoddeliteľne spája sociálna situácia a zdravotný stav. Zhoršenie zdravotného stavu má svoje sociálne dôsledky, vedie k strate sebestačnosti a závislosti od iných osôb. Akútny psychosociálny problém vedie naopak k nápadnému zhoršeniu zdravotných ťažkostí u seniorov. Ochorenia u seniorov majú svoje odlišnosti, ktorými sa líšia od chorôb u mladších jedincov. Je preto potrebné, aby ich všetci lekári i sestry poznali a rešpektovali v praxi (tab. 2, obr. 1, lit. 21). Text v PDF [www.lekarsky.herba.sk](http://www.lekarsky.herba.sk).

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** starnutie, seniori, choroby u seniorov, geriatrické syndrómy, geriatrický maladaptatívny syndróm, poruchy adaptácie.

Lek Obz 2025, 74 (3): 108-112

### Abstract

Diagnosis of diseases in the elderly can be complicated by the peculiarities of diseases in older age. The peculiarities of diseases in older age include polymorbidity, changed symptomatology and progression of diseases, tendency to complications, occurrence of geriatric syndromes, adaptation disorders, changed reaction to drugs and mutual conditionality of the health and social situation. Diseases of old people exhibit changed symptoms and progression in comparison with younger individuals. The importance of knowing the changed symptoms and course of diseases in seniors increased markedly during the COVID-19 pandemic. Disposition to complications is a typical feature of the diseases in geriatric patients. Geriatric syndromes are subjective and objective chronic health problems (symptoms) of elderly patients that do not meet the classic definition of a syndrome. Geriatric syndromes are typical in that frequent and important symptoms in seniors have multiple and various combined causes. Adaptation disorders often occur in the elderly. Clinical manifestation of the failure of adaptation based on the chronic stress in older age is a geriatric maladaptation syndrome. In old age, the social situation and the state of health are inseparably linked. Deterioration of health has its social consequences, leads to the loss of self-sufficiency and dependence on other persons. On the contrary, an acute psychosocial problem leads to a noticeable worsening of health problems in seniors. Diseases in seniors have their differences which differ from diseases in younger individuals. It is therefore necessary that all doctors and nurses know and respect them in practice (Tab. 2, Fig. 1, Ref. 21). Text v PDF [www.lekarsky.herba.sk](http://www.lekarsky.herba.sk).

**KEY WORDS:** aging, seniors, diseases in seniors, geriatric syndromes, geriatric maladaptation syndrome, adaptation disorders.

Lek Obz 2025, 74 (3): 108-112

### Úvod

Starnutie populácie je v súčasnosti najvýznamnejším demografickým fenoménom na celom svete. Je charakterizované klesajúcou pôrodnosťou, znižovaním úmrtnosti, nárastom skupiny seniorov vo veku nad 80 rokov, nárastom indexu feminity a zvyšovaním strednej dĺžky života (1, 2, 3). Tento fenomén platí aj pre Slovensko. K 31. 12. 2023 mala Slovenská republika 5 424 687 obyvateľov (4, 5). Pri porovnaní rokov 2013 a 2023 prišlo (napriek pandémie COVID-19) k predĺženiu nádeje na dožitie (= strednej dĺžky života) pri narodení u mužov zo 72,9 roka na 74,73 roka; u žien zo 79,61 roka na

81,35 roka. Zároveň sa za uvedených desať rokov zvýšil počet seniorov vo vekovej skupine nad 65 rokov o viac ako tretinu (z 13,5 % na 18,4 %) (4). Index starnutia, ktorý ukazuje, koľko seniorov pripadá na 100 detí, prvý raz atakuje 115 %, pričom rýchlosť, akou medziročne vzrástol, je najvyššia v histórii (5).

Zvyšovanie počtu starých ľudí kladie zvýšené nároky na celú spoločnosť, predovšetkým na sociálne služby a zdravotníctvo. Starostlivosť o staršie osoby s početnými, navzájom sa ovplyvňujúcimi chorobami si vyžaduje veľké diagnostické, analytické a syntetické schopnosti lekára, včítane jeho schopnosti komunikovať s ľuďmi

(6). Vzájomným pôsobením starnutia na jednej strane a choroby na druhej strane vznikajú špecifická ochorení v starobe (6, 7). Diagnostika i liečba chorôb u seniorov môže byť sťažená zvláštnosťami chorôb vo vyššom veku (8). K zvláštnostiam ochorení vo vyššom veku zaradujeme:

1. polymorbiditu,
2. zmenenú symptomatológiu a priebeh chorôb,
3. sklon ku komplikáciám,
4. výskyt geriatrických syndrómov,
5. poruchy adaptácie,
6. zmenenú reakciu na lieky,
7. vzájomnú podmienenosť zdravotnej a sociálnej situácie (1, 8).

### Polymorbidita

Polymorbidita (multimorbidita, koprevalencia, polyptia) znamená súčasnú prítomnosť viacerých chorôb u toho istého jedinca. Ochorenia sa vyskytujú buď bez príčinnej súvislosti, alebo sa kauzálne podmieňujú (9). Je špecifickým znakom staroby, hádam najrozšírenejšou a najtypickejšou črtou starého pacienta (1). S vekom stúpa počet diagnóz, hlavne keď po nich aktívne pátrame (10, 11). Podľa Krajčíka je počet chorôb vyskytujúcich sa u jedného pacienta nasledovný:

- vo veku 30 – 49 rokov: 2 – 4 diagnózy,
- vo veku 50 – 69 rokov: 4 – 6 diagnóz,
- vo veku 70 rokov a viac: 5 – 10 diagnóz (12).

Jedno ochorenie ovplyvní prognózu druhého ochorenia a majú aj sumačný efekt (jedna choroba podmieňuje vznik ďalšej). Multimorbidita znamená mnoho rizík nielen pre seniorov, ale aj pre ich lekárov (8, 9, 10). Úskaliami a negatívami polymorbidity predstavujú:

- zrýchlenie poklesu funkčných kapacít,
- vyšší výskyt symptómov a subjektívnych ťažkostí,
- pokles kvality života,
- vyššiu úmrtnosť,
- vyššie riziko hospitalizácie a umiestnenia do ústavnej starostlivosti,
- rast nákladov na zdravotnú starostlivosť (9).

Polymorbidita výrazne mení klinický obraz chorôb a negatívne ovplyvňuje ich priebeh (3). Zároveň vplyva na medikamentóznú liečbu dvoma smermi – rezultuje do polyfarmácie a súčasne (vzhľadom na nežiaduce účinky a interakcie liekov) neumožňuje ordinovať štandardné dávkovacie schémy, ktoré sú účinné v mladšom veku (13). Polymorbidita sa považuje za jednu z charakteristických črt geriatrickej. Je faktorom, ktorý v rozhodujúcej miere ovplyvňuje zdravotný a sociálny stav seniora (14).

### Zmenená symptomatológia a priebeh chorôb

Ochorenia starých ľudí majú zmenené príznaky a priebeh oproti mladším jedincom. Patria sem:

- **Mikrosymptomatológia** – príznaky sú málo nápadné, minimálne (napr. slabosť pri tbc, dýchavičnosť pri infarkte myokardu) (8). Niekedy hovoríme, že „orgány sú choré, aj keď neplačú“ (10, 11).

- **Oligosymptomatológia** – u seniorov chýba obvyklá škála príznakov (napr. pri pneumónii často chýba horúčka a leukocytóza a choroba prebehne pod obrazom apatie a tachypnoe) (8, 10, 11). Mikrosymptomatológia aj oligosymptomatológia je príčinou tzv. „fenoménu ľadovca“, preto mnohé choroby u seniorov zostávajú bez príznakov, a preto nepoznané (10, 15).

- **Chýbajúce príznaky** – mnohé príznaky u seniorov úplne chýbajú, čo zvyčajne už prítomnú oligosymptomatológiu i mikrosymptomatológiu. Príčinou sú involučné zmeny organizmu, malnutícia, vplyv liekov, komorbidity (16). Patria sem napr.:

- chýbanie bolesti (napr. tichá ischemia myokardu, nebolestivé srdcové infarkty, chýbanie pleurálnej bolesti pri pleuropneumónii, nebolestivé peptické vredy),
- afebrilný alebo subfebrilný priebeh zápalových ochorení,
- chýbanie obranného svalového napätia („défense musculaire“ pri peritoneálnom dráždení u kachektických pacientov),
- chýbanie tachykardie (pri zápaloch, anémii, srdcovom zlyhávaní, pľúcnej embólii),
- chýbanie dyzúrie (pri zápaloch dolných močových ciest) (16).

- **Atypické príznaky.** U seniorov sa vyskytujú atypické, nešpecifické príznaky pre dané ochorenie. Napr. hypotyreóza sa prejaví spavosťou, depresiou, apatiou, unaviteľnosťou – teda príznakmi, ktoré laici kladú na vrub starobe či starnutiu. „Choroby v starobe sú typické tým, že sú atypické“ (7, 8, 10, 11).

- **Vzdialené príznaky** – choroba sa prejaví príznakom iného, vzdialeného orgánu. Hovoríme, že „narieka nevinný orgán“. Príčinou je nízka funkčná rezerva orgánov, ktoré sú najviac postihnuté starnutím, obvykle srdca a mozgu (príkladom je vznik zmätenosti pri uroinfekcii alebo vznik srdcového zlyhania pri pneumónii či anémii) (7, 10).

- Príznaky **najzraniteľnejšieho orgánu** – ochorenie sa prejaví príznakmi „najzraniteľnejšieho“, najmenej odolného orgánu. Akékoľvek ochorenie (aj bežná vírusová s teplotami) sa potom často prejaví stereotypnými príznakmi práve tohto orgánu. Môže ísť o myokard (nestabilná angina pectoris pri koronárnej ateroskleróze, kardiálne zlyhávanie pri závažnej dysfunkcii ľavej komory), o obličky (prerenálne podmienené zhoršenie renálnych funkcií). Najčastejšie ide o mozog so stereotypnými neurologicko-psychiatrickými prejavmi encefalopatie (7, 16). Menej odolný mozog (zmenený involúciou, postihnutý aj inými degeneratívnymi a vaskulárnymi zmenami) sa sekundárne dekompenzuje rôznymi vplyvmi (hypoperfúziou, hypoxémiou, poruchami mikrocirkulácie, systémovou zápalovou reakciou, vplyvom liekov, dysbalanciou iónov a pod.). Dôsledkom u seniora je predovšetkým:

- útlm (somnia, poruchy koncentrácie a pamäti),
- instabilita (závraty, pády),

- imobilita,
- zmätenosť (delírium),
- inkontinencia,
- zhoršenie predtým prítomných príznakov (napr. poruchy chovania pri demencii) (7, 16).
- **Akceleračný fenomén** – každá choroba môže výrazne urýchliť proces starnutia, rýchlo zhorší funkčný stav seniora. Všeobecne to označujeme slovami „zo-starol pred očami“ (10).
- **Chronický a protrahovaný priebeh** chorôb – s vekom pribúdajú choroby s chronickým priebehom. Z akútneho chorobného stavu často vzniká chronické štádium choroby, pri chronických kompenzovaných chorobách sa znova objavujú dekompenzácie choroby. Zároveň akútne ochorenia v staršom veku majú dlhší priebeh ako v mladšom veku. Priemerná dĺžka hospitalizácie stúpa s vekom. Často nepríde k vyliečeniu ad integrum, zostávajú reziduálne zmeny (10, 11).
- Choroby u seniorov majú **zvýšenú úmrtnosť**.

Význam poznania a rešpektovania zmenených príznakov a priebehu ochorení u seniorov sa aktuálne zvýraznil počas pandémie **COVID-19**. Je známe, že klinická prezentácia pandémie COVID-19 je extrémne rôznorodá (tab. 1) (17).

**Tabuľka 1. Heterogenita prejavov ochorenia COVID-19 počas pandémie.**

Anosmia
Ageuzia
Cefalea
Slabosť
Dyspnoe
Rinitída
Kašeľ
Horúčka
Bolesti hrdla
Delírium
Anorexia
Nauzea / vracanie
Hnačka
Myalgie
Synkopa
Torakalgie
Kožné lézie

V pokročilom veku je variabilita klinických príznakov ešte širšia. Okrem typických prejavov infekcie COVID-19 (horúčka, kašeľ, dyspnoe, slabosť) môže byť priebeh ochorenia mikrosymptomatický a oligosymptomatický (18). Vo vyššom veku sú časté aj atypické príznaky – gastrointestinálne (nauzea, vracanie, hnačka), anorexia, delírium a pády (17). U niektorých seniorov typické prejavy COVID-19 neboli plne vyjadrené a dominovali nešpecifické príznaky, napr. náhly pokles sebestačnosti, obmedzenie fyzickej aktivity a mobility. Medzi časté patrili aj neuropsychické prejavy (pokles kognitívnych funkcií, delírium s kolísajúcim stavom vedomia, zmätenosťou a dezorientáciou, psychomotorickým nepokojom alebo naopak s útlmom s apatiou) (19). Celkový stav seniorov zhoršovali i poruchy príjmu potravy a tektútn (riziko dehydratácie, hypovolémie, renálnej insufi-

ciencie, zhoršenie delíria). Niektorí autori poukazujú aj na možné riziko zvýšenej úmrtnosti tých seniorov, ktorí mali atypické prejavy infekcie COVID-19 (17, 20). Je úlohou všetkých lekárov upozorňovať na tieto atypické prejavy, snažiť sa edukovať ostatných zdravotníckych pracovníkov a niekoľkokrát denne sledovať nové a neobvyklé zmeny zdravotného stavu najmä u seniorov v inštitúciách, ktorí často pre zhoršené kognitívne i komunikačné schopnosti nedokážu svoje ťažkosti signalizovať a zavolať pomoc (19).

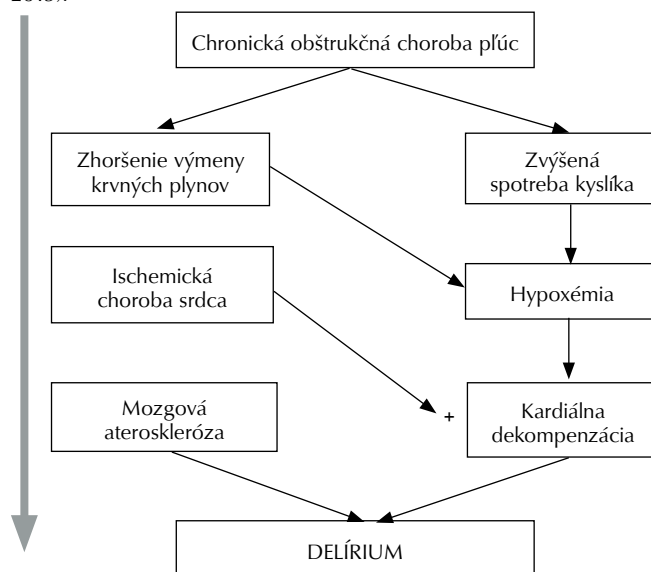
### Sklon ku komplikáciám

Sklon ku komplikáciám je typickou črtou ochorení geriatrických pacientov (21). Riziko ich vzniku zvyšuje inštitucionalizácia seniora (hospitalizácia alebo umiestnenie v sociálnom zariadení). Rozoznávame:

- kauzálne (reťazové) komplikácie a
- nešpecifické komplikácie (tzv. geriatrické syndrómy) (1, 21).

**Kauzálne, reťazové** komplikácie sú kauzálne spojené reťazovým spôsobom. Vznikajú vtedy, ak jedno ochorenie pôsobí ako spúšťač mechanizmus pre ďalšie choroby. Pri kauzálnych komplikáciách väčšinou akútne ochorenie dekompenzuje chronické, dovtedy stabilizované ochorenie a aj vzhľadom na mieru funkčných rezerv spôsobí celkové zhoršenie stavu dovtedy „relatívne zdravého“ seniora (21). Vzniká tzv. fenomén reťazenia alebo domino efekt – dochádza k reťazeniu komplikácií, ktoré má svoju patofyziologickú logiku a môže sa končiť smrťou. Ako príklad uvádzame kauzálnu komplikáciu pri exacerbácii chronickej obštrukčnej choroby pľúc u seniorov (obr. 1).

**Obrázok 1. Reťazenie komplikácií chorôb v starobe** (zdroj Krajčík, 2013).



**Nešpecifické** komplikácie (kauzálne nesúvisiace so základným ochorením) označujeme ako „geriatrické syndrómy“.

## Geriatrické syndrómy

Geriatrické syndrómy sú subjektívne aj objektívne chronické zdravotné ťažkosti (symptómy) starších pacientov, ktoré nespĺňajú klasickú definíciu syndrómu (13, 16). Na rozdiel od klasického poňatia syndrómu (= množina príznakov, ktoré majú spoločnú príčinu) sú geriatrické syndrómy typické tým, že časté a dôležité príznaky u seniorov majú mnohopočetné a rôzne kombinované príčiny (16, 21). Princípom je poznanie, že niektoré závažné zdravotné faktory a symptómy sa u seniorov vyskytujú opakovane aj bez súvisu s konkrétnym ochorením (21). Rizikovými faktormi geriatrických syndrómov sú pokročilý vek, porucha mobility, kognitívne postihnutie a funkčný deficit (21). Ich počet nie je zatiaľ v literatúre ustálený, niektoré spolu tvoria patogenetické súbory (13). Kalvach (16) uvádza až 68 príznakov (ťažkostí), ktoré sú chápané ako geriatrické syndrómy (tab. 2).

Tabuľka 2. Príznaky (ťažkosti) chápané ako geriatrické syndrómy (zdroj Kalvach a spol., 2008).

1. afázia, 2. agitovanosť, 3. amnézia, 4. anorexia, 5. apatia, 6. apraxia, 7. aspirácia potravy, 8. chronická bolesť, 9. bradykinéza, 10. deficit androgénov (ADAM, PADAM), 11. dehydratácia, 12. dekonďícia, 13. dekubity, 14. delírium, 15. demencia, 16. depresia, 17. deprivácia, 18. dezorientácia, 19. Diogenov syndróm, 20. dysfágia, 21. dyspepsia, 22. dyzúria, 23. týranie a zanedbávanie, 24. chudnutie, 25. hypobúlia, 26. hypomobilita, 27. hypotermia, 28. imobilita, 29. sexuálna dysfunkcia, 30. inaktivita, 31. inkontinencia moču, 32. inkontinencia stolice, 33. insomnia, 34. instabilita, 35. kognitívny deficit, 36. kontraktúry, 37. krehkosť (frailty), 38. malnutrícia, 39. obstipácia, 40. onychogripóza, 41. ortostatická hypotenzia, 42. osamelosť, 43. pády, 44. paranoia, 45. poruchy chôdze, 46. porucha pamäti, 47. poruchy sebestačnosti, 48. presbyakúza a iné poruchy sluchu, 49. presbyopia a iné poruchy zraku, 50. hnačky, 51. retencia moču, 52. rigidita, 53. sarkopénia, 54. self-neglect, 55. synkopy, 56. tinitus, 57. tras, 58. umieranie, 59. únava, 60. úrazy, 61. vyčerpanosť, 62. závislosť na cudzej pomoci, 63. závraty, 64. zmätenosť, 65. spomalenie psychomotorického tempa, 66. strata pocitu smádu, 67. strata zmyslu života, 68. strata radosti zo života – anhedonia

Pojem „geriatrické syndrómy“ zaviedol v roku 1975 profesor geriatrickej z Veľkej Británie Bernard Isaacs (1924 – 1995) (6, 16). Nazval ich **geriatrickými obrami** („Giants of geriatrics“). Spočiatku tam patrili štyri veľké syndrómy, štyri geriatrické „I“ – imobilita, instabilita, inkontinencia a intelektové poruchy. Postupne iní autori medzi tieto syndrómy pridávali ďalšie I: infection (infekcia), impairment of vision and hearing (poruchy zraku a sluchu), isolation (izolácia), inanition (poruchy výživy), impotencia, insomnia, irritable colon, impecunity (chudoba), immune deficiency (6, 16).

Podľa oblasti, v ktorej ich zisťujeme, ich môžeme rozdeliť na:

- somatické (napr. inkontinencia, malnutrícia, pády, imobilita),
- psychické (demencia, depresia, poruchy správania a i.),
- sociálne (dysfunkcia rodiny, sociálna izolácia, násilie proti seniorom, sociálno-ekonomický stres a i.) geriatrické syndrómy.

K spoločným znakom geriatrických syndrómov patria nasledovné charakteristiky:

- na ich vzniku sa podieľa viac príčin (multikauzalita),
- majú chronický priebeh,
- zhoršujú kvalitu života seniorov,
- môžu sa vyskytovať u jedného seniora súčasne, navzájom sa ovplyvňujú a podmieňujú,
- ich definitívne medicínske vyriešenie je problematické,
- vedú k poklesu sebestačnosti a vzniku závislosti,
- kladú veľké nároky na ošetrovateľskú i opatrovateľskú starostlivosť, kde spôsobujú významné finančné náklady,
- často vedú k umiestneniu do zariadení sociálnych služieb (6, 16).

Geriatrické syndrómy môžu sprevádzať každý akútny stav. Majú také nápadné príznaky, že vytlačia pôvodný klinický obraz, vymažú ho a zaujímajú dominantné postavenie. Niektorí autori to označujú ako „fenomén vytlačenia“. Prítomnosť niektorých geriatrických syndrómov (napr. fekálna inkontinencia či delirantné stavy) veľmi často rozhoduje o tom, či zostane senior žiť vo svojej domácnosti, alebo sa stane obyvateľom inštitúcie sociálneho typu (12, 15, 16).

## Poruchy adaptácie

U seniorov často dochádza k poruchám adaptácie. Zvláštnosti adaptácie vo vyššom veku sú podmienené zmeneným funkčným stavom organizmu, poruchou adaptačných mechanizmov vo vyššom veku, polymorbiditou s častejším výskytom komplikácií a zmenenými životnými podmienkami v starobe. Príčinou porúch adaptácie je chronický stres, pričom stresory sú biologické, psychické a sociálne (1, 8). Klinickým prejavom zlyhania adaptácie na báze chronického stresu vo vyššom veku je geriatrický maladaptívny syndróm (GMS) (1, 9). GMS definoval a zaviedol do našej geriatrickej významný slovenský gerontológ a geriatier profesor MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc. (1939 – 2016). Definujeme ho ako súbor somatických a psychických porúch, ohrozujúcich život seniora, ktoré vznikli v dôsledku neprimeranej adaptácie na stresovú životnú udalosť (1).

Rizikové faktory vzniku GMS sú:

- biologické (vysoký vek, závažná chronická choroba – najmä kardiovaskulárne ochorenie, imobilita, inkontinencia a iné),
- psychické (napr. duševná choroba, stavy zmätenosti, pasívny postoj k životu),
- sociálne (vstup do inštitucionálnej starostlivosti, strata sebestačnosti, osamelosť, nízky príjem, hrozba inštitúciou, zmena životného štýlu, zmena bydliska, nízky príjem, strata programu a iné) (1).

Typickým príkladom je porucha adaptácie seniora pri nástupe do zariadenia dlhodobej starostlivosti.

## Zmenená reakcia na lieky

Zmenená reakcia na lieky patrí k tým charakteristikám, ktoré spôsobujú najviac ťažkostí pri liečbe pacien-

ta (1, 8). Medzi problémy sprevádzajúce farmakoterapiu v starobe patria:

- vysoké ekonomické náklady liečby,
- nevyhnutnosť zvažovať prínos terapie z hľadiska prognózy pacienta,
- vysoký stupeň polyfarmácie (polyfarmakoterapie) a polymorbidity,
- časté poliekové komplikácie,
- nedostatočná diagnostika a liečba niektorých chorôb,
- podceňovanie niektorých symptómov (bolesť v starobe, depresia atď.),
- nespolupráca pacienta („nonkompliancia“) – v starobe je prítomná až u 30 – 50 % pacientov (9).

Geriatrická farmakoterapia, najmä ak je nesprávne indikovaná (polypragmázia), môže výrazne skresliť klinicky obraz choroby a sťažiť diagnostiku (8).

### Vzájomná podmienenosť zdravotnej a sociálnej situácie

V starobe sa neoddeliteľne spája sociálna situácia a zdravotný stav, čo Pacovský nazval „skríženou symptomatológiou“ (10, 11). Porucha zdravia u seniora má vždy sociálne dôsledky, choroba je sociálna udalosť (10). Zhoršenie zdravotného stavu (napr. fraktúra femuru) má svoje sociálne dôsledky (znemožní osamelému seniorovi zaobstaranie si svojich základných životných potrieb, starostlivosť o domácnosť), vedie k strate sebestačnosti a závislosti od iných osôb (1, 10, 11). Akútny psychosociálny problém (napr. strata partnera, odchod do dôchodku, umiestnenie v dlhodobej ústavnej starostlivosti) vedie naopak k nápadnému zhoršeniu zdravotných ťažkostí, dekompenzácii chronických ochorení, akceleračnému fenoménu, v krajných prípadoch až k smrti seniora (1, 10, 11).

### Záver

Starnutie populácie prináša viacero problémov pre seniora i spoločnosť a je zároveň výzvou pre nás zdravotníkov. Väčšina z lekárov strávi významnú časť svojej profesionálnej kariéry starostlivosťou o seniorov (9). Ochorenia starých ľudí majú svoje odlišnosti, ktorými sa líšia od chorôb u mladších jedincov. Znalosť týchto špecifik je nevyhnutná pre všetkých lekárov, ktorí sa starajú o ľudí vyššieho veku. Iba tak môžeme všetci prispieť k efektívnej diagnostike i liečbe seniorov, čo je našou hlavnou úlohou i naším hlavným cieľom.

### Literatúra

1. HEGYI L, a kol. Sociálna gerontológia. Charis: Bratislava 2012, 176 s.
2. MORICOVÁ Š. Verejné zdravotníctvo dnes. Lek obz 2010, 59 (9): 331 – 332.
3. KRAJČÍK Š, BARTOŠOVIČ I. Starnutie populácie a jeho zdravotno-sociálne dôsledky. Lek obz 2001, 50 (7 – 8): 259 – 261.
4. ŠTATISTICKÁ ROČENKA SLOVENSKEJ REPUBLIKY 2024. Bratislava: Štatistický úrad SR, 2024, 720 s. <https://slovak.statistics.sk>.
5. SPRÁVA O SOCIÁLNEJ SITUÁCII OBYVATEĽSTVA SR ZA ROK 2023. Bratislava: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, 2024,

344 s. [https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2024/sprava\\_sossr\\_2023\\_pub.pdf](https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2024/sprava_sossr_2023_pub.pdf).

6. WEBER P, BRADÁČOVÁ M, WEBEROVÁ D, et al. Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. Institut pro další vzdělávání pracovníků v zdravotnictví: Brno 2000, 151 s.
7. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ H, BIELAKOVÁ K, VÝŠKA O, et al. Specifika diagnostiky a léčby ve stáří. Kardiol Rev Int Med 2018, 20 (1): 6 – 10.
8. HEGYI L. Úskalia diagnostiky v geriatrici. Lek Obz 2003, 52 (10): 298 – 300.
9. WEBER P. Rub a líc multimorbidity a farmakoterapie – klíčový problém medicíny budoucnosti. In: Vybrané klinické stavy u seniorů (Matějovská Kubešová a kol., eds.). Mladá fronta: Praha 2015, s. 198 – 208.
10. PACOVSKÝ V. Geriatrická diagnostika. Scientia Medica: Praha 1994, 152 s.
11. PACOVSKÝ V. Geriatricie má četné zvláštnosti, ale v praxi na ně často zapomínáme. Lek obz 1998, 47 (3): 86 – 88.
12. KRAJČÍK Š. Geriatrické syndrómy. In: Internistická propedeutika (Hrušovský Š., ed.). Herba: Bratislava 2013, s. 252 – 272.
13. HOOZOVÁ J. Úvod do geriatricie pre potreby všeobecných lekárov. Všeobec lek 2024, 3 (2): 73 – 77.
14. DÚBRAVA M. Polymorbidita. In: Geriatria (Krajčík Š, Dúbrava M, Bartošovič I, Mikus P., eds.). Herba: Bratislava 2022, s. 123 – 129.
15. KRAJČÍK Š. Princípy diagnostiky a terapie v geriatrici. Charis: Bratislava 2008, 192 s.
16. KALVACH Z, ZADÁK Z, JIRÁK R, a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Grada Publ.: Praha 2008, 336 s.
17. REMELLI F, VOLPATO S, TREVISAN C. Clinical features of SARS-Cov-2 infection in older adults. Clin Geriatr Med 2022, 38: 483 – 500. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2022.03.001>.
18. DÚBRAVA M, KOŠČÁLOVÁ A, JÁNOŠIOVÁ J. Ochorenie COVID-19. In: Geriatria (Krajčík Š, Dúbrava M, Bartošovič I, Mikus P., eds.). Herba: Bratislava 2022, s. 424 – 427.
19. TOPINKOVÁ E, PETROVÁ R. Covid-19 a křehký pacient v následné a dlouhodobé ústavní péči. Geriatricie a gerontologie 2020, 9 (2): 73 – 80.
20. OHUABUNWA U, TURNER J, JOHNSON T. Atypical presentations among older adults with Covid-19 disease: a need for broadening the differential diagnosis. Gerontology & Geriatric Medicine 2021, 7: 1 – 4. DOI: 10.1177/2333721421999313journals.sagepub.com/home/ggm.
21. HOOZOVÁ J, KRAJČÍK Š. Najčastejšie komplikácie ochorení v geriatrici. 1. časť. Interná med 2014, 14 (6): 246 – 251.

Do redakcie došlo 22. 12. 2024.

**Adresa pre korešpondenciu:**  
**Prof. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD.**

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety  
Pod Hájkom 37  
909 01 Skalica  
E-mail: [ivan.bartosovic@gmail.com](mailto:ivan.bartosovic@gmail.com)