

XXI. ročník
I/2015

Odborný časopis
slovenských a českých
geriatrov



Indexovaný: Bibliographia medica Slovaca
Čítačná databáza: CiBaMed

Geriatric

INZERCIA

Vedúci redaktor

Ladislav Hegyi

Zástupca vedúceho redaktora

Silvester Krčméry

Tajomník redakcie

Zora Filčíková

Redakčná rada

Ladislav Hegyi

Silvester Krčméry

Ivan Bartošovič

Martin Dúbrava

Božena Jurašková

Štefan Koval

Štefan Krajčík

Zoltán Mikeš

František Németh

Eva Topinková

Pavel Weber

OBSAH*Editorial**S. Krčméry:*

Slovenská geriatría – kde sme a kam kráčajeme? 5

*Originálne práce**L. Hegyi:*

Dlhodobá alebo zdravotnosociálna starostlivosť? 7

*H. Slámová:*Kvalita života nemocných s chronickým
obštrukčným plicným ochorením 14*P. Ondruš:*Starnutie obyvateľstva
z pohľadu verejného zdravotníctva 23*Prehľadné referáty**I. Bartošovič, A. Tašká, I. Ivánková Bartošovičová:*Súčasná možnosť liečby inkontinencie
moču u seniorov 32*Správy**M. Sninčák:*Novinky klinickej hypertenziológie
v staršej populácii – 2014 (1. časť)
Kongres Európskej kardiologickej spoločnosti
(EKS), Barcelona, Španielsko, 30. 8. – 3. 9. 2014 39*M. Dúbrava, T. Drobná, F. Németh,**L. Gerlich, S. Krčméry:*
Odporúčania na manažment seniorov
s fibriláciou predsieni v Slovenskej republike
(schválené výborom SGGS 16. 3. 2015) 44*Oficiálna webová stránka**Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti***www.geriatría.sk**

GERIATRIA

časopis slovenských
a českých geriatrov

Vydáva:

Slovenská gerontologická
a geriatrická spoločnosť

Limbová 5
831 01 Bratislava

IČO vydavateľa: 30 798 477

Periodicita vydávania:
štvrtročník

Dátum vydania:
december 2014

Vedúci redaktor:

prof. MUDr. Ladislav Hegyi,
DrSc.

Jánošíkova 78
901 01 Malacky
e-mail: ladislav@hegyi.eu

Adresa redakcie:

Zora Filčíková
II. Klinika geriatric LF UK
Námestie SNP 10
814 65 Bratislava
tel.: 02/5788 7361
e-mail:
skrcmery@milosrdni.sk

Jazyková úprava:

Anglická:

PhDr. B. Weiblová, MPH

Slovenská:

prof. MUDr. L. Hegyi, DrSc.

Sadzba, reprodukcia, tlač:

Charis s. r. o., Ipelská 3
821 07 Bratislava

Registračné číslo: 2929/09
ISSN 1335 - 1850

CONTENTS*Editorial*

S. Krčméry:

Geriatric medicine in Slovakia
- where are we standing? 5

Original papers

L. Hegyi:

Long-term or health-social care? 7

H. Slámová:

Quality of life of patients with chronic
obstructive pulmonary disease 14

P. Ondruš:

Ageing of the population
from the public health 23

Review articles

I. Bartošovič, A. Tašká, I. Ivánková Bartošovičová:

Current modes of treatment of urinary
incontinence in seniors 32

News

M. Sninčák:

News of clinical hypertensiology
in older population. 2014 (1. part) 39

M. Dúbrava, T. Drobná, F. Németh,

L. Gerlich, S. Krčméry:
Guidelines for the management of seniors
with atrial fibrillation in Slovak republic 44

Official website of the

Slovak Gerontologic and Geriatric Society

www.geriatria.sk

SLOVENSKÁ GERIATRIA – KDE SME A KAM KRÁČAME ?

V roku 2015 si pripomínáme 45. výročie vzniku samostatnej Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti (SGGS), ktorá od roku 2006 existuje ako samostatné občianske združenie s vlastnou právnou subjektivitou a zároveň s kolektívnym členstvom v SLS. Doznievajú v nás ohlasy jesenných volieb do Výboru SGGS a kreovanie (staro) nového Výboru na obdobie do roku 2018. Deje sa tak v období, ktoré nijako nemožno nazývať pozitívnym alebo prajným pre rozvoj starostlivosti o seniorov, alebo pre rozvoj celej slovenskej medicíny. Je to obdobie ľahostajnosti nielen rezortu zdravotníctva, ale celej spoločnosti k problematike seniorov, ku každodennej diskriminácii starých ľudí na základe veku na mnohých úrovniach. Po predchádzajúcom uzatvorení veľkého počtu geriatrických lôžok došlo v mnohých regiónoch Slovenska k reálnemu obmedzeniu geriatrickej starostlivosti. V širšom aspekte najnovšia legislatíva a nežičlivá atmosféra vo viacerých médiách robí z nás lekárov nepriateľov tejto spoločnosti, zodpovedných za (skoro) všetky neduhy v zdravotníctve. Nemali by sme sa však dať pohltiť negatívnymi emóciami, ani upadať do stavu bezradnej skepsy či depresie. Krédom primára Eugena Gressnera, zakladateľa geriatrickej na Slovensku, bolo nevzdávať sa, prekonávať prekážky a pracovať v prospech svojich pacientov. Určite by sme mali zachovať kontinuitu toho, čo bolo doteraz vo vývoji slovenskej geriatrickej pozitívne (každodenná obetavá práca nás všetkých v prospech našich pacientov, pravidelná organizácia odborných geriatrických podujatí, dvadsaťročné nepretržité vydávanie časopisu Geriatria, na ktorý môže byť naša odborná spoločnosť právom hrdá). Určite môžeme nadviazať na mnohé doterajšie pozitívne skúsenosti a obetavú prácu predchádzajúcich výborov SGGS. Zároveň však vnímam tento čas ako príležitosť zdynamizovať našu činnosť na via-

cerých úrovniach, ako potrebu rozohýbať stojaté vody nášho profesionálneho bytia a snaženia. V prvom rade nám musí ísť o reálne skvalitnenie zdravotnej starostlivosti o seniorov na Slovensku na mnohých úrovniach (v prevencii, v ambulantej i v nemocničnej starostlivosti, akútnej i dlhodobej). Je to široká a zároveň naliehavá problematika s mnohými aspektami. Nový Výbor SGGS pripravuje podrobnejšiu analýzu, ktorá bude publikovaná v najbližšom čísle časopisu Geriatria. Je obzvlášť potrebné riešiť výpadky v regionálnom pokrývaní geriatrickej starostlivosti (hlavne Žilinský a Banskobystrický kraj – bez lôžkového geriatrického pracoviska sú momentálne Fakultné nemocnice v Žiline, v Banskej Bystrici, aj Univerzitná nemocnica v Martine, ale ani pripravovaná koncepcia novej Univerzitnej nemocnice v Bratislave nepočíta s lôžkovým geriatrickým oddelením). Čakajú nás v tejto oblasti ďalšie naliehavé úlohy, napr. dosiahnuť úpravu preskripčných obmedzení pre geriatrov. Zamýšľam sa nad tým, ako pritiahnúť medzi nás mladých (mladších) kolegov, aby sme aj v budúcnosti boli schopní poskytovať odbornú geriatrickú starostlivosť na Slovensku na potrebnej úrovni. Rozmeniť tieto široké témy na konkrétne kroky a rozhodnutia je spoločná úloha pre nás všetkých. Medicína je výsostne kolektívny odbor ľudskej činnosti, a preto pozývam Vás všetkých, milí priatelia, k spoločným debátam a diskusiám na všetkých úrovniach (telefónom, emailom, v časopise Geriatria, pri osobných neformálnych stretnutiach na kongrese, na členskej schôdzi). Hovorím teraz v mene všetkých členov Výboru SGGS, radi si vypočujeme a predebatojeme Vaše názory, postrehy, pripomienky, či pocity. Predchádzajúci Výbor SGGS položil, myslím si, veľmi dobrý základ pre tieto zlé časy. Patrí mu za to vďaka aj uznanie. Nechcem byť na záver patetický, ale za nás všetkých vnímam prejavenu dô-

veru viesť Slovenskú gerontologickú a geriatrickú spoločnosť ako poslanie, ako službu, ako šancu lepšie pracovať v prospech našich pacientov. Na splnenie týchto cie-

ľov je potrebná spolupráca nás všetkých, ku ktorej Vás pozývam.

Váš

Doc. MUDr. Silvester Krčméry, CSc.

GERIATRIC MEDICINE IN SLOVAKIA – WHERE ARE WE STANDING?

In 2015 the Slovak Society for Gerontology and Geriatrics celebrates the 45th anniversary of its existence. In autumn 2014 elections to create the new Executive Committee for the next 4- year period until 2018 were organized in our country. This is the period of unfavourable situation of elderly people in Slovakia and the period of negative development of Slovak geriatric care. Closure of many geriatric wards and beds in various Slovak hospitals in previous years has lead to further limitations of acute and chronic medical care in many regions. Furthermore, recent unfavourable legislative changes and negative medial attitude are making Slovak physicians responsible for all these negative trends in our country. But we should not be neither skeptic nor depressive. The main credo of Eugen Gressner, founder of modern geriatric medicine in Slovakia, was to overcome all obstacles and never give up at any time. We should therefore continue in all positive trends and our previous activities (e.g. regular organization of geriatric conferences, continuing to publish our medical journal GERIATRIA).

Despite many previous positive trends we should make now serious attempts and engage in activities to substantially improve geriatric care in Slovakia (prevention, ambulatory and hospital care for elderly patients). The new Executive Committee has prepared a thorough analysis of the present situation and stated all necessary steps for the future period. As already mentioned, there are some regions in Slovakia (especially Žilina, Martin and Banská Bystrica) without a hospital geriatric ward and also the project of a new University Hospital in the capital Bratislava lacks in its concept the new department of geriatric medicine. Another important task for us is to attract our younger colleagues to join our society for the future activities and for better organization of geriatric care in Slovakia in the future.

We invite all our friends and colleagues to join our projects and activities. We would like to listen to your ideas, needs, priorities and questions. We need your thoughts and efforts and we invite you all to work together for the future development of our Slovak Society of Gerontology and Geriatrics.

Doc. MUDr. Silvester Krčméry, CSc.

DLHODOBÁ ALEBO ZDRAVOTNOSOCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ?

L. Hegyi
Slovenská zdravotnícka univerzita

Súhrn

Už pred storočím bolo konštatované, že sociálne pomery spôsobujú alebo podporujú vznik chorôb, sú nositeľmi podmienok choroby, sprostredkujú pôvodcu choroby a ovplyvňujú priebeh choroby. Prepojenie zdravotnosociálnej politiky najmä v starostlivosti o seniorov je výberovou možnosťou pre riešenie súčasnej situácie v starostlivosti o seniorov a pri zohľadnení demografického trendu. Starnutie obyvateľstva prinieslo nutnosť riešiť zdravotné problémy seniorov systémovými zmenami. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030 bol schválený vládou Slovenskej republiky dňa 18. decembra 2013 a zavádza priority zlepšenia efektivity zdravotnej starostlivosti a s ním následné zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. Na tento Strategický rámec nadväzuje Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti, vydaná MZ SR v auguste 2014. Z oboch dokumentov vyplýva potreba doplniť súčasnú zdravotnú starostlivosť o zdravotnosociálnu starostlivosť, ktorá je cestou k zabezpečeniu zatiaľ chýbajúcej dlhodobej starostlivosti v slovenskom nemocničnom systéme.

Kľúčové slová: prienik zdravotnej a sociálnej starostlivosti - zdravotnosociálna starostlivosť - Strategický rámec starostlivosti o zdravie - Implementačná stratégia

Prepojenie zdravotno-sociálnej problematiky po prvýkrát skúmal sociálny hygienik *Alfred Grotjahn* na konci 19. storočia, čoho bolo výsledkom v roku 1912 vydanie práce „Sociálna patológia“.

Vydanie Grotjahnovej Sociálnej patológie bolo jedným z vrcholov jeho sociálnohygienických snáh a výskumov, ktorej základom bola okrem teoretických kapitol najmä sociálnopatologická problematika. Pri podrobnom skúmaní vzťahu medzi sociálnymi pomermi a zdravotným stavom jednotlivých populačných a sociálnych skupín a jednotlivcov dospel Grotjahn k vymedzeniu základných poznatkových a metodologických zásad sociálnej patológie (*Schott, 1994*):

- sociálne pomery spôsobujú alebo podporujú vznik chorôb,
- sociálne pomery sú nositeľmi podmienok choroby,
- sociálne pomery sprostredkujú pôvodcu choroby,
- sociálne pomery ovplyvňujú priebeh choroby.“

Až v polovici 20. storočia sa začalo opäť hovoriť o súvislostiach medzi zdravotným stavom a sociálnymi problémami a o vplyve chudoby na zdravie. Početné epidemiologické štúdie preukázali v posledných rokoch, že všetky ukazovatele porúch zdravia reagujú citlivo na javy sociálnej sféry. Vzťah medzi chorobami, resp. úmrtnosťou a chudobou existuje vo všetkých krajinách, či už rozvojových, alebo vyspelých (*Hegyi, Krajčík, 2010*).

Zníženie adaptačných schopností a z toho plynúce zdravotné a sociálne riziká sú modelovým príkladom prepojenia zdravotnej a sociálnej problematiky obzvlášť vo vyššom veku. Demografický trend charakterizovaný starnutím populácie spolu s rozvojom civilizačných ochorení a poznaním toho, že každá chronická choroba má svoje sociálne črty zdôrazňuje význam skutočnosti, že zdravotná a sociálna starostlivosť zvlášť v geriatrickej predstavuje spojené nádoby a je neoddeliteľná.

Napriek týmto skutočnostiam rezort zdravotníctva v SR doteraz veľmi striktné

oddeľoval od zdravotnej starostlivosti všetko, čo nieslo označenie „sociálny“.

Pojem dlhodobá starostlivosť vyjadruje poskytovanie zdravotníckej i sociálnej starostlivosti po dlhšiu alebo dlhú dobu, popripade ako trvalú starostlivosť (Hegyvi, 2007). Pacienti, vyžadujúci dlhodobú starostlivosť, sú takí pacienti, ktorí potrebujú permanentnú pomoc vo svojom každodennom živote (alebo permanentnú hospitalizáciu pri ťažkých stavoch).

Dlhodobá starostlivosť v geriatrici je prepojená zdravotná a sociálna starostlivosť. Vždy sa jedná primárne o chorého človeka, ktorý potrebuje okrem odbornej zdravotnej starostlivosti aj starostlivosť sociálnu, teda komplexnú starostlivosť lekársku, ošetrovateľskú a opatrovateľskú. Táto môže byť inštitucionálna, poloinštitucionálna alebo ambulatná. Táto starostlivosť je vyžadovaná najmenej po dobu troch mesiacov ale v mnohých prípadoch doživotne. (Hegyvi, 2008).

Zavázalová (2001) charakterizuje dlhodobú ústavnú starostlivosť (long-term care) 1. dlhodobosťou trvania choroby, chronicitou a stupňom zdravotného postihnutia, ktoré zapríčiňuje stratu sebastačnosti a závislosť na starostlivosti druhej osoby, 2. multidisciplinárnym prístupom s ohľadom na spektrum zdravotných, psychických a sociálnych problémov. Starostlivosť má vždy charakter sociálny i zdravotný a jej potreba veľmi významne závisí na psychickom stave pacienta. 3. Zapojením ostatných sektorov (komunity, školstva, slu-

žieb a pod.). 4. Spoluprácou zdravotníkov a laikov (rodina, dobrovoľní opatrovatelia, charita, náboženské spoločenstvá a ďalšie).

V dlhodobej starostlivosti prevláda starostlivosť ošetrovateľská, paliatívna a rehabilitačná (Kalvach, Janečková, Bureš, Hegyi, Koval, Přehnal, 2004).

Starnutie obyvateľstva prinieslo nutnosť riešiť zdravotné problémy seniorov systémovými zmenami. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030 bol schválený vládou Slovenskej republiky dňa 18. decembra 2013 a zavádza priority zlepšenia efektivity zdravotnej starostlivosti a s ním následné zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. Súčasný demografický vývoj v SR je charakterizovaný nasledovne:

1. Globálne klesá podiel detskej zložky, pozvoľne vzrastá podiel seniorov, pokračuje starnutie populácie
2. Index ekonomického zaťaženia klesol takmer vo všetkých okresoch Slovenska
3. Predlžovanie SDŽ pri narodení i vo veku 65+
4. Rodičovstvo sa presúva do veku 30+
5. Znižovanie úmrtnosti detí do 1 roku
6. Pretrvávajúca nadúmrtnosť mužov vo všetkých príčinách smrti podľa základných kapitol MKCH 10, s najvyšším násobkom v miere úmrtnosti v dôsledku úrazov, no celkovo u oboch pohlaví dominuje úmrtnosť na KVCH (Ministerstvo zdravotníctva SR (www.health.gov.sk): Správa o stave zdravotníctva na Slovensku 2011). Tento vývoj sa dá dokumentovať v nasledovných tabuľkách:

Tab. 1: Prehľad údajov vybraných demografických procesov v SR v roku 2000, 2009 a 2013 s prognózou v roku 2020

	%	2000	2009	2013	2020
Veková štruktúra obyvateľov (v rokoch)					
0 - 14		19,5	15,4	15.32	15,5
15 - 64		69,0	72,4	71.14	67,7
65+		11,4	12,2	13.54	16,7

Zdroj: Inštitút informatiky a štatistiky (INFOSTAT) - Výskumné demografické centrum 2010, NCZI 2014

Tab. 2: Sredná dĺžka života (SDŽ) pri narodení

	1900	1950	2000	2013	2020
Muži	36,5	59,0	69,1	72,9	72,13
Ženy	38,6	62,3	77,2	79,61	80,14

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI

Tab. 3: Sredná dĺžka života 65 ročných

	2000	2009	2020
Muži	13.06	13.88	14.87
Ženy	16.88	17.56	18.98

Zdroj: Inštitút informatiky a štatistiky (INFOSTAT) - Výskumné demografické centrum 2010

Tab. 4: Priemerný vek obyvateľov SR v rokoch 2002 - 2013

	2002	2013
Muži	34.90	38.00
Ženy	38.00	41.20

Zdroj: ŠÚ SR 2008, 2014

Tab. 5: Index starnutia v SR v rokoch 2002 - 2013

	2002	2012	2013
Muži	46.50	63.16	
Ženy	80.80	109.07	
spolu	63.20	85.51	88.34

* Index starnutia je počet osôb vo veku 65+ na 100 detí vo veku 0-14 rokov Zdroj: ŠÚ SR, 2013, 2014

V súčasnosti sa zavádza významný štatistický pojem – stredná dĺžka života v zdraví. Ide o to nielen sa dožiť vysokého veku, ale dožiť sa ho aj v zdraví. Kým v roku 1960 bola stredná dĺžka života mužov 67,70 rokov a žien 72,47 rokov, v roku 2013 je to 72,90 rokov v prípade mužov a 79,61 rokov v prípade žien. Počet ľudí vo veku nad 60 rokov bude v roku 2015 tvoriť 19,4 % populácie, ale v roku 2050 to bude už 37 % populácie. Ak hodnotíme strednú dĺžku života v zdraví – a tento parameter máme najhorší v EÚ – v roku 2011 bola v ženskej populácii 52,3 roka a v mužskej 52,1 roka.

Tieto čísla svedčia pre zlý zdravotný stav staršej generácie na Slovensku (Hegyvi, 2014).

Z uvedených prehľadov vyplýva, že všetky skúmané parametre poukazujú na starnutie obyvateľstva. Zároveň z tabuľky 7 vyplýva, že slovenská populácia sa staroby nedoživa v zdraví a zdravotné ťažkosti udáva už od poloviny stredného veku. Hodnota strednej dĺžky života, prežitéj v zdraví, je výrazne nižšia než je tomu v ostatných štátoch EÚ.

Výrazný nárast podielu staršej populácie spolu s jednoznačným trendom starnutia obyvateľstva a zároveň neuspokojivý

Tab. 6: Štruktúra zomretých v % z počtu úmrtí

veková skupina	Pohlavie	Celkový počet úmrtí	z nich podiel v %						
			Obehová sústava	Nádory	Úrazy	Dýchacia sústava	Tráviaca sústava	Ostatné choroby	
0 - 85+	muži	26 797	45,9	26,2	8,0	7,0	6,4	6,5	
	ženy	25 106	59,8	20,1	2,7	5,6	4,6	7,2	
Z nich	0 - 64	muži	10 541	30,4	28,5	15,8	5,5	10,3	9,4
		ženy	4 365	24,8	40,0	7,7	4,7	10,0	12,8
	65+	muži	16 256	55,9	24,7	2,9	7,9	3,9	4,7
		ženy	20 741	67,2	15,9	1,7	5,8	3,4	6,1

Zdroj: ŠÚ SR, 2012

Tab. 7: Stredná dĺžka života pri narodení a v zdraví

muži	SDŽ pri narodení	SDŽ v zdraví	ženy	SDŽ pri narodení	SDŽ v zdraví
EÚ 27	77	61,6	EÚ 27	82,9	62,7
SR	71,7	52,4	SR	79,3	52,1
ČR	74,5	62,2	ČR	80,9	64,5
Švédsko	79,6	71,7	Švédsko	83,6	71,1
Rakúsko	77,9	59,5	Rakúsko	83,5	60,7
Maďarsko	70,9	56,3	Maďarsko	78,6	58,6

Zdroj: NCZI, 2012

zdravotný stav seniorskej populácie by mali predznamenať rozširovanie a skvalitňovanie zdravotnej starostlivosti o ľudí vo vyššom veku. Tomu ale nezodpovedá vývoj geriatrickej starostlivosti v SR.

Reálne lekárske úväzky geriatrov v ambulancijnej starostlivosti sa pohybujú okolo 23,0 l.m., pričom novela 751/2008 Nariadenia vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v odbore geriatrickej určuje pre ambulancijnú geriatriciu len 22,0 l.m. pre celé Slovensko. Počet geriatrických ambulancií v SR sa pohybuje medzi 50 a 60. Dostupnosť ambulancijnej geriatrickej starostlivosti v niektorých oblastiach nie je zabezpečená. Čiastkové úväzky na geriatrických ambulanciách nezaručujú ani dostupnosť ani dostatočnú kvalitu tejto služby.

Z pohľadu na vývoj nemocničnej sta-

rostlivosti sa dá jednoznačne konštatovať, že za 10 rokov poklesol počet postelí určených pre špecializovanú nemocničnú starostlivosť o seniorov o 511 postelí, pričom nepatrný nárast akútnych postelí o 25 je viac než vyvážený poklesom chronických postelí o 636, čo je v príkrom rozpore s reálnou potrebou a samozrejme v rozpore s európskym trendom. Skladba postelí a rozsah ich zazmluvnenia zdravotnými poisťovňami neriešia potrebu dlhodobej starostlivosti v lôžkových zariadeniach. Pacient, ktorý potrebuje pre zlepšenie svojho zdravia lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť po dobu dlhšiu ako 21-28 dní, nemá kam ísť, pretože priemerná ošetrovacia doba v zariadeniach geriatrického typu neumožňuje hospitalizáciu nad túto dobu. Potreba troj- alebo viacmesačnej hospitalizácie v našom systéme zdravotníctva nie je možná.

Tab. 8: Trend vývoja geriatrickej nemocničnej siete od decembra 2003 do decembra 2013

oddelenie	počet postelí 2003	počet postelí 2008	počet postelí 2011	počet postelí 2013
JIS geriatrická		4	12	12
Geriatra	799	947	738	812
ODCH, LDCH	1954	2056	2051	1900
Doliečovacie	841	636	168	259
SPOLU	3954	643	2969	2983

Zdroj: NCZI 2003, 2008, 2011, 2014

Tab. 9: Postele geriatrického typu podľa určenia, trend vývoja 2003-2013

typ lôžok	počet postelí 2003	počet postelí 2008	počet postelí 2011	počet postelí 2013
akútne	799	951	750	824
chronické	2795	2692	2219	2159
SPOLU	3594	3643	2969	2983

Zdroj: NCZI 2003, 2008, 2011, 2014

V SR starne obyvateľstvo práve tak ako v ostatnej Európe, ale zdravotne je na tom stredná a staršia generácia horšie. Paradoxne pritom v SR klesá rozsah a dostupnosť odbornej geriatrickej starostlivosti. Etické, spoločenské a ekonomické dôsledky tohto stavu sú zrejme poskytovateľom i prijímateľom zdravotnej starostlivosti, ale ignorované inštitúciami, zodpovednými za zdravie obyvateľstva.

Zdravá populácia je kľúčom k rastu spoločnosti. Zdravotný stav ovplyvňuje ekonomický rast zvýšením produktivity pracovníkov, zvýšením úspor počas života jednotlivca, čo zlepšuje vzdelanie a podporuje zahraničné priame investície. Každý ďalší rok predĺženia očakávanej dĺžky života zvyšuje ekonomický výkon o 4%, dokonca aj po korekcii na pracovnú prax a vzdelanie (Bloom et al., 2004).

Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti, vyplývajúca z dokumentu MZ SR o Implementačnej stratégii (2014) zdôrazňuje najmä potrebu **prost-**

redníctvom reforiem integrovanej zdravotnej starostlivosti zabezpečiť aj dlhodobé potreby starnúceho obyvateľstva, najmä vplyv zvýšenia komorbidít. Bude podporená primárna zdravotná starostlivosť formou budovania infraštruktúry centier integrovanej zdravotnej starostlivosti. Tieto centrá sa stanú základným pilierom zdravotnej starostlivosti a budú prispôbené súčasným a budúcim požiadavkám a trendom ako sú zvyšujúca sa prevalencia chronických ochorení, znižovanie počtu hospitalizácií ako aj starnutie obyvateľstva.

Tieto výzvy spolu s pokrokom v akútnej nemocničnej starostlivosti si budú vyžadovať nové usporiadanie nemocničného systému, vrátane väčšej špecializácie na komplexnú medicínu, lepší prístup k rutínnej liečby, ktorá môže byť poskytnutá v komunitnom prostredí a širšej dostupnosti dlhodobej (chronickej) starostlivosti a rehabilitačných činností. Podmienkou k tomu je nevyhnutnosť prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti so zameraním na rozvoj komunitných služieb orientovaných na občana (pacienta) a integrácia zdravot-

ných a sociálnych služieb a podpora verejného zdravia obyvateľstva ako aj pri cielej práci so znevýhodnenými skupinami obyvateľstva v im známom prostredí. Súčasne sa menšie nemocnice preorientujú na poskytovanie rehabilitácie a s vekom súvisiace ochorenia (chronické lôžka) ako medzičlánok medzi miestnymi komunitnými centrami primárnej zdravotnej starostlivosti a väčšími špecializovanými nemocničnými centrami.

Na otázku v nadpise článku sa dá teda odpovedať kladne: áno, potrebujeme dlhodobú starostlivosť v slovenskom nemocničnom systéme a cestou k dosiahnutiu tohto cieľa je zriaďovanie zdravotnosociálnych lôžok.

Literatúra

1. BLOOM, D., CANNING, D., JAMISON, D.T.: *Health, Wealth and Welfare*. Finance and Development, 2004 (March)
2. HEGYI, L.: Dlhodobá starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike. *Lek Obzor*, 56,2007, č.9, s. 379-382
3. HEGYI, L.: Medicínske aspekty dlhodobej starostlivosti. *Geriatrics*, 13,2007, č. 2, s. 53-55
4. HEGYI, L.: Perspektívy dlhodobej starostlivosti. *Geriatrics*, 13,2007, č. 3, s. 99-103
5. HEGYI, L.: Dlhodobá starostlivosť v praxi. *Geriatrics*, 14,2008, č. 2, s. 51-54
6. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: *Geriatrics*. Bratislava: HERBA, 2010, s.600, ISBN 978-80-89171-73-6
7. HEGYI, L.: Analýza zdravotnej starostlivosti o seniorov v SR k 14.9.2009. Správa pre Radu vlády pre seniorov, september 2009.
8. HEGYI, L. a kol.: *Sociálna gerontológia*. Bratislava: HERBA, 2012, s. 171, ISBN 978-80-89171-99-6
9. HEGYI, L.: Seniori. In: Š. MORICOVÁ, I. BARTOŠOVIČ, L. HEGYI: *Znevýhodnené skupiny vo verejnom zdravotníctve*. Bratislava: VEDA, 2013, s.141, ISBN 978-80-224-1278-0
10. HEGYI, L.: Zaniká slovenská geriatrics? *Geriatrics*, 20, 2014, č. 2, s. 5-7
11. Inštitút informatiky a štatistiky (INFO-STAT) - Výskumné demografické centrum 2010
12. KALVACH, Z., JANEČKOVÁ, H., BUREŠ, I., HEGYI, L., KOVAL, Š., PŘEHNAL, J.: *Dlouhodobá zdravotní a sociální ústavní péče*. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol.: *Geriatrics a gerontologie*. Praha: Grada-Avicenum, 2004, s. 490-508, ISBN 80-247-0548-6
13. MZ SR: *Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti*. August 2014.
14. Ministerstvo zdravotníctva SR (www.health.gov.sk): *Správa o stave zdravotníctva na Slovensku 2011*. ISBN 978 - 80 - 969507 - 9 - 9
15. NCZI 2008,2011,2014
16. SCHOTT, H.: *Kronika medicíny*. Bratislava: Fortuna Print, 1994, s. 648, ISBN 80-7153-081-6
17. ŠÚ SR 2014
18. Vláda SR: *Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030*. December 2013.
19. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Plzeň: LF UK v Plzni, 2001, s. 89

Adresa autora

prof. MUDr. L.H., DrSc.,
FVZ SZU Bratislava

Long-term or health-social care?

L. Hegyi

Summary

As early as a century ago it was stated that social conditions cause or promote the onset of diseases, they are also the carriers of the disease conditions and mediators of the causative agent of the disease affecting the course of the disease. Health-social policy interlinking namely in the care for seniors is an optional modality for the solution of the current situation in the care for seniors and in considering the demographic trend. The ageing of the population forces us to solve health problems of seniors by the system changes. The strategic framework of the care for health for the years 2014-2030 was approved by the Government of the Slovak Republic on 18 December 1913 introducing the priorities of improvement of the health care effectivity aiming at the subsequent improvement of the health status of the population. The implementation strategy – the system of integrated health care delivery, issued by the Ministry of Health of the SR in August 2015 is connected to the Strategic Framework.

Both documents show that it is necessary to complement the current health care by health social care, which is the way to provide/ensure the lacking long-term care in the Slovak hospital system.

Key words: *integration of health and social care - health-social care - strategic framework for health - implementation strategy*

KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S CHRONICKÝM OBSTRUKČNÍM PLICNÍM ONEMOCNĚNÍM

H. Slámová

Alzheimercentrum Průhonice
Ředitelka: PhDr. Hana Slámová, RN

Súhrn

Úvod: Tato práce si kladla za cíl popsat, čím je ovlivněna kvalita života nemocných s chronickým plicním onemocněním a které její oblasti jsou postiženy nejčastěji. Výzkumná část se zaměřovala na nejvíce problémové a omezující oblasti, jež nemocným znepříjemňují či dokonce znemožňují běžné denní nebo pracovní činnosti, volnočasové aktivity, společenský život apod. **Metodika:** Jako metodiku výzkumu jsme zvolili semistrukturovaný rozhovor a metodologii SEIQoL, směřující k poznání kvality života nemocných s chronickým obstrukčním plicním onemocněním (dále CHOPN). Otázky byly koncipovány jako otevřené, které sledovanou osobu vedly k nutnosti zamýšlet se hlouběji nad škálou odpovědí a uzavřeně, kdy nemocný odpovídal ano - ne dle skutečnosti. **Výsledky:** Všichni nemocní s chronickým plicním onemocněním uváděli omezení ve fyzických aktivitách, a to především při usilovných činnostech. Někteří nemocní udávali, že u nich vůbec nedošlo k omezení společenského života. Velká část nemocných udávala, že je jejich nemoc ovlivňuje v rodinném životě. Deprese uváděla v souvislosti s nemocí CHOPN pouze menší část nemocných. Přítomnost úzkosti v souvislosti s CHOPN udávala většina nemocných a stejně tak i větší únavu a vyčerpání v souvislosti s CHOPN. Zdraví respondenti měli průměrné hodnoty kvality života vyšší než klienti s CHOPN. **Ženy měly průměrné hodnoty kvality života nižší než muži. Zdraví respondenti měli průměrné hodnoty kvality života vyšší než klienti s CHOPN. Kvalita života nemocných s CHOPN byla hodnocena jako zhoršená.**

Závěr: Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nemocní s chronickým plicním onemocněním jsou nejvíce omezováni především ve fyzických aktivitách. V sociální oblasti dochází nejčastěji ke změnám v rodinném soužití. Z psychických problémů byla nejčastěji udávána přítomnost úzkosti. V dnešní době je možné ovlivnit kvalitu života klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí vhodně zvolenými terapeutickými intervencemi. Z hlediska ošetřovatelských intervencí se jeví jako nejdůležitější edukace klienta a jeho rodiny, péče o dýchací cesty a dechová rehabilitace, doplněná lázeňskou léčbou, motivace k zapojení nemocného do procesu léčby a vhodná psychická podpora.

***Klíčové slová:** kvalita života - chronická obstrukční plicní nemoc - HRQoL - SEIQoL - dušnost - spirometrie*

Úvod

Kvalita života jedince v pozitivním smyslu zahrnuje především psychický stav, tělesnou kondici, duševní schopnosti, sociální vztahy a plnění úloh v každodenním životě. I když na úrovni konkrétního chování člověka jsou pro různé osoby důležité rozdílné konkrétní oblasti, jsou na metafyzické úrovni cíle pozitivní kvality života ve své dimenzionalitě interindividuálně srovnatelné (16).

Koncept hodnocení kvality života spojený se zdravotním stavem vychází z narůstajícího vědomí nedostatečnosti informací o samotném klientovi ve srovnání s množstvím informací o jeho nemocech. V tomto novém přístupu nemají při posuzování zdravotního stavu zásadní důležitost očekávaná délka života a nepřítomnost choroby. Nově se zabýváme i kvalitou života nemocných a pozornost věnujeme také samotným nemocným a jejich vnímání fy-

zického a duševního stavu a jejich schopností v každodenním životě.

V medicíně hodnocení kvality života převzalo roli, kterou by měla mít tzv. celostní medicína (16).

„HRQoL může být posuzována jako ta část celkové kvality života, která je určována především zdravotním stavem osoby a může být ovlivňována klinickými intervencemi. Často bývá definována jako subjektivní vjem důsledku choroby na kvalitu vlastního života“ (Salajka 2006, s. 15).

Abychom byli schopni měřit kvalitu života, je potřeba vzít v úvahu řadu složek celkového stavu a chování, které lze rozdělit do čtyř oblastí a to tělesné potíže podmíněné nemocí, psychický stav a výkonnost, výkonnost v oblastech každodenního života, sociální vztahy. Teoreticky existují dva hlavní mechanismy, pomocí, kterých nemocní hodnotí své zdraví – fyzická a mentální složka. Do fyzické složky patří projevy choroby, potíže a omezení, které nemoc vyvolává. Mentální složka vychází z emocí, které projevy a potíže zapřičiňují. Obě složky, z nichž vychází celkové posouzení zdravotního stavu nemocných, jsou ovlivňovány jednotlivými faktory ze všech uvedených oblastí. Mentální složka pravděpodobně modifikuje celkové vnímání závažnosti choroby a závažnosti zdravotního postižení (16). Hodnocení kvality života se vztahuje k základním cílům zdravotní péče a týká se přímo nemocného a věnuje pozornost jeho vlastní hodnotové stupnici. Kvalita života je nahlížena jako důležitá výsledná veličina, určená nejen charakteristikou nemoci, symptomů nebo její léčby, ale i individuální odpovědí pacienta na nemoc a její důsledky. Tato odpověď zahrnuje složku emoční, poznávací a složku chování pacienta. Choroba, její jednotlivé aspekty a důsledky, s nimiž je nemocný konfrontován, na něj klade požadavky týkající se jeho schopnosti se na nemoc adaptovat, vyrovnat se s ní. Skutečnost, zda a nakolik je nemocný schopen vyrovnat se s chorobou, závisí na mnoha vnějších i vnitřních faktorech. Mezi vnější patří zejména

sociální podpora okolí, dostupnost a kvalita zdravotní péče apod. Vnitřní faktory vycházejí ze skutečnosti, že choroba a její příznaky, které mohou být z vnějšího pohledu u jednotlivých nemocných podobné či shodné, jsou rozdílně vnímány samotným pacientem, čímž je dán zcela jedinečný subjektivní vjem u každého nemocného. Tento subjektivní vjem je určující pro celkovou kvalitu života daného pacienta (16).

Metodika

Cíl práce:

Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku kvality života nemocných s CHOPN a provést výzkum, jehož cílem bylo zjistit, čím je ovlivněna kvalita života nemocných s chronickým plicním onemocněním, které oblasti kvality života nemocných jsou postiženy nejčastěji a podat ucelený přehled o kvalitě života nemocných s CHOPN. V teoretické části jsme popsali kvalitu života v obecné rovině, konceptu hodnocení kvality života spojeného se zdravotním stavem, způsobů hodnocení a přístupů k měření kvality, popsali jsme vlivy, které působí na kvalitu života těchto nemocných, včetně výzkumů provedených na téma CHOPN a kvalita života.

Soubor:

Náš soubor tvořilo 30 nemocných v seniorském věku v I a II. stadiu CHOPN z plicních ambulancí v Praze a Ústí nad Labem v období 1.1.2014 až 28.2.2014 a kontrolní skupinu tvořilo 30 zdravých respondentů v seniorském věku ve stejných městech a stejném období.

Výzkumné metody

Jako metodiku výzkumu jsme zvolili semistrukturovaný rozhovor a metodologii SEIQoL, směřující k poznání kvality života nemocných s chronickým obstrukčním plicním onemocněním. Semistrukturovaný rozhovor probíhal na základě předem připravených otázek. Jedná se o hrubý seznam otázek. Jde o přechodnou variantu mezi strukturovaným a volným roz-

hovorem (1). Velikost výzkumného vzorku považujeme vzhledem k jeho časové náročnosti za přiměřený s určitou vypovídající hodnotou. Otázky byly koncipovány jako otevřené, které sledovanou osobu vedly k nutnosti hlouběji se zamýšlet nad škálou odpovědí a uzavřené, kdy odpovídal ano - ne dle skutečnosti. Otázky se týkaly okruhů: osobní údaje (věk, pohlaví, povolání), zdravotní stav (hodnocení zdraví, znalost diagnózy, subjektivní pocity při záchvatu dušnosti...), psychosociální aktivity (změny ve způsobu života, společenský život, zaměstnání, rodina, volný čas...), biologické potřeby (spánek, bolest). Cílem rozhovoru bylo zjistit, jaké obtíže přináší CHOPN samotným postiženým a jejich rodinám.

Při našem výzkumu každý klient uvedl celkem pět momentů - životních hodnot či zaměření, jež považuje za nejpodstatnější. U každého tématu se vyjádřil, jak je s daným tématem spokojen (v procentech od nuly do 100 %, kde 0% je nejnižší míra spokojenosti a 100 % znamená, že je zcela spokojen s daným zaměřením života). U každé oblasti hodnot uvedl, jak moc je tato oblast pro něj důležitá (pro všech pět témat, které uvedl, měl k dispozici celkem 100 %, úkolem bylo rozdělit těchto 100 % mezi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro klienta důležité).

Vyhodnocení SEIQoL bylo provedeno tak, že se u každého tématu násobila jeho důležitost mírou spokojenosti. Výsledná hodnota se rovnala součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádek. Součet se dělil stem, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty). Pro tuto metodu jsme si zvolili kontrolní skupinu 30 zdravých lidí v produktivním věku, abychom mohli porovnat celkovou hodnotu kvality života u nemocných s CHOPN a u zdravých respondentů. Cílem metody SEIQoL bylo zjistit, jak se liší celková hodnota kvality života u klientů s CHOPN a u zdravých respondentů.

Stanovení hypotéz pro účely výzkumu

Stanovili jsme si hypotézy, které jsme ověřovali pomocí metody semistrukturovaného rozhovoru a metodologie SEIQoL.

Východisková hypotéza:

Dle našeho mého mínění, dochází u klientů s chronickým plicním onemocněním ke změně kvality života zejména v biopsychosociální oblasti.

Pracovní hypotézy:

Domníváme se, že klienti s chronickým plicním onemocněním budou uvádět omezení ve svých fyzických aktivitách.

Předpokládáme, že v důsledku emocionálních problémů dochází k omezení společenského života klientů.

Dle našeho mínění, dochází u nemocných s CHOPN k ovlivnění rodinného života.

Dle našeho názoru, dochází u klientů s dlouhotrvajícím plicním onemocněním k zhoršení duševního zdraví nebo k depším.

Domníváme se, že CHOPN zvyšuje výskyt pocitu úzkosti.

Domníváme se, že chronické plicní onemocnění zvyšuje pocit únavy.

Předpokládáme, že kvalita života u nemocných s CHOPN je nižší, než u zdravých lidí. Domníváme se, že klienti budou subjektivně pocítovat, že jejich zdravotní stav je zhoršený.

Výsledky

Stáří všech dotazovaných nemocných s CHOPN se pohybovalo ve věkovém rozmezí od 63 do 75 let. Výzkumu se účastnilo 15 mužů a 15 žen. Zdravotní stav - tato otázka byla postavena tak, že si každý nemocný vybral jednu z pěti možností, která nejlépe vyjadřovala, jak subjektivně hodnotí svůj celkový zdravotní stav.

Nikdo nehodnotil svůj celkový zdravotní stav jako výtečný. 7,0 % nemocných ho hodnotilo jako velmi dobrý, 46,4 % jako dobrý, 20,0 % jako docela dobrý a 26,6 % jako špatný. Z toho vyplynulo, že všichni nemocní pokládají svůj celkový zdravotní stav za zhoršený. Všichni dotazovaní byli

seznámeni se svou diagnózou. U některých nemocných předcházelo chronickému plicnímu onemocnění zjištění diagnózy astma bronchiale. 53,7 % nemocných bylo seznámeno se svým zdravotním stavem odborným lékařem v plicní ambulanci, kam byli odesláni praktickým lékařem pro opakovaně dlouhotrvající bronchitidy, nebo pro progredující dušnost. 46,3 % nemocných bylo informováno o své diagnóze přímo praktickým lékařem neprodleně po předchozím spirometrickém vyšetření. Průměrná doba trvání CHOPN našich dotazovaných byla 4,5 roku. Nejčastěji udávané pocity při záchvatu dušnosti byly těžký výdech, těžký nádech, úzkost a sevření hrudníku. Méně často se vyskytoval strach ze smrti a bolest na hrudi. Úzkost při záchvatu dušnosti uvádělo celých 60,0 % nemocných, 57,8 % nemocných udávalo, že u nich došlo ke změně způsobu života v důsledku CHOPN. Celých 42,2 % nemocných žádné změny ve způsobu života neudávalo.

Změny způsobu života v důsledku CHOPN - tato otázka byla koncipována jako otevřená, s volnou odpovědí respondenta se týkaly omezení sportovní činnosti, turistiky, rychlé chůze a chůze do kopce či schodů, omezení větších pohybových aktivit, omezení pracovní činnosti (provádění těžké, namáhavé práce), omezení v provádění náročnějších domácích prací, nezvládnutí manuální práce, snížení celkové aktivity - únava, omezení kouření až abstinence, závislost na lécích a závislost na druhých. 76,2 % nemocných udávalo, že u nich vůbec nedošlo k omezení společenského života, 13,3 % nemocných pocítovalo omezení v této oblasti trochu, 7,4 % mírně a 3,1 % poměrně dost. Nikdo nehodnotil tuto oblast jako velmi silně omezující. Omezení v pracovní činnosti udávalo 53,8 % nemocných. Šlo hlavně o řemeslníky, dělníky, zdravotníky a zaměstnance ČD. 46,2 % nemocných, jenž omezení neudávalo, bylo tvořeno především nemocnými, u nichž doba trvání onemocnění nepřesahovala čtyři roky. Tito nemocní pře-

vážně hodnotili svůj zdravotní stav jako dobrý nebo velmi dobrý.

Mezi omezení, týkající se pracovní činnosti nemocných s CHOPN patřila omezení ve vykonávání namáhavé práce pro dušnost, omezení pohybu v prašném, či jinak znečištěném prostředí z důvodu dráždění ke kašli a dušnosti, snížení pracovního úvazku z důvodu vyšší únavy a vyčerpání, omezení práce v noci z důvodu vyčerpání, únavy, zhoršování dušnosti, častá pracovní neschopnost pro exacerbace CHOPN. 59,5 % nemocných uvedlo, že je jejich nemoc ovlivňuje v rodinném životě. Jednalo se o nemocné, kteří žijí s partnerem anebo s dětmi. 40,5 % nemocných neudávalo ovlivnění rodinného života. Šlo především o ty nemocné, kteří žijí sami. Rodinný život nemocných byl ovlivněn větší závislostí na partnerovi, vyšší podporou ze strany partnera, přenesením odpovědnosti na druhého partnera, změnou postavení v rodině a závislostí na svých dětech.

Mezi nejčastěji udávané aktivity ve volném čase patřila četba, luštění křížovek, sport, sledování televize, následovala turistika. 47,0 % respondentů udávalo přítomnost omezení, týkajících se aktivit ve volném čase. Dotazovaní nejčastěji odpovídali, že je omezuje dušnost při náročných činnostech jako je chůze či jízda na kole do kopce, nebo na velké vzdálenosti apod. Také vyšší únava při aktivitách ve volném čase, byla překážkou v provozování zálib dotazovaných. Nikdo z respondentů se necítil být omezen v sebeobslužných činnostech jako je hygienická péče, oblékání bez cizí pomoci a běžné denní činnosti jako mytí nádobí, vaření apod.

Přítomnost úzkosti v souvislosti s CHOPN udávalo 67,8 % nemocných. Úzkost byla spojována nejčastěji se záchvaty dušnosti a depresemi trpělo 33,7 % respondentů. Jednalo se o nemocné, kteří byli postiženi onemocněním více jak pět let. Větší únavu a vyčerpání pocítovalo 90 % dotazovaných. Byla dávana do souvislosti s fyzickými aktivitami a nedostatečným či přerušovaným spánkem. Problémy v ob-

lasti spánku mělo 63,9 % dotazovaných. Častou příčinou těchto potíží byly příznaky plicního onemocnění, které nemocné nejvíce obtěžovaly v průběhu noci nebo ráno při probouzení. Tyto poruchy byly často spojeny s pocity únavy a vyčerpání. Bolest v souvislosti s plicním onemocněním udávalo pouze 20,5 % nemocných. Bolest byla téměř vždy lokalizována na hrudi a vyskytovala se především při exacerbaci plicního onemocnění, v souvislosti s bakteriální infekcí. 60,8 % nemocných označilo za velmi závažný problém dušnost, 57,0 % nemocných potíže s výdechem a 30,1 % probouzení během noci kvůli příznakům. Mezi méně závažné potíže byl u 63,2 % nemocných zařazen kašel, u 53,4 % svírání na hrudi, u 47,2 % příznaky ráno při probouzení, u 43,4 % obtížné usínání a u 47,7 % pískání. Jako méně závažné problémy z hlediska emocí byly nejfrekventovaněji označeny obavy z toho, že klient nemá při sobě léky v případě potřeby 39,9 % nemocných a nutnost užívat léky 34,0 % nemocných. Vliv plicního onemocnění na psychiku nemocného se dle našeho výzkumu jeví spíše jako závažný 43,8 % nemocných. Obava, že nemocnému dojde dech, byla v 43,2 % označena jako nezávažná.

Jako závažné problémové oblasti, z hlediska nutnosti se jim vyvarovat, byly nej-

častěji označeny prach 50,9 % nemocných, cigaretový kouř 43,1 % a znečištění vzduchu 50,2 %. Studené počasí označilo 50,0 % nemocných jako méně závažné.

Průměrná hodnota kvality života byla u mužů 65,95, u žen 58,9. Průměrná hodnota u nemocných s CHOPN bez rozdílu pohlaví byla 62,43.

Průměrná hodnota kvality života byla u mužů 76,16, u žen 71. Průměrná hodnota u zdravých respondentů bez rozdílu pohlaví byla 73,68.

Ženy měly průměrné hodnoty kvality života nižší než muži. Zdraví respondenti měli průměrné hodnoty kvality života vyšší než nemocní s CHOPN.

Diskuse

Všichni nemocní s chronickým plicním onemocněním uváděli omezení ve fyzických aktivitách, a to především při usilovných činnostech. Někteří nemocní udávali, že u nich vůbec nedošlo k omezení společenského života. Velká část nemocných udávala, že je jejich nemoc ovlivňuje v rodinném životě. Deprese uvádělo v souvislosti s nemocí CHOPN pouze menší část nemocných. Přítomnost úzkosti v souvislosti s CHOPN udávala většina nemocných a stejně tak i větší únavu a vyčerpání v souvislosti s CHOPN. Zdraví respon-

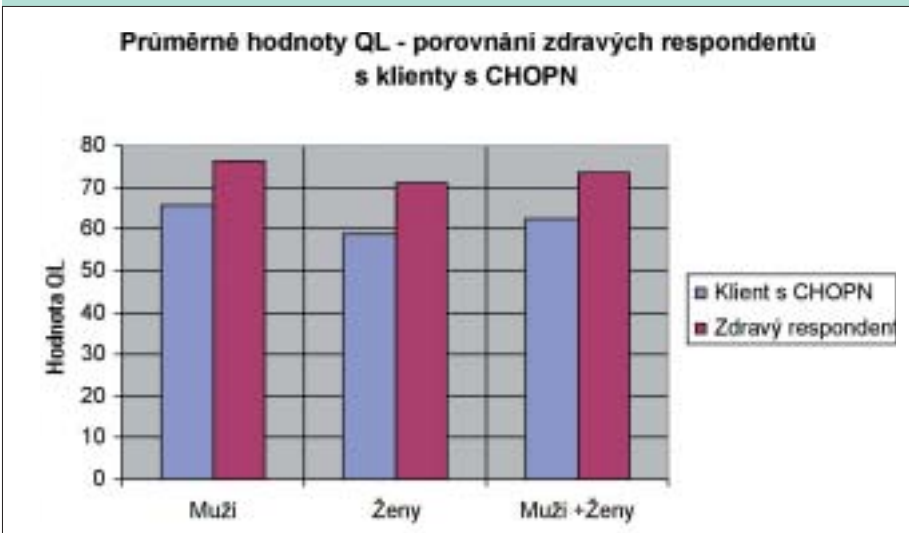
Graf č. 1: Kvalita života podle metody SEIQoL u nemocných s CHOPN



Graf č. 2: Kvalita života podle metody SEIQoL u zdravých respondentů



Graf č. 3: Průměrné hodnoty QL - porovnání zdravých respondentů a nemocných s CHOPN



denti měli průměrné hodnoty kvality života vyšší než klienti s CHOPN. **Ženy měly průměrné hodnoty kvality života nižší než muži. Zdraví respondenti měli průměrné hodnoty kvality života vyšší než klienti s CHOPN. Kvalita života nemocných s CHOPN byla hodnocena jako zhoršená.**

Kvalita života nemocných s bronchiální obstrukcí je výsledkem působení řady vlivů. Pravděpodobně nejdůležitějším faktorem, který s kvalitou života souvisí, je

pocit dušnosti. Vznik dušnosti je základním důvodem snížené tolerance námahy.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nemocní s chronickým plicním onemocněním jsou nejvíce omezováni ve fyzických aktivitách. Omezení usilovných činností udávali všichni dotazovaní. Z fyzických aktivit se jeví jako nejvíce omezující chůze do kopce nebo do schodů, sport, turistika a namáhavá pracovní činnost. Mezi důvody, které ovlivňovaly fyzické aktivity, pat-

řily zejména dušnost a únava. Ovlivnění společenského života nemocí negovalo 76,2 % nemocných. Podle našeho názoru je zde souvislost mezi plnohodnotným společenským životem, délkou trvání onemocnění a věkem nemocného. Délka trvání onemocnění se u velké části nemocných pohybovala od jednoho do čtyř let, všichni dotazovaní byli v produktivním věku. Někteří z nemocných uvedli, že téměř do společnosti a za kulturou nechodí. 59,5 % nemocných uvedlo, že jejich nemoc ovlivňuje rodinný život, zvyšuje se závislost na partnerovi, nemocný potřebuje více podpory, dochází k přenášení odpovědnosti na druhého partnera a tím se mění jeho postavení v rodině. Z hlediska rodinného soužití představuje chronické onemocnění faktor spíše dezintegrující, negativně ovlivňující prakticky všechny aspekty rodinného života. Potřebám partnerů nemocných s CHOPN je nutné věnovat vysokou pozornost, zejména jsou-li staršího věku.

Úzkost v souvislosti s CHOPN udávalo 67,8 % nemocných. Byla spojována nejčastěji se záchvaty dušnosti. Úzkost se dále týkala příznaků nemoci, spouštěčů nebo léčby. Depresemi trpělo pouze 33,7 % nemocných. Jednalo se o nemocné, u kterých trvalo onemocnění více jak pět let a závažněji postihovalo jejich zdravotní stav. Výskyt deprese stoupá v závislosti na velikosti bronchiálního postižení. Bývá sdružen s osamělým životem bez životního druha nebo družky, se závažnějším postižením fyzické výkonnosti, s prokázanou reverzibilitou obstrukce a s vyšším výskytem příznaků (16). Větší únavu a vyčerpání pocítovalo 90,0 % dotazovaných.

Únava a vyčerpání byla dávana do souvislosti s fyzickými aktivitami, nedostatečným či přerušovaným spánkem. Poruchami spánku trpělo 63,9 % nemocných.

Při hodnocení celkové kvality života metodologií SEIQoL se potvrdila hypotéza, že kvalita života u nemocných s CHOPN je nižší než u zdravých lidí. Mezi nejčastěji uváděné životní hodnoty patřilo zdraví, rodina, manželství, vztahy mezi lidmi,

práce, finance, koníčky a duševní pohoda. Celkový zdravotní stav nemocných s CHOPN byl hodnocen jako zhoršený i když naši dotazovaní měli poměrně krátkou dobou trvání onemocnění a CHOPN byl v I a II stádiu choroby. Naopak hodnocení zdravotního stavu jako špatného mohlo souviset s okolnostmi, že tyto nemocní byli dotazováni v době, kdy u nich probíhala exacerbace plicního onemocnění.

Mezi nejčastěji uváděné životní hodnoty u zdravých respondentů patřilo zdraví, rodina, manželství, vztahy mezi lidmi, práce, finance a koníčky a v menší míře byly udávány životní prostředí, příroda, nezávislost, svoboda, tolerance, štěstí, práce na sobě, sport, hledání pravdy a duchovní život. Tyto hodnoty se výrazněji nelišily od témat u nemocných s CHOPN. Navíc se zde objevilo téma hledání pravdy, jídlo a domácí zvíře.

Průměrná hodnota kvality života byla u mužů 76,16, u žen 71,0. Průměrná hodnota u zdravých respondentů bez rozdílu pohlaví byla 73,68.

Výsledky výzkumu mohly být ovlivněny také tím, že byl prováděn v zimních měsících, kdy obvykle tyto nemocní mají více potíží, nemocní byli dotazováni v době, kdy u nich probíhala exacerbace plicního onemocnění a navštívili plicní ambulanci, stáří dotazovaných, krátká doba trvání onemocnění (jeden až čtyři roky) u většiny klientů.

Závěr

Z údajů publikovaných v ČR v posledních 10-ti letech vyplývá, že lidé s postižením tvoří přes 10 % z celkové populace. Z celkového počtu asi 1,2 milionu zdravotně postižených je celkem cca 150 - 200 tisíc lidí se závažnými onemocněními chronického charakteru a civilizačními nemocemi, které výrazně zasahují do jejich života (12). Jedním ze závažných onemocnění, na které má vliv zhoršující se životní prostředí, je chronická obstrukční plicní nemoc. Má progresivní průběh, který je zhoršován akutními exacerbacemi onemocnění. Prog-

nóza tohoto onemocnění je všeobecně špatná. Prevalence nemoci se v Evropě odhaduje na 14 - 16 % a představuje velký socioekonomický problém, neboť invalidizuje nemocné již ve věku 40 až 50 let. Nálady na léčbu tohoto onemocnění jsou vysoké. Prognózy WHO ukazují, že CHOPN bude v roce 2020 třetí nejčastější onemocnění na světě (13). Česká republika, tak jako jiné vyspělé státy, je nucena řešit nárůst chronických onemocnění v důsledku zhoršujícího se životního prostředí, nezdravého životního stylu a v neposlední řadě i z kvalitní lékařské péče, která v současné době léčí i onemocnění dříve obtížně léčitelná nebo neléčitelná. Pro zmapování problematiky kvality života klientů s CHOPN jsme provedli výzkum, jehož cílem bylo zjistit, čím je ovlivněna kvalita života těchto nemocných a které oblasti života jsou při této nemoci postiženy nejčastěji. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nemocní s chronickým plicním onemocněním jsou nejvíce omezováni především ve fyzických aktivitách. V sociální oblasti dochází nejčastěji ke změnám v rodinném soužití. Z psychologických problémů byla nejčastěji udávána přítomnost úzkosti. Větší únavu a vyčerpání pocítovala většina dotazovaných. Kontrolní skupina zdravých respondentů měla průměrné hodnoty celkové kvality života vyšší než klienti s CHOPN.

Dle našeho mínění by bylo zajímavé provést další výzkum na téma vliv ošetrovatelských a rehabilitačních intervencí na kvalitu života nemocných s chronickým respiračním onemocněním. V dnešní době je možné ovlivnit kvalitu života klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí vhodně zvolenými terapeutickými intervencemi. Z hlediska ošetrovatelských intervencí se jeví jako nejdůležitější edukace klienta a jeho rodiny, péče o dýchací cesty a dechová rehabilitace, doplněná lázeňskou léčbou, motivace k zapojení nemocného do procesu léčby a vhodná psychologická podpora. V boji proti psychologickým faktorům nepříznivě ovlivňujícím kvalitu života nemocných hraje klíčovou roli zejména správná edukace.

Literatura

1. BÁRTOVÁ, S., SADÍLEK, P., ROTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
2. DOLENSKÝ, J. a spol. *Respirační insuficience*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-076-88.
3. DINDOŠ, J.: Chronická obstrukční plicní nemoc, její diagnostika a léčba. *Lékařské listy*, 2005, č. 44, s. 12-16.
4. DYLENSKÝ, I., TROJAN, I.: S. *Somatologie (I)*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0026-1.
5. HLOBIL, Z., HNÁTEK, J., ŠÁBOVÁ, E., MALÝ, M., VONDRA, V.: Kvalita života nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí, prostou chronickou bronchitidou a bronchiálním astmatem, léčených v Lázních Luhačovice. *Stud. Pneumol. Phthiocol.*, 2003, roč. 63, č.3, s.100-105.
6. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V.: *Ošetrovatelství - učební text pro SZŠ, I. část - vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. Uherské Hradiště: Print, 1999.
7. KLENER, P. a kol.: *Vnitřní lékařství. Díl II*. Karolinum: Praha, 1995. ISBN 382-88-95.
8. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemocí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
9. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál s.r.o, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
10. MAREŠ, J. a kol.: *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.
11. NOVOSAD L.: *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-85282-77-X.
12. NOVOSAD L.: *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-85282-78-X.
13. PRCHALOVÁ, E., PARÁKOVÁ, Z.: Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní exacerbací CHOPN. *Sestra*, 2001, roč. XI, č. 10, s. 38-39.
14. ROKYTA, R. a kol.: *Fyziologie*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-45-5.
15. RUSKOVÁ, H., ADAMOVÁ, A.: Vliv lázeňské léčby na kvalitu života chronicky nemocných. *Alergie*. 2004, roč.3, s.143 - 146.
16. SALAJKA, F.: *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
17. ŠVEHLOVÁ, M.: *Plicní rehabilitace a respirační fyzioterapie v domácím prostředí*. Praha: Vltavín, 2006. ISBN 80-86587-17-8.
18. TRACHTOVÁ, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-324-4.
19. VONDRA, V., MALÝ, M.: Kvalita života nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. *Interní medicína pro praxi*, 2003, roč. 10, s. 496 - 500.

20. VONDRA, V., MUSIL, J. a kol.: *Chronická obstrukční plicní nemoc - Návod jak žít s CHOPN*. Praha: Vltavín, 2004. ISBN 80-86587-07-X.

21. VONDRA, V., MUSIL, J., KOS, S., KRÁLÍKOVÁ, E.: *Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) - Moderní směry v diagnostice a léčbě*. Praha: Vltavín, 2003. ISBN 80-86587-03-7.

Použité internetové zdroje

22. *České občanské sdružení proti chronické obstrukční plicní nemoci* (autor neuveden). [online] URL: <<http://www.copn.cz/.htm>>[cit. 2007-01-20].

23. Encyklopedie Co je co. [online] URL: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/85406-produktivni-vek>> [cit. 2007-01-20].

Adresa autora

PhDr. H. S., RN
Novoveská 3, Praha 5
PSC: 158 00
Česká republika
e-mail: hana.slamov@seznam.cz

Quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease

H. Slámová

Summary

Introduction: The paper aims to describe the factors influencing the quality of life of patients with chronic pulmonary disease and to highlight the most affected areas. The research part was focused mostly on unpleasant and stressing aspects, which make daily living, leisure activities or social life of patients difficult.

Methods: Semistructured dialogue and SEIQoL methodology whose objective was to get acquainted with the life of patients with chronic obstructive pulmonary disease (hereinafter referred to as COPD) was chosen as a research method. The questions were designed as open, forcing respondents to think about choosing the answer from a wide scale of possibilities and closed yes-or-no questions, when the patient responded truthfully according to real life.

Results: All the patients with COPD reported limited physical activities mainly in strenuous activities. Some patients reported no limitation in social activities. A great part of patients reported their disease as affecting their family lives. Only a smaller part of patients reported depression in relation to COPD. A majority of patients reported anxiety as well as tiredness and exhaustion as related to COPD. In healthy respondents the mean life quality values were higher than in COPD clients. Women showed the mean life quality values lower than men. Healthy respondents revealed the mean life quality values higher than COPD clients. The quality of life of patients with COPD was rated as deteriorated.

Conclusion: The research results show that COPD patients are mostly affected in physical activities. In social area there are changes in family life. Anxiety was the mostly reported psychic problem. Today, we are able to influence the quality of life of COPD clients with suitably chosen therapeutic interventions. The most important nursing interventions embrace the education of the client and his/her family, along with the care for respiratory tract and breath rehabilitation complemented by spa therapy, motivation to join the patients in the therapeutical process as well as adequate psychic support.

Key words: *quality of life - chronic obstructive pulmonary disease - HRQoL - SEIQoL - breathlessness - spirometry*

STARNUTIE OBYVATEĽSTVA Z POHLÁDU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

P. Ondruš

Division of Cardiac Surgery, Mazankowski Alberta Heart Institute,
University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada

Súhrn

Narastanie počtu starších ľudí celosvetovo je omnoho rýchlejšie ako kedykoľvek predtým v histórii. [10] Podľa populačného oddelenia OSN (UNPD) sa stredný vek ľudstva po desaťročiach veľmi malých zmien v posledných dvadsiatich rokoch zvýšil o 5 rokov a je okolo 29,1 rokov. V nasledujúcich dvoch dekádach bude tento trend pravdepodobne pokračovať. Najstaršia spoločnosť Japonsko má stredný vek populácie už teraz takmer 45 rokov. Len na porovnanie mala do roku 1840 najlepšia demografická skupina na svete nižšiu predpokladanú dobu života ako je v súčasnosti stredný vek populácie v Japonsku.[3] Klesajúca pôrodnosť a trvalý vzostup predlžovania života v mnohých krajinách, špeciálne v rozvinutom svete podporuje starnutie populácie, najmä starších ako 80 rokov. Tento trend zodpovedal aj predlžovaniu predpokladanej dĺžky života za posledné storočie. Takéto demografické zmeny prinášajú sociálne a ekonomické výzvy aj pre zdravotnícke systémy.

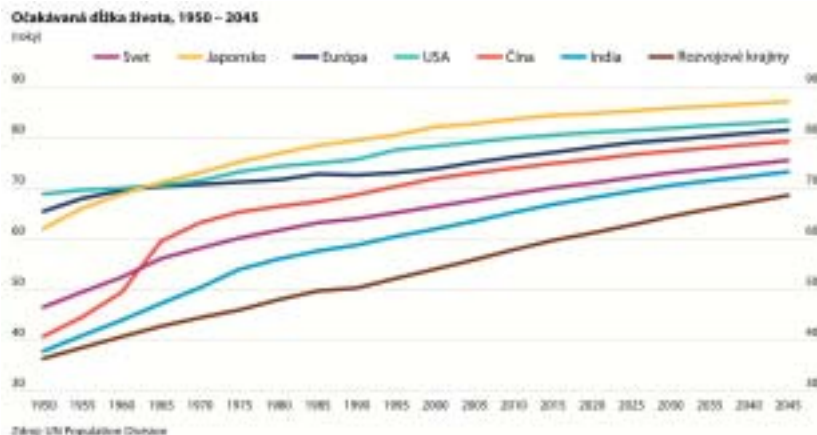
Kľúčové slová: starnutie populácie - pomer vekovej závislosti - zvyšovanie finančných nákladov - tlak na zdravotnícke systémy a zdravotnú starostlivosť - bývanie seniorov

Úvod

Významné zmeny vo verejnom zdravotníctve v 19. storočí a pokroky v medicíne v 20. storočí viedli k narastaniu priemernej dĺžky života (Graf 1). Podľa UNPD žije v súčasnosti vo svete približne 600 mil. ľudí starších ako 65 rokov (8 % celosvetovej populácie). Avšak v roku 2035 na-

rástie tento počet na 1,1 mld., čo bude predstavovať 13 % celosvetovej populácie. V ďalších 50-tich rokoch sa ďalej strojnásobí. Tento trend sa pripisuje poklesu pôrodnosti a spomaleniu celkového rastu populácie. Medzi rokmi 1950 a 2005 sa celková plodnosť na jednu ženu znížila na polovicu a je približne 2,6. (Graf 2). Predpo-

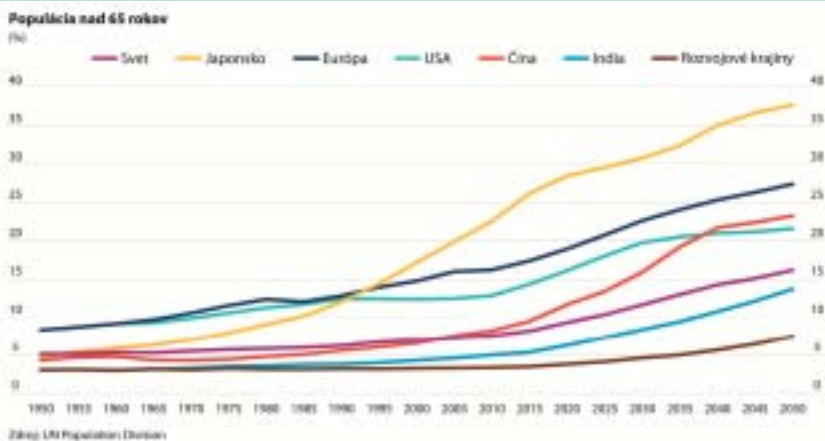
Graf 1: Predpokladaná dĺžka života



Graf 2: Celková pôrodnosť



Graf 3: Populácia starších ako 65 rokov

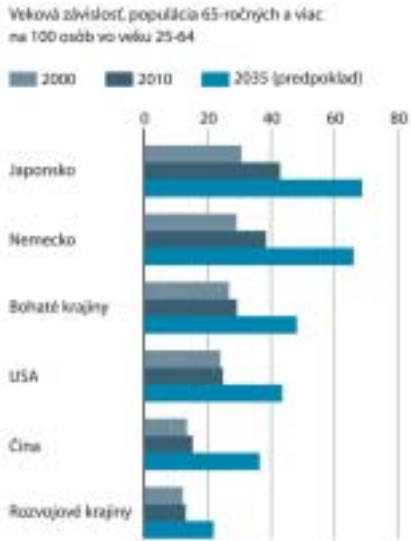


kladá sa, že v roku 2018 po prvýkrát počet obyvateľov vo veku 65 rokov a viac prevýši počet obyvateľov mladších ako 5 rokov. V súčasnosti mnoho starších ľudí žije aj za hranice predpokladanej dĺžky života. Rozrastajúca sa demografická skupina starších ako 80 alebo 85 rokov nazýva najstarší zo starých. (Graf 3). Tieto trendy ovplyvňujú aj *pomernú závislosť staršieho veku*, ktorá vyjadruje pomer medzi osobami staršími ako 65 rokov a osobami v pracovnom veku. V roku 2010 bolo vo svete na každých 100 dospelých ľudí vo veku 25 – 64 rokov

16 vo veku 65 rokov a viac (16/100).^[5] Podľa UNPD v roku 2035 tento pomer porastie na 26/100. Bohaté krajiny budú na tom najhoršie. (Graf 4).

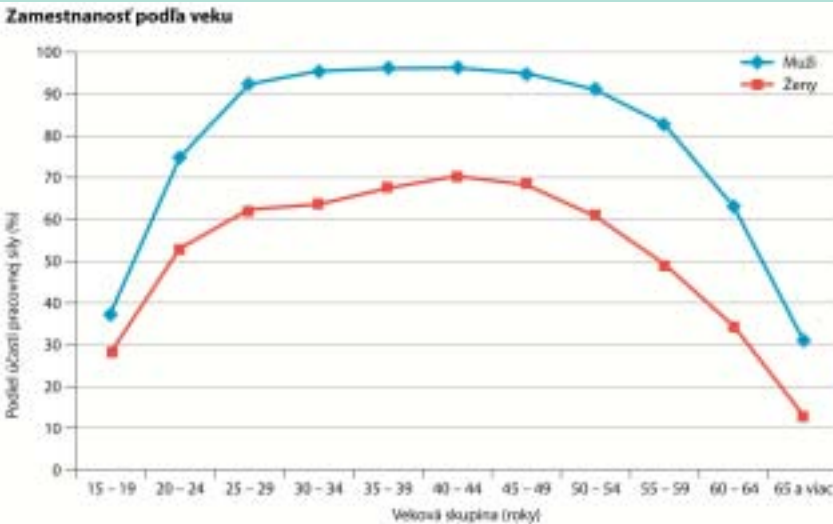
Podľa predpovede UNPD v roku 2050 bude predpokladaný počet 80-ročných a starších približne 21,7 %. Narastajúca dĺžka života starších ľudí naznačuje, že starnutie je biologický proces viac ako chronologický. Nové štúdie predpokladajú, že pravdepodobne priemerná dĺžka života bude trvale narastať. Poukazujú aj na fakt, že fajčenie ako jeden z mnohých závažných fak-

Graf 4: Pomer vekovej závislosti populácie



Zdroj: Economist, Demography, growth and inequality: Age invaders, 2014

Graf 5: Zamestnanosť podľa veku



Účasť pracovných síl podľa veku - muži a ženy, kombinované údaje pre všetky krajiny v 2012.

torov poklesu priemernej dĺžky života je v rozvojových krajinách na úpadku a tým umožňuje predĺžovanie ľudského veku. ^{[3][11]}

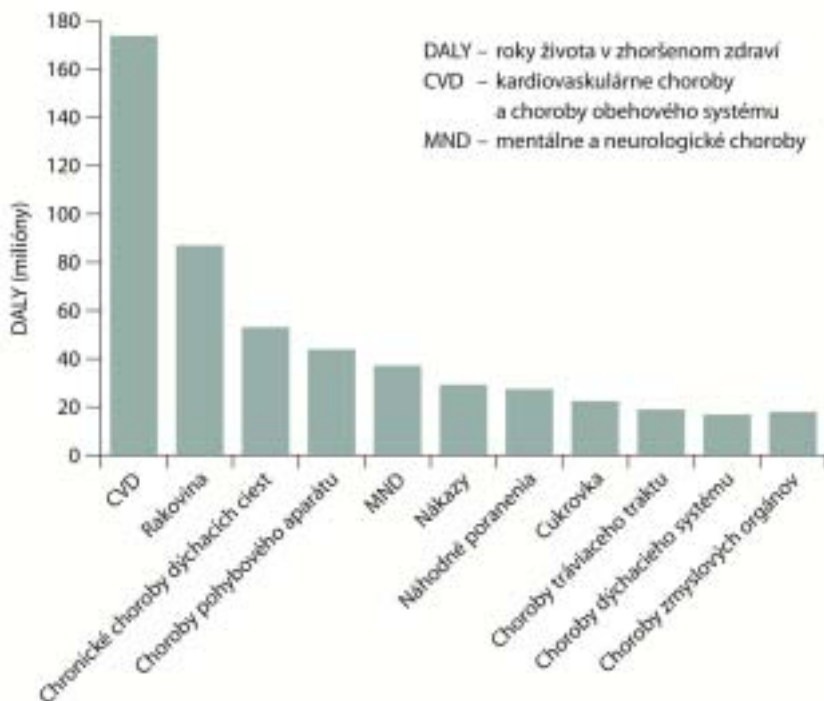
Všeobecne sa predpokladá, že väčšia proporcia starších ľudí spôsobí spomale-

nie ekonomického rastu. Starší ľudia využívajú na živobytie viac svoje vlastné finančné zdroje. Mnohí ekonómovia naopak tvrdia, že sa starší ľudia prispôbia novým podmienkam a budú pracovať dlhšie. Skutočná veľkosť pracovnej sily okrem vekovej štruktúry populácie závisí aj na faktoroch ako počet pracujúcich žien, imigrantov a ľudí pracujúcich po dovŕšení dôchodkového veku (graf 5). V súčasnosti takmer 20 % Američanov vo veku 65 rokov a viac stále pracuje. Podobne takmer polovica Nemcov, ktorí sú vo veku nad 60 rokov je dnes zamestnaných v porovnaní so štvrtinou pred 10 rokmi. Dlhmi zaťažené vlády Európy začali ustupovať z penzijných sľubov a zvyšovať vek odchodu do dôchodku. Polovica európskych krajín vrátane Talianska, Španielska, Holandska dala do vzáhu štatutárny odchod do dôchodku s predpokladanou dĺžkou života obyvateľov. ^[2]

Dochádza k zmenám pri vyplácaní pen-

Graf 6: Najväčší prispievatelia v globálnej záťaži chorobami

Hlavné skupiny globálneho zaťaženia chorôb 60-ročných a starších v 2010



Zdroj: Prince, M.J. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. The Lancet. 2014.

zostáva v pracovnom procese len 32 % mužov so stredoškolským vzdelaním oproti 65 % mužov s profesijnými diplomami a vysokou školou. Podobné výsledky sú aj v Európe, kde len štvrtina z najmenej vzdelaných Európanov vo veku 60 – 64 rokov stále pracuje. Manuálna práca je v staršom veku omnoho ťažšia a menej platená, preto je odchod do dôchodku atraktívnejší. Na druhej strane vysokoškolsky vzdelaní pracovníci sú platení viac a má pre nich zmysel pokračovať v práci aj po dosiahnutí dôchodkového veku. Sú taktiež zdravší a žijú dlhšie. To však neznamená, že bude pracovná sila narastať, pretože počty ľudí pracujúcich nad 65 rokov sú pomerne nízke. K poklesu pracovnej sily prispieva v súčasnosti aj veľká nezamestnanosť.

Starnutie populácie a verejné zdravotníctvo Ekonomické dôsledky

Posuny v štruktúre populácie významne ovplyvnia svetovú ekonomiku. Starnutie má dva rozmery. Na populačnej úrovni znamená vo vnútri spoločnosti posun k starším skupinám. Na individuálnej úrovni ide o jednotlivcov, ktorí žijú dlhšie. Tieto dve roviny sa navzájom nekopírujú. V mnohých rozvojových krajinách napr. pokles pôrodnosti navodil starnutie populácie viac ako predlžovanie veku. V mnohých starnúcich spoločnostiach existujú väčšie ekonomické problémy než financovanie zdravotnej starostlivosti pre starších občanov a dôchodcov. Naopak v Indii sa porcia ľudí v produktívnom veku, ktorí vytvárajú zdroje na platenie zdravotných nákladov bude zvyšovať napriek tomu, že bu-

de narastať počet starších ľudí. Tento fenomén sa nazýva demografický bonus. V Číne by sa táto zmena mala uskutočniť až po roku 2050, pretože Čína mala až donedávna zavedenú politiku jedného dieťaťa. [4] Za zmienku stojí aj fakt, že mnoho rozvojových krajín exportuje cez migráciu svoje demografické bonusy do bohatých krajín. V rozvinutých krajinách je starnutie populácie problémom. OECD predpokladá, že v dôsledku starnutia populácie by ekonomický rast mohol poklesnúť takmer o 1/3. Zmeny vo vekovej štruktúre spoločnosti budú mať významný dopad na zdravotnú starostlivosť. Avšak 65-roční a starší predstavujú významnú voličskú skupinu, ktorá má záujem na ochrane svojich práv na dôchodok a starostlivosť. [2]

Demografické zmeny mali doteraz menší dopad na výdavky zdravotnej starostlivosti ako sa všeobecne predpokladalo. V skutočnosti narodenie a umieranie predstavujú väčšinu z individuálnych celoživotných zdravotných nákladov. Posledné dva roky pred smrťou spotrebuje jedinec približne $\frac{1}{4}$ celkových nákladov na zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na to, či sa jedná o smrť, ktorá prichádza v 8. alebo v 88. roku života. Hoci existuje vzťah medzi zdravotnými nákladmi a vekom, náklady stúpajú preto, že viac ľudí zomiera po 65-tom roku života. Do hry prichádzajú aj iné faktory. K nim patrí narastajúca proporcia starších ľudí s významnou invaliditou. Vo všeobecnosti sú starší viac náchylní na rôzne chronické ochorenia a invaliditu. Avšak význam tohto segmentu staršej populácie nie je až tak veľký a finančne zaťažujúci ako sa predpokladalo. Priemerný rast zdravotných nákladov vynaložených na starnúcu populáciu v OECD krajinách medzi rokmi 1970 a 2002 sa zvyšoval v priemere o 0,5 % za rok, kým reálny rast HDP na obyvateľa o 2 % ročne. Skutočný finančný problém je pokles proporcie ľudí, ktorí sú v pracovnom procese a tvoria pracovnú silu. V dôsledku toho bude v budúcnosti dochádzať k obmedzovaniu finančných zdrojov, ktoré bude spoločnosť schopná pos-

kytnúť svojim starnúcim občanom. Tento dôsledok je ďaleko významnejší ako problémy zdravotnej starostlivosti.

Globálna záťaž chorobami

Podľa štúdie Globálnej záťaže chorobami z roku 2010 je 23,1% (574 mil. DALYs) globálnej záťaže možné pripísať chorobám u ľudí starších ako 60 rokov. Najväčšími prispievateľmi v tejto skupine populácie sú kardiovaskulárne ochorenia (30,3%), zhubné ochorenia (15,1%), chronické respiračné ochorenia (9,5%), muskuloskeletálne ochorenia (7,5%) a neurologické a mentálne ochorenia (6,6%) (graf 6). [12]

Vplyv na zdravotnú starostlivosť

Starnúca spoločnosť vyvoláva obavy z ekonomickej životaschopnosti zdravotníckych systémov. Zdravotné náklady stúpajú najmä v posledných dvoch rokoch individuálneho života jednotlivca a tesne pred smrťou predstavujú dominantnú proporciu z celoživotných nákladov na zdravotnú starostlivosť. Napr. vo Veľkej Británii ľudia starší ako 65 rokov navštívia lekára v priemere 7x za rok, kým 14 až 44 - roční len 4x. Ľudia 65-roční a starší tvoria 2/3 všeobecných a akútnych nemocničných hospitalizácií, napriek tomu, že tvoria len 16 % populácie. V USA tvoria starší ako 65-roční 13 % populácie, ale si vyžadujú 36 % nákladov na zdravotnú starostlivosť. Priemerné výdavky na túto skupinu sú 3x vyššie ako na skupinu pracujúcich.

Odlíšna situácia je v chudobnejších krajinách, ktoré sa po mnoho rokov koncentrovali na pomerne málo nákladnú liečbu prenosných ochorení. Obyvatelia sa postupne začali dožívať vyššieho veku s prevahou neprenosných ochorení, čo viedlo k významnému zvýšeniu nákladov na zdravotnú starostlivosť. Mnohé z rozvojových krajín začínajú byť v súčasnosti vystavené dvojitej záťaži z prenosných aj neprenosných ochorení. Preto reformovanie finančného systému zdravotnej starostlivosti je považované za podstatnú úlohu v starostlivosti o starnúcu populáciu.

Zdravotnícke systémy sa budú musieť prispôbiť novým požiadavkám a budú musieť presunúť dôraz z liečby akútnych ochorení na starostlivosť o chronické ochorenia, prevenciu aj u starnúcej populácii. [1] Spektrum chronických ochorení u staršej populácie je dobré známe, ale schopnosť staršej populácie dožiť sa v zdraví staršieho veku nie je dostatočne preskúmaná. U zdravých jedincov sa chronické ochorenia manifestujú v staršom veku, ktorý je často vyšší ako je predpokladaná dĺžka života, čo znamená, že ľudia v pokročilom veku sú zdravší a predstavujú menej nákladov pre zdravotnícky systém. Napr. v USA štúdie zistili, že priemerný vek, v ktorom zdraví muži dostávajú prvý infarkt sa zvyšuje rýchlejšie ako priemerná dĺžka života. Vychádza to z toho, že zdraví ľudia dosahujú starší vek a ich nasledujúce roky môžu byť prežité rovnako v zdraví. Na druhej strane štúdie v OECD krajinách ukázali, že v mnohých štátoch sa zvyšuje počet významnej invalidity, čo sa prejavuje aj v zvyšovaní absolútneho počtu ľudí postihnutých ťažkou invaliditou. V poslednom období dochádza k nárastu počtu chronických ochorení, ktoré sa pri veľmi nízkej predpokladanej dĺžke života pred 50-100 rokmi nemohli prejavíť. K nim sa radia ochorenia ako napr. Alzheimerová choroba, artritída, depresia, psychiatrické ochorenia, osteoporóza, Parkinsonová choroba a močová inkontinencia. [8] Je potrebné, aby sa výskum a zdravotnícke systémy sústredili viac na pochopenie potrieb starších jedincov, ktorí trpia spomínanými ochoreniami. Zdravotnícki pracovníci často nie plne chápu potenciálne riziká týchto ochorení u starších pacientov. Podobne je to aj s problémami pri poskytovaní preventívnych liekov starším ľuďom, ktoré ich dostávajú zriedkavejšie ako mladšia populácia. [6]

Narastajúcim problémom je aj nedostatok správne kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov v starostlivosti o staršiu populáciu. Geriatria ako lekárska špecializácia, ktorá sa zaoberá starými ľuďmi, je

v celej Európe a Severnej Amerike významne poddimenzovaná. Napr. Kanada má len jednu 1/5 z 1 000 geriatrov, ktorí sú v súčasnosti potrební, pričom takmer 20 % geriatrov sa blíži k dôchodkovému veku a mladšia generácia lekárov nejaví o túto špecializáciu veľký záujem. USA majú približne polovicu geriatrických špecialistov, ktorých potrebujú, pričom v poslednom desaťročí ich absolútny počet postupne klesal. V roku 2030 sa v USA predpokladá, že bude mať k dispozícii len 25 % z potrebných 36 000 geriatrov. Európa má podobné problémy. K hlavným dôvodom, ktoré vedú k zníženému záujmu o špecializáciu v geriatrickej je aj napr. súčasný systém platieb za výkon (*fee for service*), ktorý je nevyhodný v starostlivosti o mnohopočetné problémy starších ľudí. To vedie k extrémom, že mnohé špecializácie sú omnoho lepšie ohodnotené ako geriatria. Napr. v USA röntgenológovia zarábajú približne 400 tis. dolárov za rok, kým geriatrici len 150 tis. Taktiež Medicare v USA, ktoré slúži na pokrytie populácie staršej ako 65 rokov platí lekárom všeobecne menej ako pri vätné poistenie.

Imigrácia zahraničných zdravotníckych pracovníkov by mohla vyriešiť problém v bohatých krajinách s anglickým jazykom. Tie získavajú pracovníkov omnoho častejšie ako kontinentálna Európa. Mnohé štúdie poukazujú na únik mozgov do krajín ako USA, Kanada, Veľká Británia a Austrália. Jedným z riešení je poskytovanie viac finančných prostriedkov na výchovu zdravotníckych pracovníkov pre túto špecializáciu. Mnohé lekárske fakulty v USA dostali ročné finančné prostriedky na rozširovanie špecializácie geriatrickej. Národná zdravotná služba vo Veľkej Británii podporuje záujem lekárov o geriatriciu zvýšenými platbami za starostlivosť o starších pacientov.

Ďalším dôležitým krokom bude rozširovanie prípravy špecialistov v oblasti starostlivosti o staršiu populáciu. Posun špecifickej zdravotnej starostlivosti nasmerovanej na starnúcu populáciu si bude vy-

žadovať významné zmeny v zdravotníckych systémoch. Dôležité bude pripravovať viacej poskytovateľov. To bude možné dosiahnuť iba vtedy, keď nadobudne geriatrická starostlivosť v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti patričný význam. Mnohé lekárske fakulty umožňujú len základné vzdelanie v geriatrickej starostlivosti.

Do budúcnosti budú potrebné zmeny v poskytovaní starostlivosti. Starnúca populácia si vyžaduje viac služieb sociálnej starostlivosti a vlády mnohých krajín sa snažia pokryť tieto potreby. Domáca starostlivosť je veľmi žiadaná, pretože väčšina starších ľudí preferuje domácu starostlivosť a život vo vlastnom domove. Ukazuje sa, že popri nemocniciach a klinikách je domáca starostlivosť druhá najdôležitejšia oblasť pre investície do zdravotníctva. Podľa toho ako je domáca starostlivosť nastavená môže poskytovať významné ekonomické výhody. V USA sa vydá približne 117 dolárov denne na ľudí v ošetrovateľských domovoch oproti 650 dolárom mesačne na domácu starostlivosť. Uvažuje sa o vytvorení novej poisťovacej schémy na pomoc ľuďom, aby mohli zostať v opatrovateľských domoch dlhšie. Vo Veľkej Británii je popri štátnej zdravotnej službe väčšina sesterských a opatrovateľských postelí v privátnom sektore.

Podobne liečba bude musieť byť prispôbena staršej populácii. Všeobecne pretrvávajú názor, že zdravotnícki pracovníci venujú v poskytovaní liečby a starostlivosti menšiu pozornosť populácii staršej ako 65 rokov a u 80-ročných zabezpečujú len základnú starostlivosť. Budú potrebné nové farmakologické štúdie, ktoré budú zahŕňať jedincov starších ako 75 rokov, pretože starší organizmus a jeho metabolizmus sa odlišuje od metabolizmu mladých ľudí. Podobne technológie budú hrať významnú aktívnu úlohu v poskytovaní starostlivosti starnúcej populácii. V Japonsku už pokusne zavádzajú tzv. robotické sestry, ktoré poskytujú pomoc pri čistení alebo pomáhajú pacientom z invalidných vozíkov do postelí a podobne.

Starnúci organizmus podlieha v priebehu rokov významným zmenám a opotrebovaniu. Podľa štúdie centra kontroly ochorení 86 % Američanov nad 65 rokov má najmenej jedno z nasledujúcich ochorení - kardiovaskulárne, artritída, astma, rakovina, chronická obštrukčná choroba pľúc alebo diabetes. Viac ako 50 % má približne dve alebo viac týchto ochorení a 25% prinajmenšom tri významné ochorenia. Degeneratívne ochorenia ako osteoporóza sú veľmi rozšírené. Demencia je tiež významný prvok vo zvyšovaní chorobnosti. Pokiaľ len 2 % Európanov trpí demenciou vo veku nižšom ako 65 rokov, po dosiahnutí 65 rokov sa riziko každých 5 rokov zdvojnásobuje. Psychologické zdravie je všeobecne považované za najväčší problém starnúcej populácie. Predpokladá sa, že depresia a demencia budú predstavovať v najbližších desaťročiach kľúčové problémy. Ďalším dôležitým komponentom sú pády, ktoré znamenajú výrazný problém pre staršieho človeka. Sú najčastejšou príčinou poranení, ktoré sú spojené so smrťou u osôb starších ako 65 rokov a sú taktiež vedúcou skupinou nie smrteľných poranení a nemocničných hospitalizácií pre úrazy v tejto vekovej skupine. Ďalšími veľkými výzvami pre starnutie sú poruchy zraku, sluchu a mobility.[9]

Rozšírenie telemedicíny a monitorovania na diaľku bude pomáhať zlepšovať kvalitu domácej zdravotnej starostlivosti pričom umožní poskytovať starostlivosť účinnejšie a bezpečnejšie. Tieto technológie umožnia zdravotníckym pracovníkom poskytovať rady na diaľku a monitorovanie pacientových vitálnych funkcií a umožnia sestram koncentrovať sa na omnoho dôležitejšie úlohy. V rozvojových krajinách napr. v Indii je z milióna pracovníkov takmer $\frac{1}{4}$ zamestnaná v telemedicíne. Podobne Európska komisia navrhuje rozšírenie a legalizáciu používania telemedicíny.

Bude dôležitá zmena chápania prístupu k staršej populácii. Spoločnosť bude musieť pochopiť, že starí ľudia nebudú zomierať jednoducho preto, že majú na to

vek. Taktiež bude treba preskúmať tvrdenie, či zdraví jedinci starší ako 60 rokov by mali aj napriek tomu, že sú na vrchole svojich skúseností a schopností odísť do dôchodku. Ukazuje sa, že práca na malý úväzok má jasne pozitívny vplyv na mentálny stav starnúceho človeka. Táto myšlienka sa spája aj s voličským záujmom staršej populácie. Je všeobecne známe, že starší ľudia omnoho častejšie pristupujú k volebným urnám. To vytvára zo staršej populácie jeden z najdôležitejších voličských blokov.

Byvanie seniorov ako významný determinat zdravia

V súčasnosti sú často starší ľudia premiestňovaní do zariadení a výdavky na ich starostlivosť sú prenesené na ostávajúcich členov spoločnosti. Snahou do budúcnosti bude zapojiť starnúcu populáciu a nie ju izolovať. Naopak, mnohí z nich nie sú naďalej schopní žiť samostatne a bez pomoci z dôvodov ako napr. demencia. V týchto prípadoch je veľmi významná podpora dlhodobej a sociálnej starostlivosti. V Západnej Európe si podľa OECD vyžaduje takúto starostlivosť za 1 - 2 % HDP približne 10 - 20 % populácie staršej ako 65 rokov. K ďalším problémom patrí aj fakt, či v budúcnosti bude k dispozícii dostatok ľudí, ktorí budú ochotní poskytovať túto starostlivosť. Typicky je väčšina dlhodobej starostlivosti poskytovaná neformálne, najčastejšie rodinnými príslušníkmi a nie je platená. Predpokladá sa, že vo Veľkej Británii je približne 5 mil. neplatených neformálnych pracovníkov, ktorí sa starajú o starých ľudí v porovnaní s 1,5 mil. sociálnych pracovníkov. Podľa OSN v roku 2005 viac než 60 % starších ako 60 rokov žilo v Afrike, Ázii a Latinskej Amerike so svojimi deťmi a vnúčatami v porovnaní s približne 20 % v Európe a Severnej Amerike. Mnoho krajín sa snaží vyriešiť tento problém vylepšovaním a poskytovaním domácej starostlivosti viac ako sústreďovaním sa na investovanie do inštitucionálnej starostlivosti. [7] Do budúcnosti sa ukazuje, že je bezpod-

mienečne nutné aby narástol počet zdravotníckych pracovníkov v geriatricii.

Záver

Starnutie populácie, chronické ochorenia a ich ekonomické dôsledky budú mať významný vplyv na zdravotnú starostlivosť. Ich riešenie si bude vyžadovať zmeny v myslení jednotlivcov aj celej spoločnosti, presun prostriedkov a zdrojov do oblastí starostlivosti o starú populáciu a výchovu zdravotníckych pracovníkov, ktorí budú schopní reagovať na tieto zmeny. Zdravotnícke systémy a ich financovanie bude udržateľné iba v prípade významných štrukturálnych zmien, ktoré budú odrážať potreby starnúcej spoločnosti.

Literatúra

- [1] BEARD, J.R. - BLOOM, D.E. Towards a comprehensive public health response to population ageing. In *The Lancet* [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614614616>>.
- [2] BLOOM, D.E. et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. In *The Lancet* [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614614641>>.
- [3] ECONOMIST Demography, growth and inequality: Age invaders. In [online]. 2014. [cit. 2014-05-25]. Dostupné na internete: <<http://www.economist.com/news/briefing/21601248-generation-old-people-about-change-global-economy-they-will-not-all-do-so?frsc=dg%7C>>.
- [4] ECONOMIST Getting on. In *The Economist* [online]. 2011. [cit. 2014-05-25]. Dostupné na internete: <<http://www.economist.com/node/18832070>>.
- [5] ECONOMIST Health and wealth. In *The Economist* [online]. 2008. [cit. 2014-05-25]. Dostupné na internete: <<http://www.economist.com/node/12637080>>.
- [6] ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT Healthcare strategies for an ageing society. In [online]. 2009. Dostupné na internete: <http://graphics.eiu.com/upload/eb/Philips_Healthcare_ageing_3011WEB.pdf>.
- [7] GENET, N. et al. *Home care across Europe: current structure and future challenges*. 2012. ISBN 9789289002882 9289002883.

[8] CHATTERJI, S. et al. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. In *The Lancet* [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014673614614628>>.

[9] KANSTROM, L. et al. *Healthy ageing profiles guidance for producing local health profiles of older people* [online]. Copenhagen: World Health Organization, Europe, 2008. ISBN 9789289042833 9289042834.

[10] LUTZ, W. et al. The coming acceleration of global population ageing. In *Nature* 2008. Vol. 451, no. 7179, s. 716–719. [cit. 2015-01-22]. .

[11] POPULATION DIVISION, DESA, UNITED NATIONS World Population Ageing 1950-2050. In [online]. Dostupné na internete: <<http://www.un.org/esa/population/publica->

tions/worldageing19502050/pdf/62executive-summary_english.pdf>.

[12] PRINCE, M.J. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. In *The Lancet* [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014673614613477>>.

Adresa autora

P. O., MD, PhD.
Division of Cardiac Surgery
Mazankowski Alberta Heart Institute
University of Alberta
Edmonton, Alberta, Canada
Email: pondrus@ualberta.ca

Ageing of the population from the public health aspect

P. Ondruš

Summary

The growth of the number of the elderly is much faster than ever before in the historical context. According to the population department of UNO the mean age of mankind after the decades of minor changes increased by 5 years totalling up to 29.1 years over the past two decades. In the following two decades this trend will probably continue. The oldest society - Japan - has already reached the mean age of the population almost 45 years. Just for an illustration, up to the year 1840 the best demographic group in the world had had lower expected lifetime than the currently mean age of the population in Japan. The decreasing birth rate and continuous growth of life prolongation in many countries, especially in the developed world supports the ageing of the population, especially those older than 80. This trend corresponded with the prolongation of the expected life-span during the last century. Such demographic changes bring about social and economic challenges for health systems, too.

Key words: ageing of the population - relation of age dependence- increase of financial costs - pressure on health care systems and health care - housing of seniors

SÚČASNÉ MOŽNOSTI LIEČBY INKONTINENCIE MOČU U SENIOROV

I. Bartošovič*, A. Tašká**, I. Ivánková Bartošovičová***

* VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava; FVZ SZU Bratislava

** Ambulancia prenosných chorôb, Holíč

*** Interné oddelenie FNŠP Skalica

Súhrn

Inkontinencia moču (ďalej MI) je jedným z najzávažnejších geriatrických syndrémov, ktoré významne ovplyvňujú kvalitu života seniorov. Podľa definície Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu je inkontinencia moču definovaná ako nedobrovoľný únik moču; voľne ju môžeme definovať ako odchod telesných výlučkov na nesprávnom mieste a v nesprávny čas. Inkontinencia moču patrí medzi „geriatrických obrov“ („*geriatric giants*“) s vysokou prevalenciou v starobe.

Medzi možnosti liečby MI v staršej populácii patria režimové opatrenia, behaviorálne techniky, farmakoterapia, absorpčné pomôcky a katétre, chirurgická liečba. Farmakoterapia je u seniorov nedostatočne využívaná. Aj u nás väčšinu inkontinencií moču riešime absorpčnými pomôckami, hoci možnosti liečby sú oveľa širšie. Jednou z príčin sú aj nedostatočné kompetencie geriatrov. Pre kvalifikovanú pomoc seniorom je nevyhnutné, aby aj geriatři mohli predpisovať lieky určené na liečbu inkontinencie moču.

Kľúčové slová: inkontinencia moču - seniori - prevalencia - liečba - farmakoterapia - behaviorálna liečba

Inkontinencia moču (ďalej MI) je jedným z najzávažnejších **geriatrických syndrémov**, ktoré významne ovplyvňujú kvalitu života seniorov (*Hegyvi a Krajčík, 2010*). Podľa definície Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu je inkontinencia moču definovaná ako nedobrovoľný únik moču (*Breza a spol., 2005; Švihra, 2012*). Voľne ju môžeme definovať ako „odchod telesných výlučkov na nesprávnom mieste a v nesprávny čas“ (*Krajčík, 1993*).

Inkontinencia moču patrí medzi „geriatrických obrov“ („*geriatric giants*“) s vysokou prevalenciou v starobe. Topinková (*1999*) udáva nasledovné **charakteristiky MI** v starobe:

- MI má vzhľadom k polymorbidite seniorov multifaktoriálne, komplexné príčiny. Na rozdiel od MI, ktorá sa vyskytuje v strednom veku, býva u seniorov inkontinencia menej často prejavom ochorenia močových ciest, ale sa častejšie prejavuje ako príznak ochorenia iných orgánov (demencií, po cievných moz-

gových príhodách, Parkinsonovej choroby).

- Prevalencia i incidencia stúpa so zvyšujúcim sa vekom.
- Má vyšší výskyt komplikácií, a to somatických (kožné komplikácie, infekcie močových ciest, urosepsa, pády i zlomeniny) a psychosociálnych (nespavosť, depresia, úzkosť, izolácia, obmedzenie sociálnych aktivít).
- Vedie k funkčnému postihnutiu a závislosti na druhej osobe; zvyšuje riziko umiestnenia do inštitúcií.
- MI má vysoké náklady na liečbu a
- je sprevádzaná malou informovanosťou pacientov, zdravotníckych pracovníkov i laickej verejnosti (*Topinková, 1999*).

O pätnásť rokov neskôr kanadskí autori aktualizujú tieto osobitosti inkontinencie moču u seniorov (*Gibson a Wagg, 2014*):

- má vyššiu prevalenciu,
- seniori menej často vyhľadávajú odbornú pomoc,

- starí ľudia menej často dostávajú primeranú (*evidence-based*) starostlivosť,
- je spojená so závažnejšími následkami (riziko pádov, fraktúr, hospitalizácií),
- inkontinencia ako geriatrický obor („*geriatric giant*“) je konečným dôsledkom viacerých podmienujúcich rizikových faktorov a patofyziologických procesov,
- pretrvávajú nedostatok dôkazov z klinických štúdií so seniormi, hlavne s krehkými „frail“ seniormi (*Gibson a Wagg, 2014*).

Aj keď je v starobe MI častejšia ako v dospelom veku, nikdy nie je prejavom ani súčasťou procesu starnutia, vždy predstavuje **patologický stav**, ktorý je potrebné diagnostikovať a liečiť (*Topinková, 1999*).

U seniorov je dôležité vylúčiť a riešiť **akútnu inkontinenciu moču** (*Švihra, 2001*). Význam vidíme aj z hľadiska liečby, keďže prechodná MI môže prejsť do chronickej inkontinencie, alebo sa kontinencia obnoví (*Švihra, 2002*). Príčiny **akútnej** MI u seniorov sú:

- delírium, depresia, demencia,
- obmedzená mobilita,
- retencia moču,
- infekcia, zápal, zápcha,
- náhla zmena životného prostredia,
- environmentálne bariéry,
- násilie proti seniorom (*Litomerický, 2011*).

Všeobecne pre **liečbu** inkontinencie moču u seniorov platí, že je

- interdisciplinárna,
- individuálne prispôbená aktuálnemu psychickému, fyzickému a funkčnému stavu seniora,
- závisí od príčin, typu a stupňa MI, veku a celkového stavu seniora,
- v liečbe prevažne volíme konzervatívne postupy (*Hegyí a Krajčák, 2006; Weber, 2000*).

Medzi **možnosťami** liečby MI v staršej populácii patria:

- režimové opatrenia,
- behaviorálne techniky,
- farmakoterapia,
- absorpčné pomôcky a katétre,
- chirurgická liečba (*Marenčák, 2011*).

Režimové opatrenia

Medzi režimové opatrenia patrí úprava prostredia (dostatočné osvetlenie, madlá, odstránenie prekážok); optimalizácia pitného režimu; dostatočná fyzická aktivita; zabezpečenie dostupnosti toalety (*WC kreslo, flaša*) a pomôcok uľahčujúcich mobilitu; zjednodušenie oblečenia. Hoci **obezita** patrí k rizikovým faktorom pre stresovú MI, pozitívny vplyv redukcie hmotnosti (cvičením, diétou) na inkontinenciu moču u obéznych žien bol preukázaný v súboroch s priemerným vekom okolo 50 rokov (*Auwad et al., 2008*). Vo veľkej nórsej štúdií EPICONT (Epidemiology of Incontinence) spomedzi 27 936 žien bolo 15,5 % 70 ročných a starších. Spomedzi faktorov **životného štýlu** bola inkontinencia častejšia u fajčiarkov (súčasných alebo bývalých), ktoré fajčili viac ako 20 cigariet denne, u žien s vyšším indexom telesnej hmotnosti (*Body Mass Index*), pri pití čaju a menej častejšia u žien s fyzickou aktivitou nízkej intenzity (hodinu a viac týždenne). Nebol zistený vplyv fyzickej aktivity s vysokou intenzitou, pitia alkoholu a kávy (*Hannestad et al., 2003*).

Behaviorálna liečba

Behaviorálnu liečbu inkontinencie moču môžeme rozdeliť na dve skupiny – behaviorálna liečba závislá na pacientovi a závislá na opatrovateľovi (*Ouslander a Schnelle, 1995*).

Behaviorálna liečba **závislá na pacientovi** – cieľom je zlepšenie, obnovenie porušenej kontroly močenia zo strany CNS, takže senior bude schopný nezávislého močenia. Tieto techniky podporujú udržanie kontinencie. Vyžadujú si motiváciu, adekvátne kognitívne funkcie, pravidelné vedenie mikčného denníka. Patrí sem **tréning panvového dna** („*PMFT*“ *pelvic floor muscle training* - cvičenie svalov panvového dna, známe ako *Kegelove cviky*) (*Lachváč, 2010*). Cvičenie posilňuje svalstvo panvového dna a levátorov konečníka, je nenáročné aj pre starších a pri kvalifikovanej inštrukcii ľahko zrozumiteľné. Cvičenie so spätnou väzbou (biofeedback) alebo elektrickou sti-

muláciou pod odborným vedením je efektívnejšie (Litomerický, 2011). Tréning panvového dna sa považuje za liečbu prvej línie pri inkontinencii moču u žien (Wright, 2014).

V nórskej štúdii porovnávali 68 seniorov v dvoch skupinách obyvateľov ošetrovateľských domovov („nursing homes“) s priemerným vekom 84,3 rokov. Intervenčnej skupine (35 seniorov) bolo poskytované **cvičenie** (chôdza, svalová sila, rovnováha, svalová sila, vytrvalosť) a pomoc pri **bežných denných aktivitách** (ADL - „activities of daily living“ – pri obliekaní, osobnej starostlivosti, jedení); porovnávaná skupina (33 obyvateľov) dostávala bežnú starostlivosť. Po troch mesiacoch bol v intervenčnej skupine štatisticky významne menší únik moču (meraný pomocou 24 hodinového plienkového testu – PWT „pad weighing test“) oproti kontrolnej skupine. Autori prichádzajú k záveru, že individualizovaný program cvičením a ADL aktivitami vedie k zlepšeniu inkontinencie moču (Vinsnesová et al., 2012).

Do tejto skupiny patrí aj ďalšia behaviorálna technika **tréning mechúra** (dril mechúra, edukácia mechúra, „bladder training“). Pozostáva z troch základných konceptov: edukácia, schéma močenia a pozitívna stimulácia.

- **Edukácia** zhrňuje poučenie pacientky a techniky kontroly urgencyie (napr. odvieť pozornosť sústredenie sa na nejakú riešiteľnú úlohu, pokým pocít urgencyie odoznie; zostať pokojná a prekrižiť nohy; zvýšiť perineálny tlak posadením sa na niečo tvrdé; kontrahovať panvové dno; postaviť sa na špičky).
- **Schéma močenia** (inštruktáž pacientky aby chodila močiť každú hodinu počas celého dňa; po dosiahnutí hodinového intervalu medzi mikciami sa intervaly predlžujú až do dosiahnutia 2 - 3 hodinového intervalu).
- **Pozitívna stimulácia** (monitorovanie správania a močenia pomocou mikčných denníkov, lekár by mal posúdiť výsledky a pozitívne stimulovať pacientku) (Romančík, 2009).

Behaviorálna liečba závislá na **opatrovatelovi** sa používa u seniorov s poruchami kognitívnych funkcií a mobility. Cieľom je predchádzať epizodám inkontinencie („zostať suchý“), pričom si vyžadujú zainteresovanosť personálu. Tieto techniky podporujú vyhnutie sa inkontinencii. Patrí sem:

- pripomínanie močenia („prompted voiding“), pri ktorom je senior v pravidelných intervaloch upozornený, že má ísť na WC. Opatrovateľ sa spýta, či sa mu chce močiť, kontroluje ho, či je „suchý“, upozorňuje ho, aby sa išiel vymočiť. Pokiaľ potrebuje, tak sa mu poskytne asistancia a za úspešné vymočenie sa je pozitívne hodnotený. V ošetrovateľských domovoch (nursing homes) USA bol zisťovaný aj vplyv fyzioterapie na zlepšenie mobility a návšku presunu na WC, spojený s pripomínaním močenia, cvičením na zlepšenie koordinácie, svalovej sily a vytrvalosti tzv. „funkčný sprievodný tréning“ („FIT - Functional Incidental Training“). Priemerný vek intervenčného súboru bol 77,8 rokov; z toho bolo 47 (90 %) mužov. Seniori cvičili štyrikrát denne, 5 dní v týždni, po dobu 8 týždňov. Jedným z výsledkov štúdie bolo zlepšenie inkontinencie (Topinková, 2009b, Ouslander et al., 2005).
- **Časované močenie** („timed voiding“), kedy senior v pravidelných nemienciach sa intervaloch (každé 3 hodiny) chodí močiť (Wagg, 2013).
- **Habituálne močenie** („habit training“) pri ktorom je individuálne vypracovaný plán močenia pomocou mikčného denníka (Ouslander a Schnelle, 1995; Romančík, 2012).

Farmakoterapia

Farmakoterapia inkontinencie moču u seniorov môže byť spojená s výskytom nežiadúcich účinkov liečby (napríklad pri užívaní anticholinergik výskyt kognitívnych porúch) a liekových interakcií. U seniorov je ovplyvnená zmenenou farmakokineti-

kou a farmakodynamikou; a polyfarmáciou či polypragmáciou. Je kontraindikovaná, pokiaľ neboli seniori dôkladne vyšetrení za účelom zistenia všetkých komorbidít a faktorov MI, neabsolvovali behaviorálnu liečbu, nemajú záujem o asistenciu pri močení resp. snahu riešiť svoje ťažkosti (Romančík, 2009; Romančík, 2012). U seniorov je farmakoterapia **nedostatočne** využívaná (Thum a Wagg, 2009). Na Slovensku majú tieto skupiny liekov **preskripčné obmedzenia**, sú viazané na odporúčenie urológa či gynekológa, čo z hľadiska geriatry považujeme za veľký nedostatok a aj týmto apelujeme na možnosť písať tieto lieky pre geriatrickú odbornosť.

Absorpčné pomôcky a katétre

Používanie absorpčných pomôcok neznamená „terapeutický postup“, ale zvýšenie komfortu a pocitu bezpečia seniora, udržanie „sociálnej kontinencie“. Okrem pozitív (napr. čistota šiat i lôžka, menej práce pre personál) majú pomôcky aj negatívne stránky. Patrí k nim strata kontroly nad vyprázdňovaním, „spohodnenie“ seniora a strata motivácie personálu k behaviorálnym technikám. Pomôcky by nemali byť predpisované bez vyšetrenia pacienta, stanovenia diagnózy, typu inkontinencie a zhodnotenia potenciálu pacienta k návratu kontinencie (Topinková et al., 2009a).

V manažmente u polymorbidných seniorov sa používajú tri základné typy katéetrov a katetrizačných postupov – urinálne kondómy, intermitentná katetrizácia (čistá alebo sterilná) a permanentný katéter (Romančík, 2012).

Chirurgická liečba

Vek „per se“ nie je kontraindikáciou chirurgickej liečby, na zníženie rizika chirurgickej liečby by mal každý senior podstúpiť:

- zhodnotenie a preliečenie komorbidít, ktorá môže prispievať k MI alebo komplikovať chirurgický výkon,
- opätovné zváženie chirurgického zákroku po preliečení,

- diskusiu o prínose a rizikách chirurgickej liečby,
- urodynamické vyšetrenie na spresnenie diagnózy,
- predoperačné vyšetrenie a zabezpečenie perioperačnej a postoperačnej starostlivosti (Thüroff et al., 2011).

Niektorí autori uvádzajú, že chirurgická liečba stresovej MI má v seniorskej populácii menší význam pre zvýšené riziko operačného výkonu a narastajúci výskyt urgentných a zmiešaných foriem inkontinencie so stúpajúcim vekom (Topinková et al., 2009b).

Pokiaľ konzervatívna liečba a farmakoterapia zlyhávajú, je možnosť použiť aplikáciu injekcie **botulotoxínu** do močového mechúra pri refraktérnej hyperaktívnej detruzora a hroziacom hyperaktívnom močovom mechúre. Použitie suprapubických suburetrálnych pásov (TVT pásky – „tension free vaginal tape“) môže mať prospech aj u starších žien, hoci sú menej efektívne ako u mladších (Wagg, 2013).

Medzi chirurgické možnosti liečby pri niektorých formách MI patrí aj aplikácia **plniacich látok** („*bulking agents*“) (napr. tuk, kolagén, silikón, parafín) intrauretrálne, nevýhodou je postupné znižovanie účinnosti a potreba opakovanej aplikácie (Litoimerický, 2011; Greerová et al., 2013).

Ďalšou možnosťou liečby MI u seniorov je **elektrická stimulácia** a **neuromodulácia**, založená na princípe inhibície detruzorového reflexu stimuláciou aferentnej pudendálnej inervácie. Patrí sme periférna stimulácia tibiálnych nervov, neuromodulácia sakrálneho nervu a magnetická stimulácia (Valanský, 2012; Greerová et al., 2013).

Pri liečbe MI u krehkých „**frail**“ **seniorov** musí byť úvodný manažment individualizovaný a ovplyvnený cieľom starostlivosti, zostávajúcou dĺžkou života, najčastejšími komorbiditami a preferenciami liečby. Pacienti preferujú pomôcky (79 %), užívanie liekov (78 %) a habituálne močenie (79 %) pred zavedením permanentného katétra (Du Beau et al., 2010). U niektorých

seniorov je dôležité rozpoznať, že MI riešená pomôckami je jedinou možnosťou, ktorá zostáva po liečbe komorbidít a iných faktorov (stavy so závažnými poruchami mobility, pokročilou demenciou a/alebo nočnou MI). Do liečby patria úpravy režimu, behaviorálne techniky, pričom je úspešná kombinácia týchto spôsobov liečby (Thurhoff et al., 2011).

Česká organizácia „Inco Forum“ organizovala projekt „Inkontinencie v kontextu ošetrovateľskej péče“, ktorý prebiehal v roku 2008. Druhou časťou tejto štúdie bolo zisťovanie charakteristík súboru 465 seniorov, z čoho 51,4 % bolo 80 ročných a starších z rôznych zdravotníckych i sociálnych zariadení. Podľa tejto práce sa minimálne využíva chirurgická liečba (1,5 %), nedostupná je farmakoterapia (6 %), permanentná katetrizácia je poskytovaná 9,2 % a intermitentná katetrizácia 3,2 % seniorom. Hoci fyzioterapia (zameraná na celkové zlepšenie fyzického výkonu, mobility, sebestačnosti či špecificky na cvičenia a posilnenie svalstva panvového dna) je poskytovaná 29,7 % seniorom, v sociálnych zariadeniach je fyzioterapia prakticky nedostupná (len okolo 5 % obyvateľov). Medzi najzávažnejšími zisteniami sú nedostatky v diagnostike (senióri nemajú prítomnosť MI zapísanú v dokumentácii); 69,9 % prípadov nie je známy typ MI, urodynamické vyšetrenie absolvovalo len 12,9 % z seniorov (Topinková et al., 2009b).

Na Slovensku sa spôsobmi liečby zaoberala práca Dúbravického a kolektívu (2002). V súbore bolo 1023 respondentov; vo veku 60 rokov a viac bolo 22 % súboru. Absorpčné pomôcky boli použité jednorázovo u 74,3 %; opakovane použité v 8,8 % prípadov. Chirurgickú liečbu absolvovalo 11,1 %, farmakoterapiu 44,8 %, úpravu životostsprávy 16,9 %, odvodné systémy používalo 4,4 %, alternatívnu liečbu 0,8 % z členov jeho súboru.

Záver

Inkontinencia moču patrí k najčastejším i najzávažnejším geriatrickým syndrómom,

ovplyvňujúcim život seniorov. Aj u nás väčšinu inkontinencií riešime absorpčnými pomôckami, hoci možnosti liečby sú oveľa širšie. Jednou z príčin sú aj nedostačné kompetencie geriatrov. Pre kvalifikovanú pomoc seniorom je nevyhnutné, aby aj **geriatri mohli predpisovať** lieky určené na liečbu inkontinencie moču.

Literatúra

1. AUWAD, W., et al.: Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J*, 19, 2008, s. 1251-1259.
2. BREZA, J., HLADÍK, M., GONCALVES, F. M.: Stresová inkontinencia moču u žien. *Medicínsky monitor*, 2005, č. 1, s. 1-8.
3. DU BEAU, C.E. et al.: Incontinence in the frail Elderly: Report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*, 29, 2010, 165-178.
4. DÚBRAVICKÝ, J., MARENČÁK, J., MORO, R., BREZA, J.: Odhad prevalence inkontinencie moču a spôsob jej liečby v náhodne vybratej vzorke dospeljej populácie na Slovensku. *Urológia*, suppl. 8, 2002, s. 1-11.
5. GIBSON, W., WAGG, A.: New horizons: urinary incontinence in older people. *Age and Ageing*, 2014, 1-7. doi: 10.1093/ageing/aft214.
6. GREER, J.A. et al.: Urinary incontinence: diagnosis and treatment in the elderly. *Cur Transl Geriatr and Exp Gerontol Rep*, 2, 2013, 66-75.
7. HANNESTAD, Y.S. et al.: Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPICONT Study. *BJOG*, 110, 2003, s. 247-254.
8. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: *Geriatra pre praktického lekára*. 2. vyd. Bratislava: Herba, 2006, 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
9. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: Inkontinencia moču ako geriatrický syndróm. In: *Geriatra* (Hegyí, L., Krajčík, Š. - eds.) 1. vyd. Bratislava: Herba, 2010, s. 166-168. ISBN 978-80-89171-73-6.
10. KRAJČÍK, Š.: Komplikácie chorôb vo vyššom veku. In: Litomerický, Š. a kol.: *Gerontológia a geriatra*. Bratislava: Teleflash, 1993, s. 95-99. ISBN 80-900545-5-2.
11. LACHVÁČ, L.: Inkontinencia moču v ambulancii praktického lekára. *Via pract*, 7, 2010, č. 2, s. 73-79.
12. LITOMERICKÝ, Š.: Diagnostika a liečba inkontinencie moču u starých ľudí. *Slovenský lekár*, 21(35), 2011, č. 5-6, s. 99-104.
13. MARENČÁK, J.: *Inkontinencia moču*. 1

vyd. Skalica: Elisabeth, 2011, 132 s. ISBN 978-80-89056-71-1.

14. OUSLANDER, J.G., SCHNELLE, J.F.: Incontinence in the Nursing Home. *Ann Intern Med*, 122, 1995, 438-449.

15. OUSLANDER, J.G. et al.: Functional incidental training: a randomized, controlled, crossover trial in veterans affairs nursing homes. *JAGS*, 53, 2005, 1091-11100.

16. ROMANČÍK, M.: *Inkontinencia moču u žien - jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. 1 vyd. Bratislava: Herba, 2009, 149 s. ISBN 978-80-89171-61-3.

17. ROMANČÍK, M.: Inkontinencia moču v geriatricii. In: Švihra, J. a kol. *Inkontinencia moču*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2012, s. 253-271. ISBN 978-80-8063-380-6.

18. ŠVIHRA, J., et al.: Prevalencia ženskej močovej inkontinencie v Slovenskej republike. *Urologia*, 7, 2001, č. 2, s. 29-34.

19. ŠVIHRA, J.: Močová inkontinencia. *Interná medicína*, 3, 2002, č. 6, s. 388-394.

20. ŠVIHRA, J.: Definícia a epidemiológia inkontinencie moču. In: Švihra, J. a kol. *Inkontinencia moču*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2012, s. 15-28. ISBN 978-80-8063-380-6.

21. Thum, L.P., Wagg, A.: Management of urinary incontinence in the elderly. *Aging Health*, 5, 2009, 5, 647-653.

22. THÜROFF, J.E. et al.: EAU guidelines on urinary incontinence. *European Urology*, 59, 2011, s. 387-400.

23. TOPINKOVÁ, E. et al.: Jakou péčí poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči ? I. Názory a postoje zdravotnických profesionálů. *Čes Ger Rev*, 7, 2009a, č. 1, s. 14-21.

24. TOPINKOVÁ, E. et al.: Jakou péčí poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči ? II. Diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy u inkontinentních pacientů. *Čes Ger Rev*, 7, 2009b, č. 2, s. 82-89.

25. TOPINKOVÁ, E.: Poruchy mikce a inkontinence ve vyšším věku. *Postgraduální medicína*, 1, 1999, č. 6, s. 79-86.

26. VALANSKÝ, L.: Neurogénna inkontinencia moču. In: Švihra, J. a kol. *Inkontinencia moču*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2012, s. 227-240. ISBN 978-80-8063-380-6.

27. VINSNES, A.G. et al.: Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 2012, 45-50.

28. WAGG, A.: Urinary incontinence in older people: an overview. *Medicine in older adults*, 41, 2013, 1, 20-23.

29. WEBER, P. a kol.: *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

30. WRIGHT, G.: Urinary incontinence in older women: a review of conservative therapeutic interventions. *Reviews in Clinical Gerontology*, 24, 2014, 93-104.

Adresa autora

doc. MUDr. I. B., PhD.

mim. prof.

Pod Hájkom 37/2006

909 01 Skalica

e mail: bartosovici@pobox.sk

Current modes of treatment of urinary incontinence in seniors

I. Bartošovič, A. Tašká, I. Ivánková Bartošovičová

Summary

Urinary incontinence is one of the most serious geriatric syndromes significantly affecting the quality of life of seniors. According to the definition of the International Society for Continence, urinary incontinence is defined as involuntary urine flow; in lay terms it can be defined as emptying of bodily secretions in improper place at improper time. Urinary incontinence belongs to "geriatric giants" with high prevalence in old age.

The modes of treatment in older population embrace regimen measures, behavioral techniques, pharmacotherapy, absorption devices and catheters, surgical treatment. Pharmacotherapy is not properly used in seniors. The majority of urinary incontinence cases is treated by absorption devices in our country, too, though the spectrum of treatment modes is much wider. Geriatrician's competence of drug prescription is limited. If they were competent of prescribing medications for treatment of urinary incontinence, the quality of care for seniors would increase.

Key words: *urinary incontinence - seniors - prevalence - treatment - pharmacotherapy - behavioral treatment*

NOVINKY KLINICKEJ HYPERTENZIOLÓGIE V STARŠEJ POPULÁCII – 2014 (1. časť) Kongres Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS), Barcelona, Španielsko, 30. 8. – 3. 9. 2014

M. Sninčák

Klinika geriatrickej a ošetrovateľskej LF UPJŠ Košice
prednosta: doc. MUDr. Marián Sninčák, CSc., mim. prof.

Najväčší medzinárodný kongres v doterajšej histórii Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS) sa uskutočnil v modernom výstavnom a kongresovom centre Fira Gran Via v Barcelone, Španielsku kde 30 331 účastníkov z celého sveta počas piatich dní malo možnosť vidieť rozsiahly odborný vedecký program s rekordným počtom prijatých abstraktov (11 500) z viac ako 100 krajín, s viacerými novátorsky dizajnovanými interaktívnymi postupmi. Celkom s 27 klinickými prezentáciami formou Hot Line, 15 Clinical Trial Updates, 19 Registry studies, 4 dôležitými novými odporúčaniami EKS a prezentovanými 4 597 abstraktami bude kongres EKS 2014 spomínaný ako jeden z najväčších a najzaujímavejších v histórii tejto odbornej spoločnosti. Niektoré najdôležitejšie klinické štúdie prezentované na kongrese EKS 2014 zahŕňali PARADIGM-HF (nové látky pri zlyhávaní srdca-zmenia tvár kardiológie?), ODYSSEY (hypolipidemikum alirocumab je superiórne v porovnaní s placebom), SIGNIFY (pridanie ivabradínu, používaného na liečbu zlyhávania srdca a stabilnej anginy pectoris k štandardnej liečbe nemá efekt na kardiovaskulárne príhody u pacientov so stabilnou koronárnou chorobou srdca a látka by mala byť používaná opatrne u pacientov s ťažkými formami anginy), CON-FIRM (intravenózna aplikácia, suplementácia železa zlepšuje funkčnú kapacitu a kvalitu života u pacientov s chronickým zlyhávaním srdca s deficienciou železa), EUROECO (prvé finančné hodnotenie monitorovania domáceho sledovania odhadu nákladov lekárov, nemocníc a poisťovateľských služieb je rovnaké

ako tradičná úradná monitorácia podľa novej štúdie, ale úhrada je pozadu) a FOCUS (pacienti boli viac naklonení k svojej liečbe na prevenciu srdcovej príhody, keď bola podaná ako polypill než ako 3 separátne tablety). Aj aktuálna ponuka programu prevažne zo zvlášť sledovanej oblasti klinickej hypertenziológie bola veľmi početne zastúpená, a to uvedieme najprv len tie zásadné momenty počas priebehu kongresových podujatí, ktoré sme stihli postrehnúť. V ďalšom prehľadne uvádzame niektoré novšie informácie a získané poznatky vo vzťahu tohoto ochorenia k staršej populácii.

V sekcii HOT-LINE pýtala najmä prezentácia výsledkov klinickej štúdie **PARADIGM-HF: prospektívne porovnanie ARNI (inhibítora neprilylsínu spolu s (val)sartanom oproti inhibícii samotným ACE inhibítom (enalapril) vo veľkej klinickej štúdii u pacientov so srdcovým zlyhávaním. ACE inhibítory (ACEi) už asi 20 rokov pokladáme za kľúčový liek u mnohých pacientov so systolickým zlyhávaním srdca (SZ), i keď v porovnaní s výsledkami účinkov beta-blokátorov (BB) a blokátorov aldosterónu je veľkosť ich efektu pri SZ relatívne malá (cca 16-20 %). Na zvýšenie tohoto efektu medikácie ACEi sa možnosťou ukázalo pridanie inhibítora neprilylsínu (NPLi). NPL degraduje množstvo vazoaktívnych peptidov (aj natriuretické), ktoré sú užitočné pri prevencii remodelácie kardiovaskulárneho aparátu (KVA). A inhibícia NPL by zabezpečila zvýšené hladiny týchto peptidov a tým aj ich pridaný benefit. Na potlačenie aktivity renin-angiotenzínového systému (RAAS) a tým i maladaptívnych reak-**

cií v súvislosti s chronickým stresom KVA pri SZ bol v štúdiu zvolený blokátor angiotenzínu II (ARB) valsartan. Nový liek, LCZ696 (valsartan v kombinácii s inhibítorom neprilysínu), sa zdá byť účinným i bezpečným v doterajších štúdiách a v štúdiu PARADIGM-HF bol porovnávaný v dávke 400mg/deň s liečbou enalaprilom (dávka 20 mg/deň) pri ostatnej štandardnej liečbe u pacientov so systolickým SZ (EF <35 %, tr. NYHA II-IV, BNP v sére >150 pg/ml alebo NT-proBNP ≥ 600 pg/ml). Primárnym cieľom štúdie bola kombinácia kardiovaskulárnej (KV) mortality a rehospitalizácie pre SZ, druhotnými cieľmi bola celková mortalita, kvalita života chorých, čas do vzniku predsieňovej fibrilácie (FiP). Do štúdie po skriningu asi 10 000 chorých bolo zaradených celkom 8 399 pacientov vo veku priemerne 64 rokov, 21 % tvorili ženy, 66 % belosi, BMI 28 kg/m², systolický TK 122 mm Hg, s frekvenciou srdca 72/min., artériovou hypertenziou v 71 %, diabetes mellitus 34 %, fibriláciou predsiení (FiP) 37 %, infarktomyokardu v anamnéze 43 %, cievnou mozgovou príhodou v minulosti 8,5 %, hospitalizáciou v anamnéze 63 %. V oblasti primárneho cieľa sa dosiahli priaznivejšie výsledky v ramene LCZ696 cca o 20 % ; v KV mortalite/hospitalizácia pre SZ, i pokles hospitalizácií bol nižší o 21% ako v ramene liečby s enalaprilom. LCZ696 významne zlepšil kvalitu života chorých. Výskyt FiP nebol ovplyvnený. Nebolo pozorované zhoršenie renálnych funkcií, i v oblasti bezpečnosti liečby bol dosiahnutý nižší výskyt hypotenzných stavov a prerušení liečby v kohorte liečených LCZ696. Nové liečivo LCZ696 pri chronickom systolickom SZ teda bolo efektívnejšie v redukcii KV mortality a rehospitalizácií pre SZ oproti liečbe enalaprilom. Ostávajú ešte ďalšie významné otázky: aký by bol účinok LCZ696 u pacientov so SZ a zachovanou EF, pri akútnom SZ, cena liečby, ev. i ďalšie, a dotýkajúce sa aj guidelines? (nahradenie ACEi? v liečbe systolického SZ?), čo však bude vyžadovať ďalšie výskumné štúdie.

Asociácia úrovni systolického tlaku krvi a kardiovaskulárnymi príhodami a celkovou mortalitou medzi staršími dospelými bez antihypertenznej medicíny (the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study Group). Existujú len limitované údaje o optimálnych hodnotách tlaku krvi u starších osôb bez artériovej hypertenzie. Cieľom práce preto bolo identifikovať optimálny tlak krvi u starších jedincov, ktorí neužívajú antihypertenzné lieky. Celkom 10 983 osôb bez artériovej hypertenzie bolo zahrnutých do tejto štúdie (REGARDS). Táto kohorta bola kategorizovaná do 3 skupín: 55-64, 65-74 a ≥75 rokov starých osôb. Všetky skupiny boli ďalej rozdelené podľa úrovne bazálneho tlaku krvi : <120 mm Hg (referenčná skupina), 120-129, 130-139, 140-149 a >150 mm Hg. V štúdiu boli analyzované štyri hlavné výsledky: kardiovaskulárne ochorenie (KVO), koronárna choroba srdca a incidencia cievnnej mozgovej príhody a výskyt celkovej mortality. Medián sledovania bol 4,5 roka pre KVO a koronárnu chorobu srdca; 5,7 roka pre cievnú mozgovú príhodu a 6,0 rokov pre celkovú mortalitu. Po multivariabilnej adjustácii bol zistený lineárny vzťah medzi systolickým tlakom krvi a rizikom KVO a incidenciou koronárnej choroby srdca, výškou celkovej mortality s najvyšším rizikom pre systolický tlak krvi ≥140 mm Hg medzi účastníkmi štúdie vo veku 55-64 r. a 65-74 rokov (HR 3,06, 95 % CI: 1,54-6,09; p= 0,003 a 1,85, 95 % CI: 1,03-3,33; p= 0,017 pre incidenciu KVO, 4,10; 95 % CI: 1,86-9,06; p=0,003 a 2,37, 95 % CI: 1,17-4,80; p=0,014 pre incidenciu KVO a 2,66, 95 % CI: 1,61-4,39, p=0,001 a 1,87, 95 % CI: 1,32-2,65; p<0,001 pre celkovú mortalitu, resp.). Žiadna korelácia medzi systolickým tlakom krvi a KVO a incidenciou koronárnej choroby srdca, výskytom celkovej mortality nebola potvrdená u osôb ≥75 r. Lineárny vzťah medzi systolickým tlakom krvi (STK) a cievnymi mozgovými príhodami (CMP) bol potvrdený len u pacientov ≥75r., s najvyšším rizikom pre

STK ≥ 140 mm Hg (3,52, 95 %CI: 1,72-7,22; $p < 0,001$). Záver: Výsledky potvrdzujú hypotézu, že pre všetky staršie osoby vo veku 55-74 rokov odporúčaná hodnota tlaku krvi by mala byť < 140 mm Hg, ak je tolerovaná a signifikantná redukcia výskytu CMP by tiež mala byť u najstarších pacientov zvažovaná (M. Banach, S. Bromfield, G. Howard, A. Zanchett, S. Aronow a spol., Lodž, Birmingham, Miláno, New York, Poľsko, Veľká Británia, Taliansko, USA).

Klinický dôkaz účinnosti a bezpečnosti liečby kombinácie blokátorov kalciových kanálov/tiazidy. Kombinovaná liečba sa všeobecne používa stále viac v manažmente dokonca nekomplikovanej arteriovej hypertenzie. Najviac kombinácií je založených na tiazidovom diuretiku (TZD) alebo dihydropyridínovom blokátore vstupu kalcia do bunky (BKK). Dostupné sú nefixované kombinácie BKK a TZD a zdá sa, že existuje nejaké zdráhanie použiť túto kombináciu. Autori sumarizujú klinický dôkaz účinnosti a bezpečnosti kombinácie BKK s TZD. Autori prehľadli PubMed a identifikovali 345 abstraktov, z ktorých bolo vybraných a prehladaných na zahrnutie 45 článkov. Päť štúdií (ELSA, VALUE, FEVER, CHOP a CHIEF) s celkom 31 105 pacientami splnilo inklúzne kritériá a boli zahrnuté do analýzy. Autori vypočítali risk ratio (RR) meraní efektu liečby pre celkovú mortalitu, kardiovaskulárnu mortalitu, infarkt myokardu a cievnú mozgovú príhodu v maximálne dostupnej dobe sledovania. **Výsledky:** Kombinácia BKK s tiazidovým diuretikom bola podobne efektívna ako komparátor v redukcii celkovej mortality (RR 0,89, 95 confidence interval CI 0,75-1,06) a kardiovaskulárnej mortality (RR 0,89, CI 0,71-1,10). BKK kombinované s tiazidovým diuretikom bol efektívnejší v prevencii infarktu myokardu (RR 0,83, CI 0,73-0,95) a cievnych mozgových príhod (RR 0,77, CI 0,64-0,92) ako porovnávaná kombinácia. **Záver:** Prezentované údaje dokumentujú bezpečnosť a účinnosť kombinácie BKK/TZD pri redukcii kardio-

vaskulárnej morbidity a mortality. Starší pacienti s izolovanou systolickou hypertenziou môžu zvlášť profitovať z kombinácie BKK/tiazidové diuretikum, pretože obe látkové triedy potvrdili cerebrálnu protekciu (H. Messerli, S.F. Rimoldi, P. Chavez et al., New York, USA; Bern, Švajčiarsko).

Porovnanie účinnosti valsartanu a LCZ696, inhibítora angiotenzínových receptorov neprilysinu (ARNI) u pacientov s arteriou hypertenziou: účinok u oboch pohlaví. Pre lepšiu charakterizáciu antihypertenznej účinnosti blokátora receptorov angiotenzínu neprilysinu (ARNI), LCZ 696 (Japanese Adopted Name (JAN): Sucabitril Valsartan Sodium hydrate) bol porovnaný valsartan u žien a mužských pacientov s arteriou hypertenziou (AH). Údaje boli získané z dvoch 8-týždňových, multicentrických, randomizovaných, dvojite-slepých, placebo a aktívne kontrolovaných štúdií u žien a mužov s AH na zhodnotenie redukcie priemerného tlaku krvi (TK) v sede, pulzového tlaku (PP), priemerného ambulatného TK a priemerného PP ako odozvy na dennú liečbu LCZ696 400mg, valsartanu 320 mg alebo placebo. Bol randomizovaných celkom 377 žien (44,5 %) a 471 mužov (55,5 %). Základné charakteristiky mužov a žien liečených LCZ696 boli podobné, u žien priemerný vek 58,1 rokov, 32 % ≥ 65 rokov; index telesnej hmotnosti (BMI) 30,3 kg/m²; priemerné trvanie AH 7,7 r., kľudový systolický/diastolický TK v sede/PP: 157,1/95,1/62,0 mm Hg; u mužov priemerný vek 54,8 r., 22 % ≥ 65 rokov; BMI 29,7 kg/m²; priemerné trvanie AH 6,7 r.; základný STK /DTK/PP 158,5/97,0/61,6 mm Hg. Po 8 týždňoch liečby LCZ696 znížil priemerný STK v sede o 5,8 mm Hg ($p < 0,01$) a priemerný PP vsede o 3,3 mm Hg ($p < 0,05$) viac než valsartan u hypertenzných žien, a o 5,8 mm Hg ($p = 0,0001$) a 3,4 mm Hg ($p < 0,05$) viac než valsartan u hypertenzných mužov. Záver: LCZ696 bol superiornejší k valsartanu pri redukcii systolického TK a PP u žien a mužských pacientov

s AH. Teda ARNI je efektívnejšou anti-hypertenznou liečbou u pacientov s AH s ohľadom na pohlavie (*L.M. Ruilope, J.L. Izzo Jr, L.G. Conde et al., Madrid, Španielsko; Buffalo, New York, USA; Novartis Pharma AG, Global Medical Affairs, Bazilej, Švajčiarsko; East Hanover, New Jersey, USA*).

Porovnanie účinku spironolaktónu a renálnej denervácie na tlak krvi u pacientov s rezistentnou artériovou hypertenziou: skúsenosti jedného centra. Nemáme veľa údajov o tom, ktorá liečba by mala byť preferovaná pre pacientov s rezistentnou hypertenziou. Údaje porovnávajúce rozličné typy liečby sú limitované. Cieľom štúdie bolo porovnať účinnosť spironolaktónu a katérovej renálnej denervácie na ambulantný tlak krvi a priemerný 24-h tlak krvi pri ABPM. Autori analyzovali retrospektívne dve skupiny pacientov s rezistentnou artériovou hypertenziou liečenou vyššie uvedenými metódami. Hodnotenými boli klinický ambulantný TK a priemerný 24-h tlak krvi (ABPM). Bol porovnávaný účinok spironolaktónu (25 mg denne) pozorovaný po 8 týždňoch liečby v porovnaní s placebom u 150 pacientov v štúdií SPIRANT - EXT. Účinnosť renálnej denervácie bola hodnotená v skupine 27 pacientov 6 mesiacov po procedúre. Priemerný TK v klude bol 154,1/92,1 mm Hg u pacientov liečených spironolaktónom a 153,3/91,1 mm Hg v placebovej skupine. Priemerný pokojový TK u pacientov ktorí sa podrobili renálnej denervácii bol 166,8/90,4 mm Hg. Záver: Obe metódy efektívne redukovali TK. Ambulantný klinický tlak krvi bol renálnou denerváciou ovplyvnený viac, zatiaľ čo priemerný 24-h ABPM bol znížený viac po liečbe spironolaktónom (*E. Kocianová, J. Václavík, M. Tábor-sky a spol., Olomouc, Česká republika, Brno, Česká republika*).

Rozdielne inhibitory ACE a mortalita pacientov s artériovou hypertenziou. Napriek širokému používaniu inhibítorov konver-tázy angotenzínu I (ACEi), len málokedy

je zverejňovaná porovnávacía štúdia ich efektivity pri redukcii kardiovaskulárnej morbidity a mortality. Pacienti s artériovou hypertenziou, ktorí začali používať liečbu captoprilom, enalaprilom, lisinoprilom, fosinoprilom, perindoprilom, ramiprilom alebo imidaprilom medzi januárom a decembrom 2009 boli identifikováni v databáze tajwanskej národnej zdravotnej poisťovne. Cerebrovaskulárna a kardiovaskulárna mortalita a mortalita na karcinóm bola vyhľadávaná v tajwanskom národnom registri úmrtí. Pacienti boli sledovaní od začiatku liečby ACEi do úmrtia, odstúpenia, alebo ukončenia štúdie 31. 12. 2010. Na výpočet hazard ratio bol použitý proporcionálny regresný rizikový model (Cox) a 95 % confidence interval; ramipril bol použitý ako referenčná skupina. Zahrnutých bolo celkovo 989 489 hypertenzných pacientov s priemernou dobou sledovania 3,52 r. pre imidapril až 4,49 r. pre enalapril. Úvážací captopril mal najvyšší výskyt celkovej mortality (117,8/1 mil. osobo-dní) ako komparátor k ostatným ACEi (54,3 k 79,4/1 mil. osobo-dní). Pacienti, ktorí začínali liečbou captoprilom mali signifikantne zvýšené riziko celkovej mortality (adjustovaný HR 1,28, 95 % CI 1,14-1,31), ak bol porovnávaný s terapiou ramiprilom. Enalapril (1,08, 1,05-1,11) a fosinopril (1,08, 1,05-1,12) boli tiež spojené s mierne zvýšeným rizikom. V porovnaní s ramiprilom nebol nájdený žiadny rozdiel v mortalite medzi lisinoprilom, perindoprilom a imidaprilom. Záver: Existujú podstatné rozdiely v riziku mortality spojeným s rozličnými ACEi. Avšak istý skrytý efekt ešte stále môže existovať (*J.W. Lin, C.H. Chang, J.L. Caffrey, Douliou City, Taipei, Taiwan; Fort Worth, USA*).

Účinky spironolaktónu a renálnej denervácie na tlak krvi u pacientov s rezistentnou artériovou hypertenziou: a case-control study. Spirolaktón i katérová renálna denervácia (RDN) sú používané k liečbe rezistentnej artériovej hypertenzie. Nie je známe ktorá metóda je viac účinná. Cieľom

tejto práce bolo porovnať efekty spironolaktónu a renálnej denervácie na klinický a ambulantný tlak krvi u pacientov s renálnou denerváciou. Boli hodnotené klinický tlak krvi v dennej fáze, nočný tlak a 24-h ambulantný tlak krvi (ABPM) na začiatku a po 3 mesiacoch u 24 pacientov, ktorí sa podrobili RDN s použitím Simplicity Catheter System, Medtronic, Mountain View, CA, USA. Použitím skórovacej metódy tendencie (propensity score method) identifikovali 44 párových kontrol z databázy štúdie ASIRANT-EXT liečených spironolaktónom (25 mg denne), ktorých TK bol získaný na začiatku a po 8 týždňoch liečby. Štatistická významnosť rozdielov bola analyzovaná s použitím U-testu (Mann-Whitnez) alebo Fisher exact test. Obe skupiny boli dobre spárované v začiatkových charakteristikách. Priemerný vstupný klinický tlak krvi bol 161/90 mm Hg a priemerný ambulantný 24-h tlak krvi bol 148/83 mm Hg, pričom pacienti používali priemerne 4,7 antihypertenzných látok. S výnimkou klinického diastolického tlaku krvi liečba spironolaktónom viedla k väč-

šej redukcii tlaku krvi ako RDN. Závěry: Spironolaktón redukuje tlak krvi efektívnejšie ako renálna denervácia v tejto case-control štúdií. Potrebné sú randomizované kontrolované štúdie na porovnanie účinnosti týchto oboch metód (*J. Václavík, J. Jarkovský, E. Kociánová, Olomouc, Brno, Česká republika*).

Adresa autora

Doc. MUDr. Marian Sninčák, PhD.,
mim prof.

Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva
UPJS LF a VOÚG sv. Lukáša v
Košiciach, n.o.

Centrum pre výskum, diagnostiku a
liečbu hypertenziu
Strojársená 13, 040 01 Košice-Staré
Mesto

Tel. +42155 6824219 (sekret.klin.),
+421556824 350 (prac.)

Fax: +421556824218

E-mail: marian.snincak@upjs.sk; sekretariatkgo@kosice.sk

ODPORÚČANIA NA MANAŽMENT SENIOROV S FIBRILÁCIOU PREDSIENÍ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

schválené výborom SGGG 16. 3. 2015

M. Dúbrava¹, T. Drobná², F. Németh³, L. Gerlich⁴, S. Krčméry⁵

¹I. klinika geriatric LFUK a UNB Bratislava

²Oddelenie geriatric a dlhodobochorých FN Trenčín

³Klinika geriatric FN Prešov

⁴ODCH / Geriatrické oddelenie NsP Prievidza - Nemocnica Bojnice

⁵II. klinika geriatric LFUK a UNMB Bratislava

1. Všeobecné ustanovenia a odporúčania

1.1. Tieto odporúčania na manažment seniorov s fibriláciou predsiení v Slovenskej republike (ďalej len „tieto odporúčania“) **nenahrádzajú** žiadne všeobecne akceptované medzinárodné odporúčania pre diagnostické a liečebné úkony spojené s fibriláciou predsiení (ďalej len „FiP“), ani ich časti. Tieto odporúčania majú za cieľ najmä konkretizáciu praktického manažmentu 65-ročného a staršieho pacienta s FiP (ďalej len „pacient“) v reálnych podmienkach Slovenskej republiky, so snahou upozorniť najmä na tie oblasti, kde doterajšia prax môže byť suboptimálna.

1.2. Tieto odporúčania vznikli najmä na základe výsledkov štúdie Slovenský Audit Fibrilácie predsiení Seniorov (ďalej len „SAFIS“). Keďže ide o prvé odporúčania tohto druhu, zaradili sme do nich v záujme celkového skvalitnenia starostlivosti o pacienta aj niektoré ďalšie položky vyplývajúce z vlastných skúseností geriatrov priamo zaangażovaných v štúdiu SAFIS a ich poznatkov z literatúry.

1.3. Tieto odporúčania majú smerovať do reálneho života, preto sú stručné a v nich navrhované opatrenia sa priamo neodôvodňujú / nediskutujú, to je predmetom osobitných odborných **publikácií**, ktoré budú priebežne zverejňované z dát projektu SAFIS.

1.4. Vzhľadom na variabilitu medicíny tieto odporúčania neopisujú úplný ani jediný možný spôsob, ako sa starať o pacienta. Sú zhrnutím základných prístupov k nemu. Očakáva sa však, že ak ich lekár

nepoužije a zvolí **iný postup**, bude mať na to medicínsky dobre opodstatnené odôvodnenie.

1.5. O FiP seniora, resp. o seniora s FiP sa môže starať ktorýkoľvek lekár, ktorému to špecifické, na to potrebné vedomosti teoreticky umožňujú - v abecednom poradí geriatier, internista, kardiológ, praktický lekár pre dospelých (ďalej len „**ošetrojúci lekár**“), v akútnych situáciách parciálne aj iní lekári - napr. anesteziológovia, lekári urgentnej medicíny a centrálnych prijímacích oddelení. Lekár starajúci sa o pacienta podľa potreby konzultuje iných lekárov - špecialistov.

1.6. Ošetrojúci lekár má pacienta pre FiP **dispenzarizovať**.

2. Bezprostredné medicínske odporúčania

2.1. V snahe predísť rizikám FiP u seniorov naliehavo pripomíname literárny poznatok inkorporovaný do európskych odporúčaní, že už jednoduchá, lacná, rýchla a každým lekárom vykonateľná palpácia **periférneho pulzu** (najlepšie pri každom jeho vyšetrení) použitá na aktívne vyhľadávanie doteraz nediagnostikovanej FiP, nasledovaná elektrokardiografickou (ďalej len „ekg“) špecifikáciou v prípade nálezu nepravidelného pulzu, môže priniesť výrazný profit pre pacientov.

2.2. Neexistuje žiadny dôvod, aby sa ošetrojúci lekár pri voľbe diagnostických alebo liečebných postupov riadil **kalendárnym vekom** pacienta. Jeho rozhodovanie môže byť určované výlučne konkrétnym

zdravotným a prípadne sociálnym stavom pacienta.

2.3. Ošetrojúci lekár má mať vedomosť o transtorakálnom **echokardiografickom** náleze pacienta, ktorý nie je starší ako 1 rok.

2.4. Ošetrojúci lekár má mať vedomosť o **tyroidálnom profile** (fT4, TSH) pacienta, ktorý pri neakútnych situáciách nie je starší ako rok, pri paroxyzmálnej FiP alebo hemodynamickej nestabilite pacienta, podmienej FiP, musí ísť o aktuálny status.

2.5. Liečebnú stratégiu „**kontrola frekvencie**“ volíme ako preferenčnú, len u vybraných pacientov sa prikláňame k stratégii „kontrola rytmu“.

2.6. Úspešnosť „kontroly frekvencie“ treba objektivizovať aj ambulantným **ekg monitorovaním** (najmenej 24-hodinovým) najmenej raz za pol roka. U pohybovo aktívnych pacientov, ktorých frekvencia je kontrolovaná len digoxínom, má táto kontrola prebehnúť najmenej raz za tri mesiace.

2.7. Na **kontrolu frekvencie pri peramentnej FiP** nie je vhodný amiodaron, s prihliadnutím k funkcii ľavej komory treba na to preferenčne využívať betablokátory, verapamil alebo diltiazem; digoxin je v tejto indikácii vhodný najmä u málo aktívnych seniorov. Používanie amiodaronu je potrebné prehodnotiť aj po kardiochirurgických operáciách s odstupom 6 – 8 týždňov.

2.8. Existujú dobré dôvody domnievať sa, že v reálnej praxi je **tromboprofylakticky** zabezpečených zreteľne menej pacientov, než by malo byť. Pravdepodobnosť tohto podliečenia zrejme výrazne stúpa s vekom, čo je v protiklade k súčasnému poznaniu, ktoré jednoznačne potvrdzuje rastúci benefit antikoagulačnej liečby s vekom (vrátane veku nad 80 rokov). Preto ošetrojúci lekár musí, majúc na zreteli komplexné, závažné, neraz až devastujúce dôsledky NCMP, u každého pacienta bez ohľadu na jeho vek individuálne posúdiť možnosť efektívnej a bezpečnej trombo-profylaxie.

2.9. Z hľadiska rizika náhlej cievnej mozgovej príhody (ďalej len „NCMP“)

prakticky všetci seniori s komorbiditou spĺňajú **skórovacie kritériá** (typicky CHA₂ DS₂-VAS₂) na zváženie indikovania trombo-profylaxie (napriek tomu má byť toto skóre vypočítané pri každej hospitalizácii, resp. ambulantnom vyšetrení ošetrojúcim lekárom). V praxi z toho vyplýva, že o indikovaní trombo-profylaxie bude u absolútnej väčšiny pacientov de facto rozhodovať potenciálne riziko krvácania (typicky vyjadrené hodnotou HAS-BLED skóre, pričom aj tu pacientovi jeho vek ponecháva už len jednu možnosť z ôsmich, aby nebol vo vysokom riziku).

2.10. Ošetrojúci a iní lekári musia u pacientov **minimalizovať riziko krvácania** (najmä trvalým dosiahnutím systolického tlaku krvi pod 160 mm Hg a minimalizáciou používania liekov ovplyvňujúcich zrážanlivosť, vrátane poučenia pacienta o význame obmedzenia / vynechania nesteroidných antireumatik). Keďže skóre HAS-BLED nie je konštantou, treba ho aktualizovať pri každej hospitalizácii, resp. ambulantnom vyšetrení.

2.11. Údaje z domácich registrov naznačujú, že trombo-profylaxia **antiagreganciami** je u našich pacientov nadužívaná. Dôvodmi takejto praxe je pravdepodobne najmä pretrvávajúce mylné presvedčenie širokej lekárskej komunity: a) že najdôležitejším etiologickým faktorom pri vzniku FiP je ischemická choroba srdca, ktorá si vyžaduje antiagregčnú terapiu (čo nemá oporu v medicíne dôkazov, dôležitejším faktorom vzniku FiP je diastolická dysfunkcia LK s následným hemodynamickým preťažením ľavej predsieni); b) že antiagregancia prinášajú nižšie riziko závažných krvácaní, ako perorálne antikoagulancia (čo nezodpovedá súčasným vedeckým poznatkom: hemoragické komplikácie pri používaní kyseliny acetylosalicylovej sú porovnateľné, ako pri niektorých nových anti-koagulanciách a pri duálnej antitrombotickej liečbe sú porovnateľné s warfarínom a prevyšujú komplikácie nových anti-koagulancií).

2.12. Je pravdepodobné, že s predsta-

vou tromboprofylaxie sa u našich pacientov nadsužívajú **heparíny** (nedisponujú žiadnou medicínou dôkazov pre dlhodobú, t.j. viac ako dni až týždne trvajúcu tromboprofylaxiu pri FiP). Heparíny sa majú používať najmä v osobitných situáciách (napr. premostenie pri začatí perorálnej antikoagulačnej liečby, pri akútnej kardioverzii a v jej periprocedurálnom období, pri ablačných výkonoch, v kontexte akútnych koronárnych syndrómov).

2.13. Je pravdepodobné, že nie u ojedinelých pacientov, ktorým sa iniciuje liečba **warfarinom** perhospitalizačne, sa pobyt v nemocnici prolonguje s cieľom dosiahnuť optimálnu hodnotu INR. Tým však zároveň zreteľahodne stúpa o.i. riziko nozokomiálnej infekcie. U každého pacienta sa pri fungujúcom systéme prvoliniovej zdravotnej starostlivosti dá kontrola INR a následná adjustácia dávky zabezpečiť aj ambulantne a mala by byť natoľko preferovaným spôsobom manažovania warfarinizácie, že predĺžovanie hospitalizácie z dôvodu „nastavenie na warfarín“ treba považovať za nežiaducu klinickú prax, ak to nie je odôvodnené špecifickými okolnosťami (typicky nestabilita viacerých ochorení pacienta, ktoré majú potenciál ovplyvňovať INR a/alebo neschopnosť dosiahnuť logistickú garanciu kontrol INR).

2.14. Žiadne formálne preskripčné obmedzenia ani zdanlivo vyššia cena liečby nemôžu byť prekážkou širšieho používania nových perorálnych antikoagulancií (ďalej len „**NOAK**“) u indikovaných pacientov. Z medicínskych faktorov, ktoré môžu limitovať indikovanie NOAK, považujeme za klinicky relevantné:

- nedostatočnú skúsenosť s ich používaním v podmienkach reálnej polymorbidity vyššieho veku (s osobitným ohľadom na u seniorov časté malignity),
- stále ešte komplikované overenie compliance k liečbe,
- skutočnosť, že na rozdiel od warfarínu pri NOAK na narušenie efektívnej tromboprofylaxie stačí už ich vynechanie počas jedného dňa (hoci jej obnovenie nas-

táva už po 2 hodinách od užitia ďalšej dávky),

- absenciu antidóta považujeme za klinicky menej relevantný faktor, pretože antikoagulačný efekt NOAK sa stráca po 12 – 24 hodinách (čo je kratší čas, ako je trvanie efektu duálnej antiagregačnej liečby a čas porovnateľný s nástupom účinku vitamínu K ako antidóta pri liečbe warfarinom).

2.15. Všetky zásady tromboprofylaxie sa musia rešpektovať aj u chorých s implantovanými **impulzogenerátormi** (kardio-stimulátory, defibrilátory), čo zdôrazňujeme najmä pre ich zreteľne vzrastajúcu frekvenciu medzi seniormi. U nich nie je vždy jednoduché rozpoznať FiP na povrchovom EKG. Vtedy je vhodné si túto informáciu vyžiadať od špecialistu, ktorý sleduje funkciu pacientovho impulzogenerátora. Moderné dvojdutinové impulzogenerátory sú schopné spoľahlivo detekovať i kratšie paroxysmy FiP, ktoré už môžu znamenať de novo indikáciu pre tromboprofylaxiu. Ak informácia tohto typu nie je súčasťou správy o kontrole impulzogenerátora, mal by si ju ošetrujúci lekár od kardiostimulačného centra cielené vyžiadať.

2.16. Ošetrujúci lekár má pri voľbe liečebných postupov prihliadať ku konkrétnej **polymorbidite** pacienta, ktorá sa netýka len ochorení kardiovaskulárnych, ale všetkých, ktoré potenciálne s FiP a jej manažmentom môžu interferovať. Typicky ide o koincidenciu FiP a srdcového zlyhania, FiP a nedostatočne kontrolovanú artériovú hypertenziu, FiP a ochorenia obličiek so zníženou glomerulárnu filtráciu (vrátane kontroly glomerulárnej filtrácie najmenej raz za pol roka aj bez zjavných interkurentných zmien zdravotného stavu alebo medikácie), FiP a demencie a pod.

Adresa pre korešpondenciu

Doc. MUDr. M.D., CSc.,
I. klinika geriatrickej LFUK a UNB
Limbová 5
833 05 Bratislava