

Editorial

Z. Mikeš 99

*Originálne práce*L. Hegyi:
Súčasný problémy starostlivosti o seniorov v SR 102M. Dührava, J. Janošiová, D. Hladková, P. Kazimírová:
Polymorbídita seniorov. Pooperačné stavy 107I. Barošovič, A. Tazká, D. Barošovičová:
Porovnanie hospitalizácií obyvateľov
domova dôchodcov v rokoch 1999 a 2005 112K. Zikmundová, H. Závázalová, V. Zaremba,
M. Roušarová, I. Holmerová:Osoby vyššieho veku a nádorová onemocnení
Česká republika a plzeňský región – novotvary
v populácii osôb nad 60 let veku 119*Prehľadné referáty*T. Hanisková:
Abúzus alkoholu v starobe I. 127*Kazuistika*P. Ambrošová, P. Weber:
Nonanemurymatická ruptúra aorty descendens
pri penetrujúcom aterosklerotickom vrede 137*F. Németh, A. Sivkovič:*Ultrafiltrácia – alternatíva liečby refraktérnej
srdcovej slabosti 142*Recenzie* 111, 136*Sprawy* 101*Jubileá* 126**Vedúci redaktor**

Ladislav Hegyi

Zástupca vedúceho redaktora

Silvester Krémery

Výkonný redaktor

Miroslav Palát

Tajomník redakcie

Katarína Ďuranová

Redakčná radaMartin Dührava
Zdeněk Kalvach

Štefan Kováč

Eduard Kolibáň

Štefan Krajčík

Zoltán Mikeš

František Németh

Jaroslav Prehnal †

Eva Topinková

Pavel Weber

Zdeněk Zádák

Helena Závázalová

Redakčný kruh

Ladislav Badalík (SK)

Peter Belan (SK)

Vladislav V. Bezrukov (UA)

Franz Böhmer (A)

Svein O. Dattland (N)

Oleg V. Korkuško (UA)

Štefan Liomerický (SK)

Alex Kalache (WHO)

Erich Lang (D)

Christoph Lucke (D)

František Makai (SK)

William Molloy (CND)

Jiří Neuwirth (CZ)

Vladimír Pacovský (CZ)

Mario Passeri (I)

F.M.E. van Schendel (NL)

Jörg Schulz (D)

Václav Tejpál (FIN)

Karol Virsik (SK)

Vladimír Zaremba (CZ)

Oficiálna webová stránka

Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti

www.geriatria.sk

GERIATRIA

časopis slovenských
a českých geriatrov

Vydáva:

Slovenská gerontologická
a geriatrická spoločnosť

Limbová 5

831 01 Bratislava

Vedúci redaktor:

Prof. MUDr. Ladislav

Hegyí, DrSc.

Janošikova 78

901 01 Malacky

e-mail:

ladislav.hegyi@geriatria.sk

Adresa redakcie:

Katarína Ďuranová

Klinika geriatric LF UK

Limbová 5

831 01 Bratislava

tel.: 02/5954 5232

e-mail:

klinika.geriatrie@centrum.sk

Jazyková úprava:

Anglická:

PhDr. B. Weiblová, MPH

Slovenská:

PhDr. R. Palátová

Sadzba, reprodukcia, tlač:

Charis s. r. o., Ipeľská 3

821 07 Bratislava

Registrácie číslo: 1441/96
ISSN 1335 – 1850

Contents

<i>Editorial</i>	
<i>Z. Mikláš</i>	99
<i>Original papers</i>	
<i>L. Hegyí:</i>	
Current problems of care for seniors in SR	102
<i>M. Dührava, J. Janošiová, D. Hladíková, P. Kazimírová:</i>	
Polymorbidity of seniors: Postoperative states	107
<i>I. Bartošovič, A. Taska, D. Bartošovičová:</i>	
Comparison of hospitalization of old people's home residents during 1999 and 2005	112
<i>K. Zikmundová, H. Zavadzalová, V. Zaremba, M. Roušarová, I. Holmerová:</i>	
Seniors and tumours	119
<i>Review articles</i>	
<i>T. Haníškova:</i>	
Alcohol abuse in old age I.	127
<i>Case report</i>	
<i>P. Ambrošová, P. Weber:</i>	
Non-neurysmal rupture of aorta descendens in penetrating atherosclerotic ulcer	137
<i>F. Németh, A. Slnková:</i>	
Ultrafiltration – alternative treatment of refractory heart failure	142
<i>Book reviews</i>	111, 136
<i>News</i>	101
<i>Jubiles</i>	126

Official website of the

Slovak Gerontologic and Geriatric Society

www.geriatria.sk

Editorial

Vážené kolegyně a kolegovia,
milí priatelai!

Ani sme sa nenaždali a skončilo sa voľbné obdobie výboru SGGGS. Nadišla chvíľa skladania účtov a obhliadnutia sa na uplynulú obdobie.

Prácu výboru zaiste ovplyvnila celková spoločenská klíma a podmienky, v ktorých sa zdravotníctvo a geriatrica osobitne nachádzajú. Ak by sme ich mali charakterizovať stručne, najvýstižnejšie sú slová reštrikcia, deštruktícia a arogancia. Ich následky sa prejavili vo sfére organizácie, personálnej a materiálnej. Napriek proklamovanému významu geriatric bol citeľný tlak na znížovanie lôžkového fondu. Niektoré oddelenia boli doslova likvidované, iné násilne presťahované do nevhodnejších priestorov, v ktorých sluby o zlepšení podmienok ostali nenaplnené, dokonca nasledovali ďalšie arogantné reštrikcie. Tieto podmienky neostali bez personálnych následkov: charakterizoval ich odliš kvalifikovaných lekárov a sestier do zahranicia, súkromného sektoru, či na pracoviská s menšou fyzickou a psychickou záťažou. Cynicky sľubovaná náhrada pracovníkmi z menej vyvinutých krajín sa akosi nekoná - pozicionálni náhradníci asi dobre vedia, že niekoľko kilometrov na západ od našich hraníc dostanú mzdu niekoľkonásobne vyššiu. Výslednou charakteristikou je nedostatok lôžok, zdravotného personálu na všetkých úrovniach a materiálneho vybavenia. Toto je stručný náčrt podmienok, za ktorých výbor SGGGS pracoval.

Čo sa podarilo za uplynulé obdobie dosiahnuť? Za najväčší úspech považujem vyrovnanie preskripčných obmedzení geriatrov na úroveň internistov. Vytvorili sa tak podmienky na rozšírenie siete geriatrických ambulancií, ktorú stále nemožno považovať za dostatočnú.

Vďaka kolektívnemu snaženiu sa nám darí udržať a zvyšovať odbornú úroveň a návštevnosť tradičných geriatrických kon-

gresov s medzinárodnou účasťou, ako aj jarných geriatrických dní. Potešiteľné je, že sa ich zúčastňuje čoraz väčší počet poslucháčov lekárov z radov geriatrov, ale aj praktických lekárov a špecialistov. Pevne dúfame, že tento trend bude pokračovať aj naďalej.

Vývoji primáša nové požiadavky na organizáciu a efektivitu práce. Preto sme v súlade s rozhodnutím členstva SGGGS pristúpili k osamostatneniu spoločnosti. Dúfame, že táto skutočnosť priniesie zlepšenie finančnej situácie a zvýši hospodárnosť.

Ako úspech môžeme hodnotiť aj stúpanie úrovne periodicity Geriatric, ktorý je oficiálnym časopisom spoločnosti a napriek finančnej náročnosti vychádza pravidelne. Podarilo sa nám inovovať webovú stránku spoločnosti a verím, že jej úroveň aj návštevnosť budú sa sústavne zvyšovať.

Vďaka pochopeniu predstavenstva Rádu mlodosrdých bratov, vedenia nemocnice a Lekárskej fakulty UK v Bratislave geriatric získala 30 nových lôžok pre liečbu a postgraduálnu výchovu poslucháčov LFUK. Výbor SGGGS sa schádzal pravidelne, minimálne 3 razy do roka, urgentne záležitosti sa vybavovali vzájomnou komunikáciou pomocou elektronickej pošty, resp. telefonicky. Účasť na schôdzkach výboru bola vždy nad hranicou uznášania schopnosti. V snahe zdôrazniť rovnosť všetkých regiónov sa stretnutia výboru konali nielen v Bratislave, ale aj v rôznych lokalitách stredného a východného Slovenska. Za úspešnú a obetavú činnosť patrí moja vďaka všetkým členom výboru, predovšetkým vedeckému sekretárovi, doc. MUDr. S. Krčmérymu, CSC, ktorý do výkonu svojej funkcie vložil veľa námahy a entuziazmu. Všetka snaha výboru je zbytočná, ak nenachádza podporu členskej základne. Vysoká účasť na podujatiach, ktoré výbor SGGGS organizuje svedčí o podpore, za ktorú v mene všetkých členov výboru osobitne ďakujem.

Vážené kolegyně a kolegovia, dovolte

mi, aby som sa Vám aj osobne poďakoval za Vašu dôveru a podporu. Želám Vám predovšetkým pevné zdravie, pohodu v rodine, lepšie pracovné podmienky a mnoho osobných aj pracovných úspechov. Teším sa na stretnutie s Vami v Bojniciach pri príležitosti 5. geriatrického kongresu s medzinárodnou účasťou a 32. Gressnerových geriatrických dní. Pripravili sme zau-

ímavý program, získali kvalitných zahraničných aj domácich prednášateľov a verím, že Vašu pozornosť zaujme aj program spoločenský: Vytvára to podmienky k tomu, aby ste z Bojníc odchádzali obohatení o nové odborné aj kultúrne zážitky. To Vám želá

Váš

Zoltán Mikeš

Editorial

Dear colleagues and friends,

The election period of the Committee of the Slovak Gerontologic and Geriatric Association is over and it is time to balance the profits and loss during the passed period.

The working activities of the Committee were affected by the overall social situation and the circumstances characterizing health care and geriatrics, in particular. For brief characteristics words like restriction, destruction and arrogance are

most fitting. Their consequences have been reflected in the organizational, personal and material spheres. Despite the proclaimed significance of geriatrics, we were under the pressure to reduce geriatric beds. Some departments were utterly liquidated, others were forced to move to less suitable places. The promises about the improved conditions were not kept, moreover they were followed by additional arrogant restrictions. These conditions brought about personal changes characterized by leaving of qualified doctors and nurses for foreign countries, for private sector or work places with lower physical and psychic load. The promises about the compensation by professionals from less developed countries did not come true, either. The potential substitutes probably know that several kilometers west of our country they will get much better paid job. The result of the whole situation is reflected in a shortage of beds, lack of health care personnel on all levels and material equipment. This is

a brief outline of background in which the SGGA Committee conducted its activities.

What has been achieved during the past period? In my opinion the greatest success is the solving the situation about the prescription restrictions of geriatricians which became equal with internists. This equalization created conditions to expand the net of geriatric outpatient departments whose number is still insufficient.

Thanks to our common efforts we managed to maintain and enhance the professional level and attendance at traditional geriatric congresses with international participation as well as spring geriatric days. I am pleased to say that these activities are attended by a growing number of not only geriatricians but general practitioners and specialists, as well. We do hope this trend will have a rising tendency in the future, too.

The progress brings about new requirements for the organization and effectiveness of work. Therefore, we decided to make our society independent in accordance with the resolution of the SGGA members. We are persuaded this step will lead to better financial situation and higher efficiency in the economic area. The other successful achievement is the increasing level of the periodical Geriatria - the official journal of the Association - which is issued regularly despite financial difficulties. We succeeded in innovating its website and I believe its level and attendance rate will continuously rise.

Owing to the understanding of the Presidium of the Order of Meritary Brothers, hospital leadership and Medical Faculty of Comenius University, geriatrics obtained 30 new beds for therapeutic purposes and for postgraduate education of students of Medical Faculty of Comenius University.

The SGGA Committee held its sessions regularly, minimally 3 times a year: urgent matters were managed by mutual communication by means of e-mail, or by phone. The participation in the meetings of the Committee always exceeded the level of adopting the resolution. To make equal all the regions, the meetings of the Committee were held not only in Bratislava, but also in various places of Central and Eastern Slovakia. I do appreciate successful and dedicated work of all members of the Committee and I wish to express my special thanks to the scientific secretary of the Committee Assoc. Prof. S. Krémery, M.D., CSc. who discharged his duties with great perseverance and enthusiasm.

All the efforts of the Committee are useless without the support of members of the Association. High participation in all the events organized by the SGGA Committee is suggestive of the support of our members. Many thanks on behalf of the members of the Committee. Dear colleagues, I would like once again to express my gratitude for your trust and support. I wish you and your family all the best, improved working conditions and much success in your personal and professional life. I look forward to meeting you in Bojnice on the occasion of the 5th Geriatric Congress with international participation and 32nd Gressner's Geriatric Days. We prepared an interesting programme with excellent foreign and Slovak lecturers. The programme will certainly contribute to your professional knowledge. I also hope that our social programme will draw your attention, as it will offer you many cultural events. I am sure you will leave Bojnice full of inspirative ideas..

Yours

Zoltán Mikeš

<p>Vážení členovia SGGG, Dovoľujem si Vám oznámiť, že pri riadnych voľbách do výboru spoločnosti na funkčné obdobie rokov 2006-2010 boli zvolení:</p>	
<p>prim. MUDr. Terézia Drobná</p>	<p>Prof. MUDr. Štefan Krajačík, CSc.</p>
<p>MUDr. Martin Dúbrava, CSc.</p>	<p>Doc. MUDr. Slivester Krémery, CSc.</p>
<p>prim. MUDr. Ladislav Gerlich</p>	<p>Prof. MUDr. Zoltán Mikeš, DrSc.</p>
<p>Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.</p>	<p>prim. MUDr. František Németh</p>
<p>Prof. MUDr. Štefan Koval, PhD.</p>	<p>prim. MUDr. Klára Soláriková</p>
<p>prim. MUDr. Katarína Stracová</p>	
<p>Do revíznej komisie boli zvolení:</p>	
<p>MUDr. Tatiana Hanisková</p>	<p>prim. MUDr. Štefan Petriček, MPH.</p>
<p>prim. MUDr. Peter Potocký</p>	
<p>Na prvej schôdzi novozvoleného výboru dňa 19. 9. 2006 v Bojniciach boli do jednolievých funkcií zvolení:</p>	
<p>Prezident:</p>	<p>Prof. MUDr. Zoltán Mikeš, DrSc.</p>
<p>Viceprezidenti:</p>	<p>Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.</p>
	<p>Prof. MUDr. Štefan Koval, PhD.</p>
<p>Ved. sekretár:</p>	<p>Doc. MUDr. Slivester Krémery, CSc.</p>
	<p>Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.</p>

Súčasný problém starostlivosti o seniorov v SR

L. Hegyi
(Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky,
Fakulta verejného zdravotníctva SZU,
vedúci katedry: Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.)

Súhrn

Najvýznamnejšia chystaná zmena v legislatíve je asi zrušenie existencie zdravotných poisťovní ako akciových spoločností a zvýšenie účasti štátu na plátabách za zdravotnú starostlivosť. V starostlivosti o seniorov sa začali hromadiť nepriaznivé javy v kvalite i kvantite poskytovanej starostlivosti.

Zmeny vo financovaní nemocničnej starostlivosti výrazne pozmenili charakter poskytovaných služieb a to najmä v priemernnej dobe hospitalizácie. Dostupnosť zdravotníckych služieb pre seniorov sa stala komplexným problémom, ktorého určujúcim momentom bola ich finančná situácia. Akákoľvek forma zníženia dostupnosti zdravotníckych služieb pre seniorov znamená stratu rovnosti šanci a porušuje ich základné práva. V praxi sa dokázalo, že vymožitelnosť práva na rovnosť v zdraví je najviac obmedzená chudobou, nízkym vzdelaním a príslušnosťou k zraniteľným skupinám obyvateľstva.

Z návrhu rozpracovania vládneho programu pre rezort zdravotníctva vyplýva, že bude vypracovaný Národný program starostlivosti o seniorov. Za pozitívum sa dá označiť skutočnosť, že vláda zarádila medzi svoje priority programy starostlivosti o seniorov. Situácia v geriatrickej starostlivosti má pomerne dobrú šancu na zlepšenie a postupné riešenie problémov v starostlivosti o seniorov.

Kľúčové slová: dostupnosť geriatrických služieb - rovnosť v zdraví - geriatrická zdravotnícka sieť - Národný program starostlivosti o seniorov

Slovenské zdravotníctvo sa opäť raz ocitlo v prechodnom období. Pretrvávajú legislatívne dôsledky Zaiacovej pseudoreformy. Zrušenie dvadsaťkorunáčiek nepredstavuje systémovú zmenu, len politické gesto. Zmeny v zákonoch z roku 2004 sa uskutočnia zrejme v priebehu roku 2007. Najvýznamnejšia chystaná zmena v legislatíve je asi zrušenie existencie zdravotných poisťovní ako akciových spoločností a zvýšenie účasti štátu na plátabách za zdravotnú starostlivosť (1).

Tab. č. 1 Niektoré dopady „reformy 2004“ na spoločnosť (i na seniorov)

došlo len k zmene legislatívy a k zmene vlastníckych vzťahov
verejnú peniaze plynú do súkromných rúk
zvýšila sa spoločnosť obyvateľstva na výdavky na zdravie z 2 miliárd na 18 miliárd ročne
znižila sa dostupnosť zdravotníckych služieb pre časť populácie
vzrástli náklady poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a nezvyšili sa ich príjmy

Dopad Zaiacových zákonov na seniorov sa pri najlepšej vôli neďa presne vyšlišt. V starostlivosti o seniorov sa začali hromadiť nepriaznivé javy v kvalite i kvantite poskytovanej starostlivosti. Zmeny vo financovaní nemocničnej starostlivosti výrazne pozmenili charakter poskytovaných služieb a to najmä v priemernej dobe hospitalizácie. Pokus bývalého ministra zdravotníctva presadiť v parlamente zákon o dlhodobej starostlivosti našťastie stroskotal pri druhom čítaní v parlamente. Zákon by bol priniesol ťažkú diskrimináciu seniorom s obmedzenou sebestačnosťou a rozklad doterajšieho systému geriatrickej starostlivosti. Dostupnosť zdravotníckych služieb pre seniorov sa stala komplexným problémom, ktorého určujúcim momentom bola ich finančná situácia. Okrem finančného aspektu vplyvajú na dostupnosť zdravotníckej starostlivosti ešte ďalšie faktory. Akákoľvek forma zníženia dostupnosti zdravotníckych služieb pre seniorov zna-

Tab. č. 2 Niektoré problémy v starostlivosti o seniorov (modifikované podľa Krajčeka)

Druh starostlivosti	Druh deficitu
Ambulantná	Nepričinnosť holistického princípu v diagnostike, nedostatočná dostupnosť geriatrickej starostlivosti, chýbajúca koordinácia so sociálnym rezortom, nevyhovujúca starostlivosť v domovoch dôchodcov
Nemocničná	Delhratácia, nedostatočný príjem potraviny, chyba prevencia dekubitov, nedostatočná mobilizácia pacientov, predčasné prepustenie z ekonomických dôvodov, neriešenie problémov pre vek, chyba kontinuita starostlivosti po prepustení, chýbajúca koordinácia so sociálnym rezortom
Celospoločenský stav	Nezáujem až agéizmus nízky sociálny status dôchodcov, absencia dlhodobej starostlivosti, nedostatočná kapacita miest v DD

Tab. č. 3 Súčasný stav v poskytovaní akútnej a dlhodobej starostlivosti seniorom

Oddelenie	Optimálna doba hospitalizácie v závislosti na plábe	Druh starostlivosti
Geriatrické	7-10 dni	Krátkodobá (akútna)
Dlhodobó chorých	21 dni	Strednodobá
Dom ošetrovateľskej starostlivosti	28 dní	Srednodobá

Výsledok: úplne absentuje dlhodobá starostlivosť !

Tab. č. 4 Dôchodky v SR k 30. 6. 2006

Druh dôchodku v priemere	Počet poberaateľov v tisícoch	Priemerná výška dôchodku v SK
Starobný	913,1	7 738
Predčasný starobný	30,7	8 611
Vdovský	304	4 951
Vdovecký	10,3	3 296
Invalídny s mierou postihnutia do 70%		4 099
Invalídny s mierou postihnutia nad 70%		7 109
Počet poberaateľov invalidných dôchodkov spolu	186,2	

Zdroj: SIT4, 24. 7. 2006

Tab. č. 5 Faktory dostupnosti zdravotníckych služieb

Faktor dostupnosti	Dopad na seniorov
Geografický	Sieť geriatrických ambulancií nepokryva SR dostatočne. Rušenie nemocničných oddelení a celých nemocní postihne najviac ťažšie mobilných a starých ľudí
Kvantitatívny	Ekonomické obmedzenia, čakacie listiny, deficit v inštitucionálnych službách postihne najmä seniorov
Kvalitatívny	Sústreďenie najlepších odborníkov a úzkoprofilových diagnostických a terapeutických metód do koncových nemocní zniží ich dostupnosť najmä pre seniorov.
Sociálny	Chýba kompenzaný mechanizmus na vyrovanie rovnosti šanci Sociálna non compliance: chudoba, neschopnosť zaplatiť za lieky, život v izolácii z vekových, biologických alebo sociálnych príčin, nedostatok kontroly pri užívaní liekov.

mená stratu rovnosti šanci a porušuje ich základné práva.

Tab. č. 6 *Zákonné garancie rovnosti šanci*

Ústava SR	Čl. 12/ods.1 Čl. 40
Európska sociálna charta	Časť I, č. 11 Časť II, č. 13
Zdravie 21	Ciel 2

Už vo Vyhlásení nezávislosti z roku 1776 sa píše, že všetci ľudia sú si rovni. Naša Ústava hovorí v článku 12/ods.1, že ľudia sú slobodní a rovni v dôstojnosti i právach. Dnes túto rovnosť vzťahujeme i na zdravie, čo by v demokratickej spoločnosti malo byť samozrejmosťou. Navyše táto rovnosť v zdraví je daná ústavným zákonom v článku 40, kde sa hovorí, že každý má právo na ochranu zdravia. Ústava SR teda potvrdzuje a zaručuje, ako rovnosť v právach, tak právo na ochranu zdravia. Takisto Európska sociálna charta v časti I, č. 11 hovorí, že každý má právo využívať všetky opatrenia na dosiahnutie čo možno najlepšieho zdravotného stavu. V časti II, č. 13 sa hovorí, že na zabezpečenie účinného výkonu práva na sociálnu a lekársku pomoc sa zmluvné strany zaväzujú:

zabezpečiť, aby sa ktorejkoľvek osobe bez dostatočných finančných prostriedkov, ktorá nie je schopná si ich zabezpečiť či už vlastným úsilím, alebo z iných zdrojov, najmä dávkami zo systému sociálneho zabezpečenia, poskytla primeraná pomoc a v prípade choroby nevyhnutná starostlivosť, ktorú si jej stav vyžaduje (2).

I keď rovnosť v zdraví je zaručená zákonom, nie vždy sa ho darí presadzovať optimálnym spôsobom. V praxi sa dokázalo, že vymožiteľnosť práva na rovnosť v zdraví je najviac obmedzená chudobou, nízkym vzdelaním a prislúšnosťou k vulnearbitným skupinám obyvateľstva.

I keď súčasnu situáciu nemôžeme označiť za optimálnu, rozpracovanie programu vlády pre rezort zdravotníctva nám dáva dôvody pre opatrný optimizmus. V

tomto dokumente je mimo iné obsiahnuté:

Bod 1. (3)

Vláda považuje zdravie, rovnosť v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a dostupnosť zdravotnej starostlivosti za základné práva každého občana, pre plnohodnotný a zmysluplný život. Zachovanie a zlepšovanie zdravia je najlepšou investíciou pre silnú ekonomiku a spokojnú spoločnosť. Vláda považuje zdravotníctvo za jednu zo svojich priorít. Poslaním zdravotníctva je poskytovanie zdravotnej starostlivosti verejnosti za verejné peniaze a preto musí byť pod verejnou kontrolou.

Bod 2. (3)

Vláda zabezpečí princíp **solidárnosti** v zdravotníctve. Sociálne orientovaný štát sa nesmie zbrať zodpovednosť za zabezpečenie prístupu k adekvátnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. Rozsah tejto starostlivosti musí de-finovať zákon a v tomto rozsahu musí byť zdravotná starostlivosť financovaná zo zdravotného poistenia.

Bod 16. (3)

Vláda bude presadzovať orientáciu zdravotníctva na **prevenciu a včasnú diagnostiku ochorení**, podpori realizáciu **celospoločenských** najdôležitejších preventívnych programov a presadí **komplexný program starostlivosti o deti a starších občanov**.

Z pohľadu celospoločenských potrieb zdravotníctva medzi prioritné úlohy patri schválenie a prijatie Vládou SR garantovaných Národných programov (3):

- A. starostlivosti o matku a plod.
- B. starostlivosti o seniorov
- C. onkologický
- D. kardiovaskulárny
- E. duševného zdravia
- F. transplantácny

Úloha č. 5 ukladá v súčasnosti s MPSVaR vypracovať **Národný program starostlivosti o starších občanov a dlhodobých chorých**. Tento program nie je totožný s Národným programom ochrany starších ľudí, ktorý bol vládou prijatý 11. 8. 1999. Nebol plnený, bol ale pravdepodobne vyhodnotený. Už v roku 2001 poprel MZ SR niektoré zásady, ktoré prijalo v roku 1999.

I súčasne vyhodnotenie vyznieva pozitívne. – V ambulatnej starostlivosti uvádza 59 geriatrických ambulancií, ale nespomína, že lekárske úväzky na týchto ambulanciách sú okolo 30,0 l.m.

– Uvádza ďalej vypracovanie návrhu Zákona o dlhodobej starostlivosti, kde v legislatívnom zámere mala byť finančná táraha na čiastočnú bezvládnosť prenese-ná na klienta, obce alebo samosprávne kraje. To by znamenalo posil pre významnú časť seniorskej populácie, odkázanú na personálnu alebo finančnú pomoc.

– Uvádza ďalej zriadenie štátnej prispelkovej organizácie Bratislava Podunajské Biskupice od 1. 3. 2006 s úlohami v geriatrickej starostlivosti. Nespomína pri tom, že opatreniami FN Bratislava boli Podunajské Biskupice pozbavené vyšetrovacích a konziliárnych služieb a dostali sa na úroveň slabó vybavenej liečebne pre dlhodobých chorých.

– Uvádza, že po zabezpečení akútnej starostlivosti sú geriatrickí pacienti prepúšťaní do domáceho ošetrovania alebo pre-ložení na dliečovacie oddelenia, do liečebne pre dlhodobých chorých, prípadne do zariadení sociálnej starostlivosti za účelom poskytovania dlhodobej starostlivosti.

Tab. č. 7 *Postelový fond v oddeleniach nemocníc a OLU v rezorte MZ SR k 31. 12. 2003*

ODDELENIA	POČET ODDELENÍ	POČET POSTELÍ	Z TOHO PRE STAROSTLIVOSŤ O DETI
Geriatrické	21	799	-
Dlhodobých chorých	53	2044	90
Dliečovacie	32	841	-
SPOU	106	3684	90

Zdroj: ÚZIS, 2003

Pravdou je, že dlhodobá starostlivosť v geriatrickej zdravotníckej sieti nie je vôbec zabezpečená. Spôsob financovania ústavnej starostlivosti predurčuje, že ekonomicky optimálna doba hospitalizácie na geriatrickom oddelení je 7-9 dní, na Oddelení pre dlhodobých chorých 21 dní a v Dome ošetrovateľskej starostlivosti 28 dní. V posledných dvoch typoch zariadení ide v najlepšom prípade o strednodobú starostlivosť, nie o dlhodobú. Zariadenia sociálnej starostlivosti nepatria zdravotníctvu, čakacia doba obnáša 6-36 mesiacov, v prípade poskytnutia sponzorského daru kratšie.

Výbor SGGS vypracoval a podal na MZ SR návrh koncepcie geriatrickej starostlivosti. Jeho prijatie v súčasnej dobe viazne na riešení dlhodobej starostlivosti, čo vyžaduje konzultácie s MPSVaR SR. Myslí si, že prechodným riešením dlhodobej starostlivosti by boli zdravotno-sociálne lôžka – pod vhodnejšie voleným názvom, spoločne financované zdravotnými poisťovňami, sociálnym rezortom a so spolutlačou občana. Zákon o dlhodobej starostlivosti môže vzniknúť len v súčinnosti s MPSVaR SR. Dlhodobá starostlivosť by mala byť riešená v strednodobom horizonte dohodou o poskytovaní zdravotno-sociálnej starostlivosti (alebo ošetrovateľsko-opatrovateľskej starostlivosti) dlhodobých chorých. Definitívne riešenie problému spočíva v prijatí Zákona o ošetrovateľskom poistení, ako ho majú v Nemecku, Rakúsku, Luxembursku a inde.

Za pozitívum sa dá označiť skutočnosť, že vláda zaradila medzi svoje prioritné programy starostlivosť o seniorov.

Súčasne s vypracovaním Národného programu by malo prebiehať upresnenie minimálnej siete zdravotníckych zariadení, od ktorého očakávame zlepšenie súčasnej neuspokojivej situácie v geriatrickej.

Uspokojenie zo súčasného počtu poskytovateľov ODPCH je kalené zistením, že asi polovica primárov nemá špecializáciu z geriatrickej. Poistovne preto nie sú povinné uzavrúť s týmito oddeleniami zmluvu. Tieto skutočnosti by mali byť predmetom plánovanej kontroly Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Táto by sa mala uskutočniť ešte v roku 2006.

Záverom možno konštatovať, že situácia v geriatrickej starostlivosťi má pomerne dobrú šancu na zlepšenie a postupné rie-

šenie problémov v starostlivosťi o seniorov.

Literatúra

1. HEGYI, L.: Súčasné problémy starostlivosťi o seniorov v SR. Prednáška na V. slovenskom geriatrickom kongrese a 32. Gressnerových geriatrických dňoch, Bojnice, 20. - 22. 9. 2006
2. HEGYI, L.: Rovnosť v zdravotí pre seniorov. In: M. Šulcová, L. Hegyi a kol.: Rovnosť v zdravotí. Bratislava: Charis, 2006 (v tlači)
3. Rozpracovanie programu vlády SR pre re-zort zdravotníctva. Návrh zo septembra 2006.

Adresa autora:

Prof. MUDr. L. H., DrSc.
Fakulta verejného zdravotníctva SZU
Limbová 14
833 03 Bratislava 37

Current problems of care for seniors in SR

L. Hlegyi

Summary

The most significant legislative change which is to be prepared seems to be a change of health care companies from joint-stock companies to public-legal ones with greater participation of the state in payments for health care. In care for seniors we observe many negative phenomena concerning both the quality and quantity of the care delivered.

The changes in financing hospital care markedly changed the character of provided health services particularly in the average duration of hospitalization. The accessibility of health services for seniors became a complex problem caused by financial situation. Any form of decreased accessibility of health care delivery for seniors means a loss of equity of their chances and violates their basic rights. The practice proved that equity in health is not legally enforceable and is mainly restricted by poverty, low education or belonging to the most vulnerable groups of the population.

The proposal of the Government Programme for health care sector shows that there will be a separate National Programme for care for seniors. It is a positive fact that the Government included the care for seniors among its priority programmes. The situation in geriatric care has a rather good chance for improvement and a gradual solution of the problems of care for seniors.

Key words: accessibility of geriatric services - equity in health - geriatric health network - National Programme of Care for Seniors

Polymorbidita seniorov: pooperačné stavy

M. Dúbrava, J. Janošiová, D. Hladíková, P. Kazimirová
(Klinika geriatrickej LFUK a FNŠP Bratislava
prednosta: Prof. MUDr. Z. Mikeš, DrSc.)

Súhrn

Konkrétnejším údajom o polymorbidite seniorov nie je v literatúre príveta. V slovenskom písomníctve nám nie je známa žiadna práca, ktorá by analyzovala, ako k polymorbidite prispievajú pooperačné stavy (STPO). V retrospektívnej štúdií sme preto analyzovali STPO 65-ročných a starších pacientov, ktorí boli u nás hospitalizovaní počas jedného roka. Spolu išlo o 1028 pacientov (ženy / muži: 63 / 37 %) priemerného veku 78,4 rokov (median 78 rokov, rozptätie 65 - 102 rokov). Podiel pooperačných diagnóz na celkovej polymorbidite seniora vyjadrený počtom diagnóz je vysoký (8 %). Vysoký je aj priemerný počet pooperačných stavov (1,7; v rozptätí 0 - 7). Štvrtina pacientov prekonala tri a viac operácií. Pri deviatich „organoch“ sú pooperačné stavy prítomné u viac ako piatich percent seniorov. V praxi sa musíme vyrovnat' so zabezpečením zdravotnej starostlivosťi pri veľmi širokej škále (169) pooperačných stavov. Počet STPO kulminuje podstatne skoré u žien (vo veku 65-69 rokov), u mužov významne stúpa až do najvyššieho veku. Uvedené poznatky môžu mať význam pre poskytovanie zdravotnej starostlivosťi seniorom, pre zabezpečovanie na to potrebných finančných a ľudských zdrojov, ale aj pre vlastnú gerontológiu.

Kejové slová: geriatrica - polymorbidita - operácie

Ychohodiská

Polymorbidita nie je len akými ozvlášťňujúcim ornamentom geriatrickej, ale je faktorom, ktorý v rozhodujúcej miere ovplyvňuje zdravotný a sociálny stav seniora¹. Patria „k dobrým mravom“ v každej publikácii, ktorá sa týka geriatrickej, zmentit' polymorbiditu seniorov hneď na začiatku. Nasledne sa na ňu autori odkazujú a pracujú s ňou, ako keby o nej bolo všetko jasné. Opat' je však pravdou. Ani v svetovom², ani v našom^{3,4,5,6} písomníctve nie je konkrétnych údajov o polymorbidite seniorov príveta. V slovenskej literatúre nám nie je známa žiadna práca, ktorá by analyzovala, ako k polymorbidite prispievajú pooperačné stavy (STPO). Cieľom našej práce bolo príviesť informácie o STPO ako súčasťi polymorbidity seniorov v našich reálnych podmienkach, a to s ohľadom na vnútornú štruktúru STPO.

Pacienti a metódy.

V retrospektívnej štúdií sme analyzovali pooperačné stavy 65-ročných a starších pacientov, ktorí boli počas jedného roka

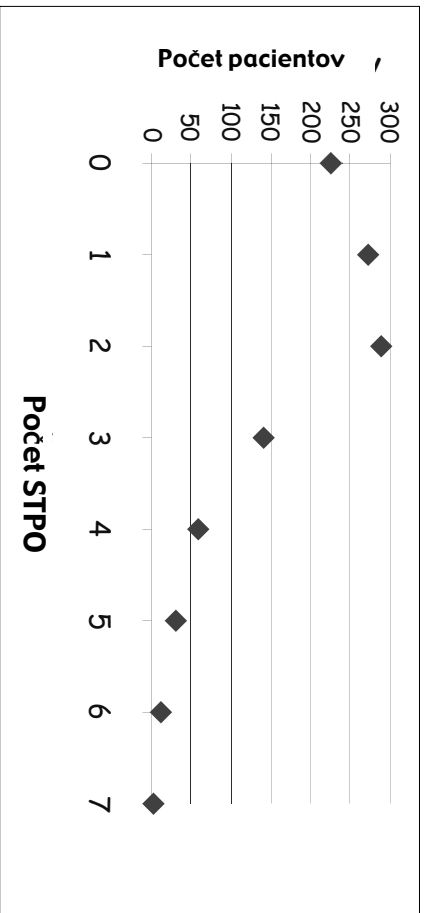
(2002) hospitalizovaní na Klinike geriatrickej LFUK a Fakultnej nemocnice ak. L. Détera, Bratislava (klinika). Vychádzali sme pritom z diagnostického súhrnu, ktorý bol uvedený v prepušťačej správe pacienta. Spolu išlo o 1028 pacientov (ženy / muži: 63 / 37%) priemerného veku 78,4 rokov (median 78 rokov, rozptätie 65 - 102 rokov).

Výsledky.

POST tvorili 8 % všetkých diagnóz. Naši pacienti mali priemerné 1,69 pooperačnej diagnózy. Ženy prekonali v priemere o niečo viac operácií ako muži (1,75 vs. 1,57). V grafe 1 je znázornená štruktúra počtu POST u našich pacientov: najčastejšie mali pacienti dva pooperačné stavy, 55 % z nich malo 1 alebo 2 pooperačné diagnózy, 3 a viac diagnóz malo až 24 % pacientov, pričom najväčší počet prekonaných operácií bol 7.

Dovedna sme zaregistrovali 169 rôznych POST diagnóz. Z nich sa u viac ako 5 % pacientov vyskytlo len 7 pooperačných stavov (stav po: cholecystektómii - 26,7 % pacientov, apendektómii - 17,9 %

Graf č. 1 Počty pooperačných diagnóz u pacientov (STPO): počet pooperačných diagnóz



pacientov, operácii katarakty - 14,7 % pacientov, hysterektómii - 8,4 % všetkých pacientov, resp. 13,3 % pacientok, tonzilektómii - 8,4 % pacientov, operácii inguinálnej hernie - 8,4 % pacientov a po implantácii kardiosimulátora - 6,6 % pacientov). Aspoň u piatich pacientov sa vyskytlo 49 POST diagnóz.

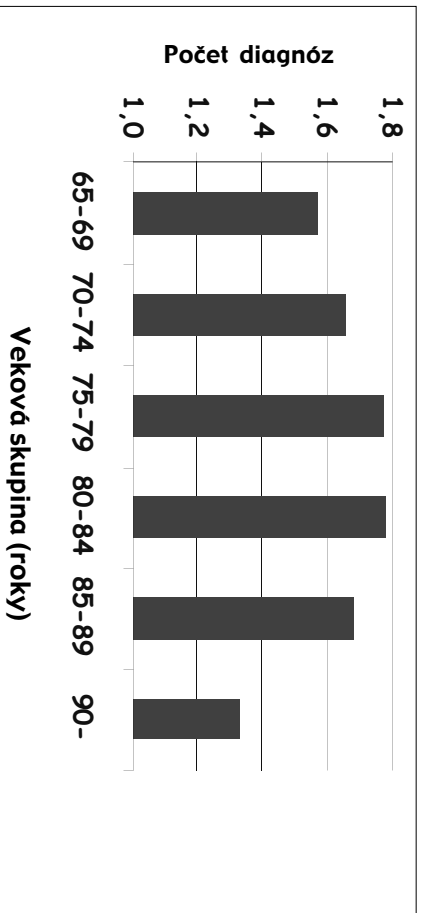
Z hľadiska **systémovej lokalizácie** POST dominovali stavy po výkonoch týkajúcich sa gastrointestinálneho (u 52 % pacientov), močovo-pohlavného (23 % pacientov) okrem obličiek a močového mechúra), zmyslového (18 % pacientov), kardiovaskulárneho (14 % pacientov) a pohybového

(13 % pacientov) systémnu. Výkony na ortálnych systémoch boli menej frekventované (respiračný systém 9,6 %, endokrinný systém 2,8 %, obličky a močový mechúr 4,8 %, koža 3,7 %, neurochirurgia 0,7 %).

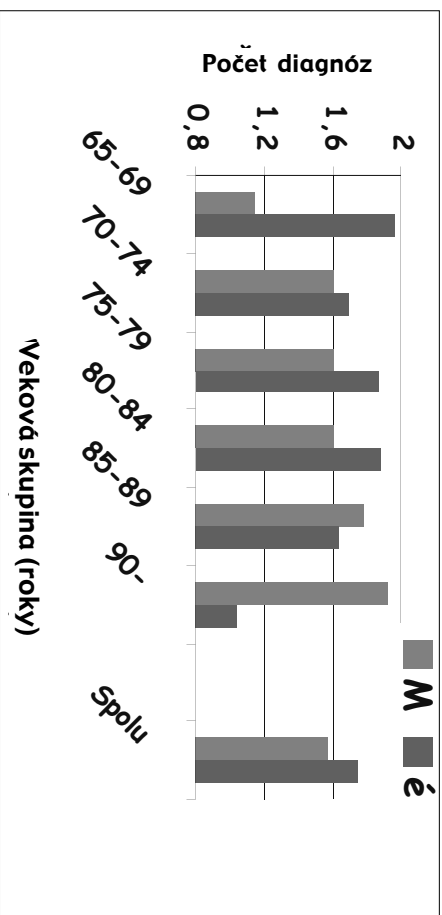
Najčastejšie operovaným „**organom**“ bol zĺčnik a žľázové cesty (281x), nasledovaný hrubým črevom (242x), okom (191x), maternicou (129x), herniami (112x), hornými dýchacími cestami vrátane mandli (91x), cievmi (81x), dolnými končatinami (69x; okrem ciev) a výkonomi v súvislosti s arytmiami (69x).

Vzťah počtu **pooperačných diagnóz** a **veku** pacientov ilustrujeme v grafe 2. Z

Graf č. 2 Vzťah počtu pooperačných diagnóz a veku



Graf č. 3 Vzťah počtu pooperačných diagnóz a veku podľa pohlavia (M: muži, Ž: ženy)



neho je zrejme, že tento počet vzrastá až do veku 80-84 rokov, kedy dosahuje priemernú hodnotu 1,78 pooperačného stavu na pacienta. Veková dynamika je zreteľne pohlavne dimorfná (graf 3). Hoci sa muži a ženy nelíšili v maxime pooperačných diagnóz, ktoré dosiahli v niektorej vekovej skupine (1,92 vs. 1,97), podstatný rozdiel bol čase, kedy toto maximum nastalo. U žien to bolo už v najmladšej sledovanej vekovej skupine s následným poklesom, u mužov tento počet postupne vekom narastal a maximum dosiahol až o 25 rokov neskôr.

Diskusia.

Počet a štruktúra vedeckých publikácií o polymorbidite nie je dostatočná. „Vedec-ké ťažkosti s polymorbiditou“ sa začínajú už pri jej definícii, keď ju, prísne vzaté, môžu tvoriť už dve choroby⁸. Postoperačné stavy nie sú explicitnou súčasťou indexov, ktoré sa zvyčajne používajú na posudzovanie polymorbidity⁹. Napriek tomu sme presvedčení, že poznanie STPO ako súčasť polymorbidity seniorov nie je samoučelné.

V tradičnom diagnosticko-terapeutickom reťazci je diagnostika ochoreni vedúcich k operácii (tradične), predoperačnej príprave (v ostatnom čase), vlastnej operačnej liečbe (tradične) a včasnej pooperačnej starostlivosti „do zhojenia rany“ (v ostatnom čase) venovaná viditeľná pozor-

nosť. O manažovaní zoperovaných seniorov po ich prepustení, najmä v dlhšom časovom horizonte, však niet dostatku informácií. Navyše v rôznych oblastiach medicíny aktuálne intenzívne pribúdajú práce poukazujúce na riziko obdobia, kedy senior prechádza z nemocničnej do ambulantnej starostlivosti.

Myslíme si, že pre posúdenie celkového zdravotného stavu seniorov je nevyhnutné vnímať aj STPO ako rovnocennú súčasť ich polymorbidity. Inak sa zrejme nedá zabezpečiť napr. spoľahlivá dispenzárna starostlivosť alebo nevyhnutná diferenciálnediagnostická úvaha. Uvedomovaní si STPO ako trvalej významnej komponenty zdravotného stavu seniora je predpokladom, že ošetrojúci lekár bude mlieťlen jednotnázovo pri prvom stretnutí sa s pacientom po návrate z operácie, ale prieběžne posudzovať nutnosť predpísať potrebné kompenzačné pomôcky, podávať substitútnú liečbu, zvažovať interakcie s ostatnými chorobami pacienta, pátrať po prípadnej recidive „zoperovaného ochorenia“ a pod.

Informácie o STPO by mali navyše zatriebiť významný pilier pri plánovaní a organizovaní zdravotnej starostlivosti o seniorov, a to či už z pohľadu potrebných finančných alebo ľudských zdrojov. Poznatky o STPO sú zrejme využiteľné aj v rámci gerontológie.

Našu skupinu pacientov považujeme za dostatočne reprezentatívnu na to, aby sme z nej zistené závery mohli považovať aj za širšie akceptovateľné. Vychádzame pritom z predpokladu, že išlo o skupinu po-četnú, odrážajúcu pomery počas celého roka. Prítom v čase hospitalizácie ešte nebo- li také silné „ekonomické“ taktý na skra- covanie hospitalizácie, resp. na jej zame- ranie len na bezprostredný symptóm, pre ktorý pacient prišiel do nemocnice, čo u- možňovalo získať pomerne verný obraz o celkovom zdravotnom stave seniorov.

Za limitáciu štúdie považujeme najmä to, že analyzovala pomery u hospitalizo- vaných pacientov. U nich môžeme pred- pokladať, že predstavujú fragilnejšiu a me- nej zdravú časť celej seniorskej populácie. Hoci v danom čase neboli na kliniku vzne- sené žiadne formálne sťažnosti na posky- tovanú zdravotnú starostlivosť, musíme pri- pusť, že dosiahnutie „stopercentnej“ diag- nostickej spoľahlivosti nie je reálne. Môže- me teda predpokladať, že hoci sa na našom pracovisku veľmi dbá na klasickú anamné- zu a na dôslednú analýzu všetkej dostup- nej zdravotnej dokumentácie o pacientovi, bude celkový počet STPO vyšší, než sme vedeli dokumentovať. Je to objektívne da- né jednak medzermi v schopnostiach senio- rov uviesť všetky údaje z anamnézy, jednak medzermi v tradičnej „papierovej“ zdra- votnej dokumentácii. Skladbu zistených POST mohlo do istej miery ovplyvniť aj to, že klinika je pracoviskom zameraným naj- má na akútnu „internistickú“ geriatricu. Mož- né limitácie plynúce z tejto skutočnosti sú však podľa nášho názoru dostatočne kom- penzované počtom a spektrom konzultár- nych vyšetrení, ktoré boli pacientom počas hospitalizácie poskytnuté. V našej štúdi- sme neposudzovali klinickú závažnosť jed- notlivých POST u daného pacienta.

Záver

Podiel pooperačných diagnóz na celko- vej polymorbidite seniora vyjadrený počtom diagnóz je vysoký (8%). Vysoký je aj prie- mený počet pooperačných stavov (1,7; v

rozpätí 0 - 7), štvrtina pacientov prekona- la tri a viac operácií. Pri deviatich „orgá- noch“ sú pooperačné stavy prítomné u viac ako 5 % seniorov. V praxi sa musíme vy- rovnať so zabezpečením zdravotnej staros- tivosti pri veľmi širokej škále (169) poop- eračných stavov. Počet pooperačných stavov kumulujúce podstatne skôr u žien (vo veku 65-69 rokov), u mužov významne stúpa až do najvyššieho veku.

Literatúra

1. HEGYI L., SEDLÁČKOVÁ Z.: *Socialne as-pekty multimorbidity v seni: Geriatria*, 10, 2004, č. 4, s. 139 - 140.
2. TALLIS R.C., FILLIT H.M. (Eds.): *Brookle- hurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*, 6th edition. Elsevier Science Limited - Churchill Li- vingstone, London 2003, 1568 s., ISBN 0-443-07087-3.
3. ZAVÁZALOVÁ H., ZAREMBA V., VOZE- HOVÁ S., ZIKMUNDOVÁ K.: *Zdravotní stav a spotreba zdravotní péče u osob nad 80 let věku*. Geriatria, 5, 1999, č. 1-2, s. 22 - 27.
4. ZAREMBA V., ZAVÁZALOVÁ H., VOZE- HOVÁ S., ZIKMUNDOVÁ K.: *Chronické choroby polyboveho ústrojí jako příčina celkové nemocnosti osob vyššího věku*. Geriatria, 7, 2001, č. 3, s. 119 - 123.
5. ZAVÁZALOVÁ H., ZIKMUNDOVÁ K., ZAREMBA V., LAVIČKA F., HOLMEROVÁ I.: *Vý- voj nemocnosti osob vyššího věku*. Geriatria, 10, 2004, č. 2, s. 55 - 58.
6. ZAREMBA V., ZAVÁZALOVÁ H., KOTR- BA J., LAVIČKA F., ZIKMUNDOVÁ K.: *Zdravotní situace seniorů a její závislost na věku*. Geriatria, 12, 2006, č. 1, s. 21 - 24.
7. FORTIN M., LAPOINTE L., HUDON C., VANASSE A.: *Multimorbidity is common to family practice: is it commonly researched?* Can Fam Phy- sician, 51, 2005, s. 245-252.
8. VAN DEN AKKER M., BUNTINX F., MET- SEMAKERS J.F., ROOS S., KNOTTNERUS J.A.: *Multimorbidity in general practice: prevalence, inci- dence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases*. J Clin Epidemiol, 51, 1998, č. 5, s. 367 - 375.
9. FORTIN M., HUDON C., DUBOIS MF., AL- MIRALL J., LAPOINTE L., SOUBHI H.: *Comparative assessment of three different indices of mul- timorbidity for studies on health-related quality of life*. Health Qual Life Outcomes, 3, 2005, č. 74, s. 1-7.

Adresa autora:

MUDr. M. D.
Klinika geriatricie LFUK
a FNŠP Bratislava
Limbová 5
833 05 Bratislava

Polymorbidity of seniors: Postoperative states

M. Dúbrava, J. Jánošiová, D. Hladíková, P. Kazimirová

Summary

The literature data on seniors' polymorbidity are scarce. We do not know any Slovak literature source analyzing the contribution of postoperative patients to polymorbidity. Therefore, in a retrospec- tive study we analyzed polymorbid postoperative patients at the age of 65 and over, hospitalized in our department within a period of one year. There were altogether 1028 patients (females/males: 63/ 37%) with the mean age of 78.4 years (median 78 years, range 65 - 102 years). The share of postope- rative diagnoses on overall morbidity of senior expressed by a number of diagnoses is high (8 %) The average number of postoperative states is also high (1.7; range 0 - 7). A fourth of patients under- went three and more operations. In nine "organs" postoperative states are present in more than 5 % of seniors. In the practice we have to cope with providing health care for a very broad scale (169) of postoperative states. The number of postoperative states culminates considerably earlier in women (at the age of 65-69 years) in men it significantly increases up to the highest age. The aforementioned knowledge may be significant for providing health care delivery for seniors, for providing appropriate financial and human resources and for the gerontology proper.

Key words: geriatrics - polymorbidity - operations

C. K. Ong, G. Bodeker, C. Grundy, G. Burford, K. Shein: *WHO Global Atlas of Traditional, Com- plementary and Alternative Medicine*. Vydal WHO-WHO Press Geneva 2005, 216 + 98 strán. Cena Sw. Ff. 100.- ISBN 92-4-156286-2

Svetová zdravotnícka organizácia vydáva v roku 2005 pozoruhodnú dvojdielnu publikáciu, ktorá venuje pozornosť otázkam tradičnej, komplementárnej a alternatívnej medicíny. Kniha má dve časti - prvá časť diskutuje uvedené problematiku s priliadnutím na jednotlivé regióny sveta - Afriku, Ameriku severnú i južnú, juhovýchodnú Áziu, európsky región a vybrané stredomorské štátne úhary ako je Irán, Pakistan, Saudská Arábia a Spojené arabské emiráty. Záverečný úsek tejto prvej časti je venovaný Číne, Japonsku, Filipinam a Socialistickéj republike Vietnam. Druhá časť je atlasom, ktorý grafickým spôsobom mapuje teritoriálne využívanie týchto medicínskych smerov - okrem máp má celý rad tabuliek, ktoré charakterizujú jednotlivé sledované parametre, ako je druh terapie, profesio- nálna zabezpečenie terapeutického procesu, inštitúcie, ktoré sa venujú danej problematike a podobne. V súčasnosti oblasť modernej medicíny praktikuje najrozmanjšie liečebné metódy, ktoré predsta- vujú náplň klasickej tradičnej medicíny, rôzne smery alternatívnej medicíny a metódy komplemen- tárnej medicíny. Jednotlivé krajiny sveta už z historického hľadiska používajú niektoré z týchto foriem a prijímajú postupy z iných krajín, pokiaľ prinášajú určitý terapeutický efekt.

Autori publikácie pripravili veľmi pozoruhodné dielo, ktoré dobre informuje o jednotlivých for- mách liečebného prístupu a postupu a orientuje odborníkov na možnosti aplikácii iných foriem - alternatívnych a komplementárnych metód.

Kniha iste náde rýchle rozšírenie, pretože komplexným spôsobom spracováva závažnú proble- matiku medicínskych prístupov, využívaných v jednotlivých regiónoch sveta.

Doc. MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.

Porovnanie hospitalizácií obyvateľov domova dôchodcov v rokoch 1999 a 2005

I. Bartošovič¹, A. Taská², D. Bartošovičová³

¹Geriatrická ambulancia NSP Skalica, (riaditeľ Ing. Ivan Medlen) a neštatná ambulancia praktického lekára pre dospelých Skalica

²Neštatná ambulancia prenosných chorôb Holíč

³Neštatná pediatrická ambulancia, Skalica)

Súhrn

Autori porovnávali hospitalizácie obyvateľov domova dôchodcov v rokoch 1999 a 2005. V priebehu šiestich rokov sa zvýšil priemerný vek obyvateľov v DD o 3,4 rokov. Počet hospitalizovaných obyvateľov minimálne poklesol (z 31,1 na 29,5 %). Počet hospitalizácií na 100 obyvateľov a priemerný počet hospitalizácií na jedného hospitalizovaného sa nezmenili. Poklesol priemerný ošetrovací čas (z 11,2 dni na 8,7 dni) t.j. o 22,3 %. Pozorovali sme aj mierne zvýšenie počtu operácií pripadajúcich na jednu hospitalizáciu (z 16,9 % na 20,2 %). Najčastejšou hlavnou diagnózou boli choroby obehovej sústavy (I 10-1 99), ktoré tvorili takmer tretinu zo všetkých diagnôz. Najčastejším oddelením ústavného liečenia bolo interné (v jeho rámci aj kardiologické, doliččevacie) oddelenie. V 4/5 prípadov sa hospitalizácia ukončila návratom obyvateľa do DD, v 6,7 % úmrtím počas hospitalizácie.

Kľúčové slová: domov dôchodcov - hospitalizácia - priemerný ošetrovací čas - skupiny chorôb - staršie - seniori

Úvod a cieľ práce

Krátkodobá ústavná starostlivosť vo vyššom veku patrí k najzávažnejším momentom v živote seniorov. Jej riziká sú všeobecne známe, ale senior musí dostať starostlivosť, akú potrebuje vzhľadom na svoj zdravotný stav, bez akýchkoľvek vekovej diskriminácie (1,2).

Seniori žijúci v zariadeniach sociálnych služieb patria k najzraniteľnejšej „súpopulácii“ v rámci všetkých starších a starších ľudí. Ich zdravotný stav je charakterizovaný viacerými negatívnymi faktormi, ktoré sú vo všeobecnosti horšie ako u seniorov, žijúcich vo svojich domácnostiach. Patrí sem multimorbidita, zly funkčný stav, zvýšený výskyt kognitívnych porúch, vysoký výskyt geriatrických syndrómov, polyfarmácia i polypragmácia a pod. (3). Títo seniori bývajú pri zhoršení zdravotného stavu často liečení v zdravotníckych zariadeniach. Keďže sme sa týmto problémom u seniorov v inštitúciách zaoberali už v minulosti (4), s odstupom šiestich rokov sme sa k problematike vrátili.

Cieľom práce bolo zistiť vývoj hospitalizácií inštitucionalizovaných seniorov, či nastali zmeny v príčinách ústavného liečenia, na akých oddeleniach títo seniori ležia a ako sa ich ústavná starostlivosť končí.

Súhory pacientov a metódička

Hospitalizáciu obyvateľov domova dôchodcov (ďalej DD) sme porovnávali v dvoch súboroch. Prvým súborom boli všetci obyvateľa DD z roku 1999. V tomto roku žilo v zariadení 132 obyvateľov s priemerným vekom 72,4 rokov; 47 mužov (35,6 % súboru) malo priemerný vek 73,2 rokov a 85 žien (64,4 %) malo priemerný vek 72 rokov. Vo veku ≤ 74 rokov bolo 78 obyvateľov (59,1 % súboru); 75 ročných a starších bolo 54 obyvateľov (40,9 %).

Druhým súborom bolo všetkých 166 obyvateľov (priemerný vek 75,8 rokov), ktorí žili v rovnakom DD v roku 2005. V tomto súbore bolo 49 mužov (29,5 % súboru) s priemerným vekom 74,4 rokov a 117 žien (70,5 % zo všetkých obyvateľov), ktoré mali priemerný vek 76,4 rokov. Do

vekovkej skupiny ≤ 74 rokov patrilo 65 obyvateľov (39,2 %); do vekovej skupiny ≥ 75 rokov patrilo 101 obyvateľov (60,8 %).

U oboch súborov sme zisťovali hospitalizáciu obyvateľov v období od 1. januára do 31. decembra, teda v období jedného roka. Podľa zdravotnej dokumentácie i podľa prepisťacích správ z nemocnice sme zisťovali počty hospitalizovaných obyvateľov, ich priemerný vek, počet hospitalizácií, priemerný ošetrovací čas, hospitalizácie v mieste sídla DD a mimo sídla DD. Ďalej sme vyhodnotili na akých oddeleniach boli hospitalizovaní, hlavné diagnózy pri ukončení hospitalizácie, spôsob ukončenia hospitalizácie. Všetky zistené údaje zo sledovaných rokov 1999 a 2005 sme navzájom porovnali.

Výsledky

Už z predchádzajúceho rozboru súborov obyvateľov DD v rokoch 1999 a 2005 vidíme aktuálnu črtu vývoja v našich sociálnych zariadeniach, prichádza ku starostlivosti kolektívov, žijúcich v DD. V priebehu šiestich rokov sa zvýšil priemerný vek obyvateľov v DD o 3,4 rokov (teda o 4,7 %). Fenomén starturnia populácie sa zvyraňuje aj v inštitucionálnej starostlivosti.

Prvá tabuľka ukazuje sledované premenne charakteristiky oboch súborov obyvateľov. Pri porovnaní rokov 1999 a 2005 vidíme, že počet hospitalizovaných obyvateľov sa príliš nezmenil, zaznamenali sme minimálny pokles (z 31,1 % na 29,5 %). Zvýšil sa počet hospitalizovaných mužov (z 27,7 % na 42,9 %); počet hospitalizovaných žien klesol (z 32,9 % na 23,9 %). Porovnali sme aj pokles počtu hospitalizovaných „starých“ seniorov (vo veku ≥ 75 rokov).

V spodnej časti tabuľky rozoberáme rôzne faktory hospitalizácií. Počet hospitalizácií na 100 obyvateľov sa nezmenil, rovnako ako priemerný počet hospitalizácií na jedného hospitalizovaného. Poklesol priemerný ošetrovací čas (z 11,2 dni na 8,7 dni) t.j. o 22,3 %. Pozorovali sme aj mierne zvýšenie počtu operácií pripadajúcich na jed-

nu hospitalizáciu (z 16,9 % na 20,2 %).

Keďže sledovaný DD sa nachádza v meste, kde sídli aj nemocnica (v roku 2005 mala 352 lôžok na 11 oddeleniach), mohli sme aj posúdiť, do akej miery zabezpečuje starostlivosť na svojich oddeleniach a koľkých seniorov posla na iné alebo vyššie spádové pracovisko. Počet hospitalizácií mimo sídla DD v roku 2005 poklesol z 23,9 % na 11,2 %.

Porovnávali sme aj hlavné diagnózy pri prepustení z ústavnej starostlivosti podľa X. revízie Medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a príbuzných zdravotných problémov (MKCH). Najčastejšou hlavnou diagnózou boli choroby obehovej sústavy (I 10-1 99), ktorých výskyt sa v priebehu šiestich rokov nezmenil a tvorili takmer tretinu zo všetkých diagnôz. V roku 2005 sa na druhé miesto dostali nádory (C 00-D 48), nasledované chorobami endokrinnými, výživy a metabolizmu (E 00-E 99) a nepresne určenými príznakmi (R 00-R 99) (tabuľka 2).

Najčastejším oddelením ústavného liečenia bolo interné oddelenie (do ktorého sme zaradili aj kardiologické a doliččevacie oddelenie, pre organizačné zmeny medzi rokmi 1999 a 2005), kde sa v roku 2005 uskutočnilo 42,7 % zo všetkých hospitalizácií. Seniori z inštitúcií sú často hospitalizovaní aj na chirurgických či neurologických oddeleniach. Potrebnejším faktorom je, že sú seniori hospitalizovaní aj na akútnych oddeleniach (OAIM) a ženy na gynecologických oddeleniach (tabuľka 3).

Aj ukončenie hospitalizácií sa v priebehu 6 rokov nezmenilo. Zhruba v 4/5 prípadov sa obyvateľ vrátil do DD, úmrtím sa v roku 2005 skončilo 6,7 % zo všetkých hospitalizácií (tabuľka 4).

Diskusia

Hospitalizácia seniorov je častá. *Lito-metrický* (5) uvádza, že ročne okolo 20 % starších ľudí je prijatých na akútne nemocničné oddelenie. S pribúdajúcim vekom toto percento stúpa. Najčastejšie sú hospitalizované staré osoby, ktoré sú časťm kon-

Tab. č. 1 *Studované charakteristiky hospitalizovaných obyvateľov DD a hospitalizácii v rokoch 1999 a 2005*

Studované charakteristiky	1999	2005
Celkový počet hospitalizovaných obyvateľov (% zo všetkých obyvateľov)	41 (31,1 %)	49 (29,5 %)
Počet hospitalizovaných mužov (% zo všetkých mužov)	13 (27,7 %)	21 (42,9 %)
Priemerný vek hospitalizovaných mužov (% zo všetkých žien)	76,5 rokov	78 rokov
Počet hospitalizovaných žien (% zo všetkých žien)	28 (32,9 %)	28 (23,9 %)
Priemerný vek hospitalizovaných žien (% zo všetkých obyvateľov do 74 r.)	73,9 rokov	77,7 rokov
Počet hospitalizovaných do 74 rokov (% zo všetkých obyvateľov do 74 r.)	19 (24,4 %)	16 (24,6 %)
Počet hospitalizovaných 75 ročných a starších (% zo všetkých 75 + r.)	22 (40,7 %)	33 (32,7 %)
Celkový počet hospitalizácií	71	89
Počet hospitalizácií na 100 obyvateľov	53,8	53,6
Priemerný počet hospitalizácií na jedného hospitalizovaného	1,7	1,82
Priemerný ošetrovací čas	11,2 dni	8,7 dni
Celkový počet operácií	12	18
Počet operácií na jednu hospitalizáciu	16,9 %	20,2 %
Počet hospitalizácií v mieste sídla DD	54 (76,1 %)	79 (88,8 %)
Počet hospitalizácií mimo sídla DD	17 (23,9 %)	10 (11,2 %)

zumentom ambulantných služieb. Starší a starí ľudia sa dostávajú do nemocnice menej pre akútne zhoršenie svojho zdravotného stavu (teda z príčin diagnostických a terapeutických), ale aj pre príchny prevažne sociálne (1).

Tab. č. 2 *Hlavné diagnózy pri uončení hospitalizácií v rokoch 1999 a 2005*

Hlavné diagnózy pri ukončení hospitalizácií (MKCH 10)	Počet dg. (n, %) v roku 1999	Počet dg. (n, %) v roku 2005
Choroby obehovej sústavy (I 10–I 99)	21 (29,6 %)	26 (29,2 %)
Nádory (C 00–D 48)	5 (7,1 %)	10 (11,3 %)
Ch. endokrinné, výživy a metabolizmu (E 00–E 90)	4 (5,6 %)	9 (10,1 %)
Neprane určené príznaky	1 (1,4 %)	9 (10,1 %)
(R 00–R 99)	8 (11,3 %)	6 (6,7 %)
Ch. dýchacej sústavy (J 00–J 99)	7 (9,9 %)	6 (6,7 %)
Ch. tráviacej sústavy (K 00–K 93)	2 (2,8 %)	5 (5,6 %)
Poranenia, otravy, neskoré následky (S 00–T 98)	4 (5,6 %)	4 (4,5 %)
Ch. močovo-pohlavnej sústavy (N 00–N 99)	2 (2,8 %)	3 (3,4 %)
Choroby dusevnej (F 00–F 99)	1 (1,4 %)	3 (3,4 %)
Infekčné a parazitárne choroby (A 00–B 99)	2 (2,8 %)	2 (2,3 %)
Choroby kože a podkožia (L 00–L 99)	10 (14,1 %)	2 (2,3 %)
Choroby oka a jeho adnex (H 00–H 59)	71 (100 %)	89 (100 %)

Tab. č. 3 *Oddelenia hospitalizácií v rokoch 1999 a 2005*

Oddelenia hospitalizácií	Počet hospitalizácií (n, %) r. 1999	Počet hospitalizácií (n, %) r. 2005
Interné (+ kardiologické, doliečovacie)	22 (31 %)	38 (42,7 %)
Chirurgické	7 (9,9 %)	10 (11,2 %)
Neurologické	3 (4,2 %)	6 (6,7 %)
OAIM	–	5 (5,6 %)
Ortopedické	3 (4,2 %)	5 (5,6 %)
Urologické	7 (9,9 %)	4 (4,5 %)
Gynekologické	–	4 (4,5 %)
Infekčné	2 (2,8 %)	4 (4,5 %)
ORL	5 (7 %)	3 (3,4 %)
Omné	11 (15,5 %)	2 (2,3 %)
Psychiatrické liečebne	2 (2,8 %)	3 (3,4 %)
Ústav srdcovo-cievnych chorôb	1 (1,4 %)	2 (2,3 %)
Fyziatricko - rehabilitačné	–	1 (1,1 %)
kožné	2 (2,8 %)	–
Spolu	71 (100 %)	89 (100 %)

K špecifickým rizikám ústavnej starostlivosti vo vyššom veku patrí iatrogénna trauma, dieteická trauma, dehydratácia, psychosociálna trauma, nozokomiálne nákazy, fyzická trauma, možnosť vzniku imobilizačného syndrómu, riziká diagnostiky, rozdielne postoje lekára a pacienta ku chorobe, sklon ku komplikáciám, depresia, relokčný syndróm, vysoký vek a geriatrický maladaptívny syndróm (1). Časté sú aj rôzne formy zlého zaobchádzania so seniormi (2).

Priateľe do ústavného liečenia vo všetkých vekových kategóriách zväčša podľa Závka od stupňa a závažnosti choroby, od prítomnosti komplikácií, na veľkosti a zložení lôžkového fondu, na vzdialenosti bydliska pacienta, od jeho veku, ochote dať sa hospitalizovať, kultúrnej vyspelosti, sociálneho postavenia a ďalších faktorov (6). Každý

dy z týchto faktorov ovplyvňuje aj nami zisťované a predkladané parametre ústavného liečenia u seniorov z domova dôchodcov.

V našich sociálnych zariadeniach, tak ako v celej populácii, prebieha demografický proces „epidémia“ **starnutia**. V sociálnych zariadeniach má starnutie kolektívny mimoriadny význam, keďže zvýšený počet seniorov so zhoršeným funkčným i kognitívnym stavom v zariadeniach bude mať dôsledky sociálne, zdravotné i ekonomické. Treba nielen poukazať na tento fakt, ale aj riešiť tento celospoločenský problém i v našich DD.

Počas sledovaných 6 rokov sa počet hospitalizovaných seniorov z prostredia DD priliš nezmenil, pozorovali sme len minimálny pokles, čo mohlo byť zapríčinené menším súborom. Z výsledkov teda vy-

Tab. č. 4 *Ukončenie hospitalizácií obyvateľov DD v rokoch 1999 a 2005*

Ukončenie hospitalizácií	1999 (n, %)	2005 (n, %)
Návrat do domova dôchodcov	57 (80,3 %)	71 (79,8 %)
Preklad na iné oddelenie nemocnice	11 (15,5 %)	12 (13,5 %)
Úmrtie počas hospitalizácie	3 (4,2 %)	6 (6,7 %)
Spolu	71 (100 %)	89 (100 %)

plyva, že počas jedného roka je hospitalizovaných asi tridsať percent obyvateľov v DD. Zároveň sme zistili pokles hospitalizácií u žien a vzostup u mužov (tabuľka 1). Príčinu nie sú jednoznačné, môže sa na nich podieľať vyššia ochota dať sa hospitalizovať u mužov, či lepšia compliance liečby u žien. Budú potrebné ďalšie štúdie a sledovanie tohto problému.

Celkový počet hospitalizácií (54 na sto obyvateľov) sa v priebehu šesťročného obdobia tiež nezmenil. Podľa materiálov Ministerstva zdravotníctva SR (ďalej MZ SR) bolo v roku 2004 na Slovensku hospitalizovaných 1 020 587 osôb, pričom počet hospitalizácií na 100 000 obyvateľov bol 18 962 (7). Nami zistené hodnoty, ktoré sa v priebehu šiestich rokov nezmenili, sú asi trikrát vyššie ako u celej populácie SR, čo vyjadruje horší zdravotný stav našich seniorov.

Mierne optimistickým zistením je aj ľahko sa zvyšujúci počet operácií u hospitalizovaných seniorov. Dúfame, že je odrazom postupnej, pomalej zmeny filozofie starostlivosti o starých ľudí v myslení lekárov chirurgických disciplín.

Keďže sledovaný DD je v mieste sídla nemocnice, hospitalizácia našich seniorov môže byť častejšia ako v zariadení, ktoré je vzdialené od nemocnice. V tabuľke 1 vidíme, že poklesol počet seniorov, odoslaných na iné alebo vyššie pracoviská (z 23,9 % na 11,2 %). Tento fakt môže svedčiť o zlepšení diagnostiky či terapie v tejto nemocnici, ale aj o neochote odoslať seniorov na doriešenie do iného zariadenia.

Nášou prácou sme potvrdili, že je všeobecna tendencia ku zníženiu nemocničných nákladov a skráteniu pobytu na lôžku. V sledovanom období sa skrátil priemerný ošetrovací čas o 22,3 % (z 11,2 dňa na 8,7 dňa). Je otázkou, či ide o predčasné prepíšťanie starších a starých ľudí z nemocnice, alebo o zlepšenie diagnostiky či liečby u tejto skupiny populácie. Ak náš údaj porovnáme s citovanou správou MZ SR (priemerný ošetrovací čas v roku 2004

na Slovensku bol 7,9 dňa), dochádza k približovaniu tohto parametra medzi celou populáciou a seniormi.

Hospitalizácia je častá aj medzi seniormi žijúcimi vo svojich domovoch, približuje sa k hodnotám udávaným u seniorov v inštitúciách. V najnovšej práci *Zavázalová a spol.* (8) v súbore 1033 osôb nad 60 rokov zistila, že v poslednom roku bola hospitalizovaná tretina osôb, bez rozdielu medzi mužmi a ženami.

Údaje o hospitalizácii obyvateľov DD sú rôzne. *Zavázalová a spol.* (9) v staršej práci zistila 57 % hospitalizáciu počas ich pobytu v DD v niektorom lôžkovom zariadení, hlavne na oddelení internom, chirurgickom a psychiatrickej liečebni. Niektorí dôchodcovia pritom boli hospitalizovaní aj viac ako štyrikrát. V jej prípade išlo o päťročné obdobie a išlo o detasované oddelenie chronikov, ktorých zdravotný stav bol horší ako v našom súbore. *Kováčková (10)* konštatuje veľké množstvo hospitalizácií obyvateľov DD v okresej nemocnici a psychiatrickej liečebni. Každú hospitalizáciu však starostlivo zvažuje s ohľadom na jej riziko pre starého človeka a vzhľadom na to, že často od nej nemôže očakávať zlepšenie zdravotného stavu.

Porovnanie so zahraničím je ťažšie, vzhľadom na existenciu rôznych typov zariadení. *Malone a Danto-Nocton (11)* vo svojej štúdií uvádzajú, že približne jedna štvrtina z obyvateľov zariadení typu nursing homes (= ošetrovateľské domovy, podobné našim liečebňam pre dlhodobó chorých, ďalej NH) je hospitalizovaná v priebehu jedného roka a asi 40 % hospitalizácií sa odohráva behom prvých troch mesiacov ich pobytu v zariadení. Behom posledného roka pred ich úmrtím je hospitalizovaných 70 % obyvateľov, 20 % vyžaduje dve a 10 % až tri hospitalizácie. Najčastejšie sú hospitalizovaní seniori s ochoreniami urogenitálneho a respiračného traktu. 85 % ústavných liečení končí návratom obyvateľa do rovnakého zariadenia a približne 12 % z týchto seniorov zomrie v nemocnici. Aj v USA sú rôzne problémy pri transfere

obyvateľa, behom hospitalizácie a po prepustení z nemocnice. Problémy, týkajúce sa personálu v NH (vrátane sociálnych pracovníkov) je potrebné riešiť predovšetkým zlepšením komunikácie medzi nemocničným zariadením a dlhodobou starostlivosťou (11).

Jednou z možných ciest (nevieme či aj v našom zdravotníctve), je využitie starostlivosti v niektorých geriatrických zariadeniach ošetrovateľského typu na poskytovanie hospitalizácií. V Anglicku niektorí autori (vzhľadom na stúpajúci počet starých ľudí) odporúčajú využiť potenciál zariadení typu NH aj na akútnu hospitalizáciu, bez transferu do iného zariadenia (12).

Pri posudzovaní hlavných diagnóz pri prepustení z ústavného liečenia (tabuľka 2), vidíme, že odlišujú celkový stav v spoločnosti. Vysoký podiel (asi 30 %) tvoria ochorenia srdcovo-cievne, rastie význam ústavnej liečby nádorových ochorení. Srdcovo-cievne choroby, nádory a choroby endokrinné, metabolizmu a výživy (predovšetkým diabetes mellitus) spolu tvoria vyše polovicu všetkých hlavných diagnóz pri prepustení z ústavnej liečby.

S hlavnými diagnózami súvisia aj **oddelenia**, na ktorých naši seniori ležia. Najväčší význam majú interné a kardiologické oddelenia, pri neprítomnosti oddelení geriatrického typu. Pokles očných diagnóz a hospitalizácií súvisí so zrušením očného oddelenia v tunajšej nemocnici a nutnosťou byť jednodňovej mlkrochirurgie oka, alebo odoslaniam na iné špecializované oddelenia. Potešiteľné je, že seniori sa dostávajú aj na oddelenia intenzívnej medicíny a ústavnu liečbu na gynecológii sa riešia i ženy vo vyššom veku.

Ukončenie hospitalizácií zostalo aj počas šiestich rokov bez významnejších zmien. Približne štyri pätiny seniorov sa vrátili do svojho DD a 6,7 % zomiera počas pobytu v nemocnici. Táto hodnota je o niečo lepšia ako v citovanej práci z prostredia NH v USA (11).

Zmenami v ústavnej starostlivosti starších a starých ľudí sa zaoberajú aj v iných

krajinách. V Taliansku, ktoré patrí ku krajinám s najväčším počtom starých ľudí v Európe, porovnávali hospitalizácie seniorov (65 ročných a starších) v rokoch 1998-2000 a 2003-2005 na geriatrickom akútnom oddelení (13). Autorky upozorňujú na naliehavé zmeny v starostlivosti o seniorov:

- ▶ zvýšenie priemerného veku u hospitalizovaných seniorov (zo 78,5 na 80,9 rokov), spôsobené nielen starnutím populácie, ale aj zvýšením potreby akútnej starostlivosti o seniorov;
 - ▶ skrátenie dĺžky hospitalizácie (z 14,3 dňa na 8,7 dňa), hlavne v dôsledku znížovania nákladov;
 - ▶ po prepustení z hospitalizácie sa zvyšuje potreba opatrovateľa („caregiver“) predovšetkým plateného (z 9,5 % na 23,7 %), keďže príbuzní nestacia zabezpečovať formálnu starostlivosť (13).
- Myslíme si, že rovnaký stav je nielen v Taliansku, ale aj u nás. Rozdiel je v tom, že na Slovensku sa pred týmto faktorom zatiaľ len zakrývajú oči.
- Záver**
- Nášou prácou sme sledovali vývoj hospitalizácií u seniorov žijúcich v DD v priebehu šiestich rokov. Počas tohto obdobia:
- ▶ prichádza ku starnutiu obyvateľov v DD, ich priemerný vek sa zvýšil o 3,4 rokov;
 - ▶ zistili sme minimálny pokles počtu hospitalizovaných obyvateľov (z 31,1 % na 29,5 %);
 - ▶ skrátil sa priemerný ošetrovací čas o 22,3 % (z 11,2 dňa na 8,7 dňa);
 - ▶ ľahko sa zvýšil počet operácií počas hospitalizácií;
 - ▶ hlavnými diagnózami sú choroby srdcovo-cievne a nádory;
 - ▶ seniori sú najčastejšie hospitalizovaní na oddeleniach vnútorného profilu (interné, kardiologické, doliečovacie), chirurgických a neurologických;
 - ▶ štyri pätiny hospitalizácií sa končí návratom seniora do zariadenia, asi 7 % zomrie v nemocnici.

1. HEGYI, L., KRAIČIK, Š.: Geriatria pre praktické lekára. 2. vyd. Bratislava: Herba, 2006, 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
2. KOVAL, S.: Obete zanedbávania, zneužívania a týrania v starobe. Geriatria, 7, 2001, č. 3, s. 140-143.
3. WEBER, P. a kol.: Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. I. vyd. Brno: JIDV PZ, 2000, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
4. BARTOŠOVIČ, I.: Hospitalizácia obyvateľov zaradení sociálnych služieb. Slov Lek, 11 (25), 2001, č. 7-8, s. 319-321.
5. LITOMERICKÝ, Š.: Choroby a starosť. In: Litoměřický, S. a kol.: Gerontologia a geriatria. Bratislava: Teleflash, 1993, s. 76-91. ISBN 80-900545-5-2.
6. ŽÁČEK, A.: Metody studia zdraví a nemocí v populaci. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1984, 404 s.
7. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVA SR: Správa o zdravotnom stave obyvateľov SR 2006. Bratislava: 2006, 40 s. [online]. [citované 15. 9. 2006]. Portable Document Format. Dostupné na: <http://www.health.gov.sk/freds/rsi.nsf/0/82375094098a41dbce3003d4519/\$FILE/vlasti-nymat.pdf
8. ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V.: Způsob života seniorů v kontextu subjektivně vnímaného zdraví. Geriatria, 12, 2006, č. 2, s. 55-60.
9. ZAVÁZALOVÁ, H., VOZEHOVÁ, S., MORAVEK, V.: Zdravotní a sociální charakteristika osob umísťovaných v domove dýchodcov. Českoslov Zdrav, 28, 1980, č. 12, s. 503-508.
10. KOVÁŘOVÁ, J.: Spoločná zdravotní péče v DD. In: III. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí, sborník přednášek. Kolektiv autorů. Ostrava: Dům techniky, 1999, s. 101-107. ISBN 80-02-01316-6.
11. MALONE, M.L., DANTONO-NOCTON, E.S.: Improving the hospital care of nursing facility residents. Annals of Long-term Care, 12, 2004, č. 5, s. 42-49.
12. TURRELL, A.: Nursing homes: a suitable alternative to hospital care for older people in the UK? Age and Ageing, 30, 2001, S 3, s. 24-32.
13. MARENGONI, A., COSSI, S.: Emerging changes in the care of older people. JAGS, 54, 2006, č. 7, s. 1148-1149.

Adresa hlavného autora

doc. MUDr. I. B. PhD.
Zdravotné stredisko
Pod Hájkom 37, 909 01 Skalica
e mail: bartosovic@pobox.sk

The comparison of hospitalization of old people's homes residents during 1999 and 2005

I. Bartošovič, A. Tašká, D. Bartošovičová

Summary

The authors compared the hospitalizations of old people's home residents during 1999 and 2005. Within the period of 6 years the mean age of residents in old people's homes increased by 4 years. The number of hospitalized patients minimally decreased (from 31.1 to 29.5 %). The number of hospitalizations per 100 inhabitants and the average number of hospitalizations per one hospitalized patient remained unchanged. The average time of treatment decreased (from 11.2 days to 8.7 days), i.e. 22.3 %. A mild increase in number of operations per one hospitalization was also observed (from 16.9 % to 20.2 %). The most frequent diagnoses embraced diseases of the circulatory system (1 104 99) that represented almost a third of all the diagnoses. The institutional treatment usually involved internal department with its cardiological and after-treatment subdepartments. In four fifths of cases hospitalization was terminated by return of the patient to old people's home and in 6.7 % by death during the hospital stay.

Key words: old people's home - hospitalization- average treatment time - groups of diseases - ageing - seniors

Osoby vyššieho veku a nádorová onemocnění

Česká republika a plzeňský region -

- novotvary v populaci osob nad 60 let věku

K. Zikmundová,¹ H. Závázalová,¹ V. Zaremba,¹ M. Roušarová,² I. Holmerová³
(¹ Ústav sociálního lékařství, Univerzita Karlova Praha, Lékařská fakulta v Plzni
² Národní onkologický registr (NOR),
³ Regionální pracoviště Fakultní nemocnice Plzeň
Gerontocentrum, Praha Kobylišy)

Souhrn

Osoby nad 60 let věku se vyznačují vysokou nemocností a potřebou zdravotní péče. Zhubné novotvary nepatří sice v tomto věku mezi nejčastější onemocnění, ale z hlediska závažnosti a ovlivnění kvality života nemocného mají v nemocnosti seniorů významné místo. Stáří samo o sobě představuje riziko z hlediska vyššího výskytu novotvarů, u většiny nádorů stoupá incidence s věkem.

Práce předkládá přehled nejčastějších nádorových topik a vývoj incidence novotvarů v České republice a v Plzeňském regionu. Výskyt nádorů v populaci osob nad 60 let věku v republice i regionu je zobrazen v grafech a tabulkách, k jejichž konstrukci byla použita data z NOR.

Klíčová slova: stáří - geriatric - gerontologie - nemocnost - zhubné novotvary - incidence - prevalence - prevence - onkologická triáda

Úvod

Nemocnost osob vyššího věku je způsobena **chronickými nemocemi**. Ty si človek přináší z předcházejících životních etap. Se stoupajícím věkem a přibývajícím zdravotními potížemi si hodně lidí začíná uvědomovat hodnotu zdraví a mnohdy i nutnost pečovat o ně. V dnešní době je množství dostupných informací o zdravém způsobu života, prevenci, léčbě a rehabilitaci onemocnění (media, zdravotné výchovné akce, brožury, letáky, vzdělávací akce, internet,...). Někteří lidé ale přičítají zdravotní potíže vyššímu věku a podceňují význam prevence, včetně léčby a rehabilitace v období stáří. Výzkumy nemocnosti starých lidí ukazují, že některé chronické nemoci se poprvé objevují nebo se komplikují až ve stáří. Proto nelze ani ve vyšším věku podceňovat možnosti primární prevence. Přes všechny možnosti primární prevence dominuje v období stáří v medicínské praxi **sekundární a terciární prevence**.

Preventivní opatření ve vyšším věku směřují hlavně k tzv. **kompresi disability**. To znamená oddálení vzniku závislosti, nesoběstačnosti starých osob až do nejvyššího věku (25).

Nemocnost starých osob je poměrně vysoká. Podle některých šetření budoucí generace seniorů (současny předdůchodový věk) bude trpět ještě více chronickými nemocemi než senioři současní (25,26, 27). Ve stáří je charakteristická **multimorbilita**, tj. více chronických chorob u jednoho jedince. Dlouhodobě je nejvyšší nemocnost kardiovaskulárními chorobami (4,10,25).

Data poskytují výběrová šetření starší populace, protože nemocnost srdečně cévnimi chorobami není sledována. Zhubné novotvary představují u osob vyššího věku podle HIS UZIS 1996 (výběrové šetření o zdravotním stavu české populace) pouze 2-3% z celkové nemocnosti osob nad 60 let. Tento podíl je vyšší než u ostatních věkových skupin, v celé populaci se podílí zhubné novotvary na nemocnosti mužů 0,7% a na nemocnosti žen 1,1%. Podle našich šetření plzeňské populace seniorů byl podíl novotvarů v celkové nemocnosti v ro-

ce 1982 byl 2,2%, v roce 1992 to bylo 3,6%. S pokračujícím stárnutím české populace lze předpokládat vyšší výskyt rakoviny v populaci. Riziko vzniku nádorů stoupá s věkem. Nárůst incidence a prevalence má celospolečenské důsledky. Pochopitelně největší zátež dopadá na nemocného a jeho rodinu, během celého průběhu a zejména v terminálních fázích onemocnění je dopad na kvalitu života pacienta i jeho rodiny značný (15). Je třeba zabezpečit komplexní odbornou léčbu a péči (1,4,6). Nemocnost novotvary je sledována, jsou povinně hlášeny, neúplný registr novotvarů je od 50. let. V roce 1976 byl založen **Národní onkologický registr**. Ve struktuře nemocnosti seniorů není podíl novotvarů výrazný (25,26). Je tomu tak přesto, že se objevují prokazatelně více ve vyšším věku a jsou druhou nejčastější příčinou smrti.

V příčinách úmrtí, invalidity a celkové nemocnosti v České republice dominují choroby kardiovaskulární (496 úmrtí na 100 tisíc obyvatel v roce 1998). Zhoubné novotvary jsou druhé v pořadí příčin úmrtivosti (240 úmrtí na 100 tis. obyvatel v roce 1998). Obě skupiny chorob vykazují stoupající trendy incidence a prevalence. V posledních letech choroby oběhové soustavy spolu se zhoubnými novotvarů představují více než tři čtvrtiny všech příčin úmrtí (21,28). Incidenci těchto chorob lze velmi výrazně ovlivnit primární prevencí. Zejména snížením vlivu negativních faktorů na lidské zdraví již od dětského věku. Podporou pozitivních vlivů na lidské zdraví v průběhu celého života (výživa, pohyb, duševní pohoda, prevence stresu, nekouření, ...). *Ize snížit riziko vzniku rakoviny (13, 22, 23).*

Onkologicky nemocný je předmětem odborného zájmu řady medicínských oborů. Pečuje o něj klinická onkologie, farmakologie, psychologie, epidemiologie, chirurgie, radiodiagnostika a řada dalších oborů. (19). **Zhoubné novotvary** jsou bezspornu závažný zdravotní problém jak z hlediska prevence, diagnostiky, terapie, komplikací nemoci samotné i léčby, také prů-

běhu a následků onemocnění. Závažná prognóza (často lasky vnímaná s horší prognózou než tomu v současnosti je), původní příznaky choroby a léčby ovlivňují výrazně kvalitu života pacientů s onkologickým onemocněním. Působí na jejich psychiku, sociální život, mají vliv i na nejbližší okolí nemocných, na rodinu a profesní anamnézu.

Česká republika je velmi nepříznivě hodnocena podle statistiky odborníky v onkologii z hlediska **vývoje incidence a mortalit** na zhoubné novotvary. Je tomu tak zejména u karcinomu plic, prsu, kolorekta, ale i zhoubných novotvarů vcelku. Stejně tak je podle některých zdrojů nedosta- tečná efektivita a realizace preventivních onkologických programů a jejich podíl na ovlivnění nepříznivých trendů nemocnosti a úmrtnosti na zhoubné novotvary. Diskutuje se u nás i jinde ve světě o účinnosti a použití skríningu vybraných rizikových skupin(6).

Většina nádorů se objevuje až ve vyšším věku. Podle dat ÚZIS s **přibýváním věkem** téměř u všech hlášených zhoubných novotvarů v dané oblasti, regionu mají kromě přítomnosti rizikových faktorů oblasti (životní prostředí, pracovní podmínky, bydlení, sociální situace) také vliv i jiné aspekty. Např. také věková, vzdělávací a sociální struktura populace, životní styl, zdravotní uvědomění. Z hlediska zdravotní péče je jisté důležitá síť zdravotnických služeb, přístup a postoj zdravotníků k prevenci, rozmištění specialitů, kvalita dispensarizace, preventivních prohlídek a diagnostických možností. Velmi výrazně ovlivňuje hodnotu incidence, prevalence a dalších ukazatelů nemocnosti zhoubnými novotvarů úroveň hlášení nemocnosti (21,28). To znamená, že v regionu s vyšší incidencí a prevalence novotvarů mohou být tyto ukazatele nemocnosti skutečně vyšší než v jiných regionech. Rozdíl nebo převis regionálních dat nad celostátní průměr může být také způsoben vyšší ukázněností lékařů a regionálního pra-

covité v odesílání povinných hlášeních. V následující tabulce jsou uvedeny údaje ÚZIS za rok 1999, z dat je patrný horší stav zdravotního stavu ve vybraných ukazatelích v české republice a v zemích Evropské Unie, dále je zde možno sledovat rozdíl v ukazatelích mezi populací do 64 let a ve věku 65 a více let.

tech. V roce 2000 byly uvedeny zhoubné novotvary jako **příčina smrti u 26,3%** zemřelých. V posledních dvaceti letech dochází ke zvýšení incidence i prevalence nádorových onemocnění. Díky zlepšené diagnostice a terapii není tento nárůst patrný ve vývoji úmrtnosti na tato onemocnění (21, 28).

Stováním některých ukazatelů zdravotního stavu ve dvou věkových kategoriích 0-64 let a 65 a více na 100 tis.obyvatel (CR - česká republika, EU - země evropské unie, CA - karcinom) Zdroj dat ÚZIS ČR 1999

země	věk	Muži	ženy
CR 97	-64	466,36	198,82
EU97	-64	325,55	157,36
stand. úmrtnost			
CR 97	65+	7603,26	5158,09
EU97	65+	6012,54	3803,48
CR 97	-64	143,91	82,75
EU97	-64	100,99	67,61
úmrtnost na CA			
CR 97	65+	1840,74	962,06
EU97	65+	1593,32	787,38
CA incidence			
	-64	268,46	271,90
	65+	3100,74	1819,29

Česká republika - Zdroj dat - Národní onkologický registr (NOR):

Od založení registru zemřelo 703 tisíc registrovaných osob a 300 tisíc osob žije s jedním nebo více novotvary.

Závažnost onkologických onemocnění z hlediska medicínského i celospolečenského je zřejmě z podílu nádorů na přičinách úmrtnosti české populace, vývoje incidence a prevalence v posledních le-

Vývoj stavu registru k 31. 12. daného roku (Zdroj dat ÚZIS)

(Poznámka: bazické indexy byly k datům ÚZIS dopočítány pro lepší orientaci ve vývoji novotvarů v čase)

rok	Živé osoby	bazický index		Novotvary u žijících osob		bazický index		Zemřelí		bazický index		Novotvary u zemřelých		bazický index	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%				
1988	157808	100	168557	100	311416	100	325904	100							
1990	176014	112	189147	112	380419	122	400362	123							
1995	236831	150	259702	154	549883	176	586578	180							
1999	300012	190	336626	200	763312	226	325904	234							

roku 1988 do roku 1999). Počet zemřelých a počet novotvarů u zemřelých vzrostl více než dvojnásobně v roce 1999 oproti roku 1988.

V roce 1999 bylo hlášeno celkem 60 tisíc nových případů zhoubných novotvarů. Diagnóza C44 - Jiný zhoubný novotvar kůže byla nejčastější. Za posledních 15 let byl podle dat NOR celkový nárůst nově diagnostikovaných případů 83,8 %.

Kromě výše zmíněné diagnózy je pro muže velmi častým onkologickým onemocněním **zhoubný novotvar plic a u žen prsu**. U obou pohlaví je další v pořadí **kolorektální karcinom**, vyznačuje se vysokým počtem hlášených. Česká republika je v předním místě v mortalitě rakoviny tlustého střeva a konečníku na světě. Tato diagnóza vykazuje rostoucí incidenci a mortalitu (každý rok o 3% případů více). V roce 1999 bylo hlášeno v přepočtu na 100 tisíc obyvatel 72,4 onemocnění kolorektálním karcinomem (u mužů dokonce 83,8 případů na 100 tisíc mužů). Umrtlost na kolorektální zhoubné novotvary roste pomaleji než incidence. Z celkového počtu zhoubných novotvarů se tato diagnóza podílela 16 % u mužů, u žen 15 %.

V posledním desetiletí došlo k poklesu incidence a mortalitě zhoubných nádorů plic v mnoha zemích západní Evropy a Severní Ameriky. Stejně tak i na Slovensku, sice s dvacetiletým zpožděním ve srovnání se zeměmi západní Evropy, vykazují pokles plicních karcinomů u mužů (18).

Počet hlášených zhoubného novotvaru plic v České republice (dg: C33 a C34) měl mírně stoupající trend, který byl výsledkem trvalé **rostoucího počtu onemocnění u žen a mírného poklesu u mužů**. V přepočtu na 100 tisíc bylo hlášeno 93,7 mužů a 24,1 žen. Míra fatality v roce 1999 dosáhla u mužů 93,4 % a u žen se výrazně zvýšila na 97,7 %. Vyšší počet, ve srovnání s předchozími lety se objevuje ve věku 65-74 let a nad 85 let (17,19,21,28).

U žen byly nejčastějšími a zároveň nejzávažnějšími **zhoubné novotvary prsu**. Počet hlášených onemocnění byl v přepočtu

na 100 tisíc žen 94,9 případů. Tato hodnota je za celou dobu sledování novotvarů v ČR nejvyšší. Míra fatality má klesající tendenci. Největší výskyt rakoviny prsu je v USA, kde je celoživotní riziko tohoto onemocnění 12,2%, v našich podmínkách je to 8 %.

Rizikové faktory jsou výskyt rakoviny prsu a vaječníku v rodině, věk ženy, onemocnění prsu, chirurgická intervence prsu, častý nástup menstruace a její pozdní ukončení, u žen, které nerodily anebo první porod byl po 32. roce života, obezita či působení karcinogenů v prostředí. Jedinou diagnostickou metodou, která se hodí pro screening rakoviny prsu je mamografie. Správně prováděným screeninem se snižuje úmrtnost na rakovinu prsu u žen bez příznaků o 25-35%. V současnosti je možné dopředu provést screeningu ve věku 40-50 let v jednoletých intervalech, od 50let v intervalu každé dva roky (2, 3, 5,14).

Další velkou skupinou jsou zhoubné novotvary **močového a pohlavního ústrojí**. Celkový počet gynekologických zhoubných novotvarů byl až do počátku 90. let vyšší než incidence zhoubného novotvaru prsu. V roce 1998 bylo hlášeno 82 zhoubných novotvarů dělohy na 100 tisíc žen. Od 80. let je podle NOR výskyt zhoubného novotvaru čípku děložního stabilizovaný (21 případů na 100 tisíc žen, reprezentuje 25% gynekologických novotvarů). Počet zhoubných novotvarů těla děložního (38% gynekologických novotvarů) a vaječníku (30% gynekologických novotvarů) roste (12,17).

U mužů z celkového počtu 3 311 onemocnění zhoubnými nádory pohlavního ústrojí představovaly 85,8 % zhoubné novotvary **prostaty**. Počet hlášených zhoubných novotvarů močového ústrojí patřil v 90. letech u mužů i žen k nejrychleji rostoucím, představují téměř 8% celkového počtu zhoubných novotvarů.

Nejčastější a nejzávažnější onkologická onemocnění - kolorektální zhoubné novotvar, zhoubné novotvary průdušnice, průdušky, plic, prsu, prostaty a gynekologické zhoubné novotvary tvořily **54 % ze všech hlá-**

šených zhoubných novotvarů (dg: C00-C97, D00-D09) bez diagnózy Jiný zhoubný novotvar kůže, to však nesnižuje závažnost méně častých onkologických onemocnění. (Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2000)

V Plzeňském regionu je obdobná věková i gender struktura obyvatel jako v Plzeňském regionu:

Incidence zhoubných novotvarů u osob vyššího věku Plzeň-město 1997 počet obyvatel 170 tisíc z toho 32,5 tisíc osob nad 60 let věku (zdroj Národní Onkologický Registr - Západní Čechy) absolutní čísla hlášených případů M - muži, F - ženy VEK

DG	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	-59	60+
C18 (colon)	M 7 F 5	10 6	7 12	7 2	5 4	4 1	3 7	40 30
C34 (lung)	M 17 F 2	8 4	16 3	6 0	4 1	3 0	20 2	54 10
C50 (breast)	F 14	13	9	13	8	6	31	64
C53 (cervix uteri)	F 4	2	2	0	0	0	9	8
C54 (corpus uteri)	F 11	9	7	2	2	0	9	31
C56 (ovary)	F 1	3	0	2	1	1	7	8
C64 (kidney)	M 4 F 3	3 7	3 4	0 0	0 0	0 1	12 3	10 15
C67 (bladder)	M 4 F 5	5 6	6 8	2 7	3 4	2 3	5 0	22 33

publice. Podle celostátních údajů vyšší incidence novotvarů, počet hospitalizací i standardizovaná úmrtnost je v regionu vyšší než je celostátní průměr (21).

V regionu shodně s údaji republikovými byl v období 1976-1998 zhruba stejný podíl nejzávažnějších nádorových topik na celkové nemocnosti zhoubnými novotvary. Nejčastější byly: kůže C44 -18%, plic C34 -11%, prs C50-8%, tlusté střevo a konečník C18,19,20-13% ze všech nádorových lokalit. Pravděpodobnost výskytu zhoubného novotvaru stoupá s věkem, zejména po 50.roce věku je riziko objevení karcinomu vyšší - gynekologické nádory, rakovina prsu, prostaty, tlustého střeva a další.

Plzeňském regionu je vyšší (650 tisíc). Např. Zhoubný novotvar průdušnice, průdušky a plic (C33 a C34) je druhým nejčastějším a nejzávažnějším nádorem u mužů (16% všech novotvarů). V roce 1998 byla incidence v ČR 95 případů na 100 tisíc obyvatel (západní Čechy 110). Přetrvává mírně klesající trend incidence. Vývoj u žen nevykazuje dlouhodobou změnu (28 případů na 100 tisíc obyvatel). Představují 4% všech novotvarů u žen, podíl je stejný, ale míra fatality je vyšší než u jiných diagnóz.

Důležitá je zejména **primární prevence rizikových faktorů**, hlavně negativních vlivů preventabilních - jako je zejména kou-

ění. Nikotinismus stoupá u žen a zapříčinuje nárůst karcinomu plic u žen, kdy je horší prognóza než u mužů. Míra fatality je u této lokalizace nádoru podle dat ÚZIS vysoká.

Velký význam pro další prognózu novotvarů má včasná diagnostika a terapie. **Screeningová vyšetření** (cytologie, samovyšetřování prsu, mamografie, test na okultní krvácení, per rektum vyšetření) jsou prováděna (a hrazena pojišťovnou) zejména u osob nad 50 let věku (stolice na OK, mamografie). U rakoviny prsu je rizikový věk nad 40 let s prokázanou kulminací případů po 60. roce věku (17,19,21,28).

Rizikové faktory v procesu vzniku nádorů jsou kombinací faktorů vnitřních (genetika, rodinná zátěž, příslušnost k etniku, hormony) a vnějších (hlavně tzv. životní styl, životní prostředí...) (11,13,22).

U většiny nádorů je společným rizikovým faktorem vyšší věk, se stoupajícím věkem stoupá i incidence většiny nádorových onemocnění. Proto je třeba ve vyšším věku myslet na tyto diagnózy a věnovat jim v rámci prevence dostatečnou pozornost. Aktivní přístup praktických lékařů k provádění příležitostných preventivních prohlídek jednou za dva roky u registrovaných pojištěnců, tak jak umožňuje úhrada pojišťovny by situaci v časně záchytnosti raných stadií onemocnění napomohl. Zlepšení **efektivit preventivních programů** je nejen v rukou poskytovatelů zdravotníků, plátců-pojišťoven, ale i samotných sportovních zdravotní péče-pacientů. V jejich zájmu by mělo být rozvíjeno vlastní zdraví a žádat o preventivní prohlídky své ošetřující lékaře, tak jak zdravotní pojišťovny garantuji klientům bezplatnou preventivní prohlídku jednou za 2 roky (8,9,14,16).

Preventivně je možno ovlivnit rizikové faktory nádorového bujení v průběhu celého života. Nikdy není pozdě na změnu životních návyků v pozitivním slova smyslu, i ve stáří lidé mění své návyky. Velký význam má výživa, prevence negativního chování - kouření, alkohol, léky, sexuální chování, zvládnání stresu, předcházení čas-

tým infekcím, znečištěné životní a pracovní prostředí a další. V posledních dobách se uplatňuje také **chemoprevence rizikových ohrožených skupin**. Např. u rakoviny prostaty-je-li přítomnost diagnózy rakoviny v blízkém příbuzenstvu, je pravděpodobnost vzniku rakoviny prostaty u daného jedince dvojnásobná ve srovnání s negativní rodinnou anamnézou u jiného člověka, tzv. familiární výskyt je také prokázán např. také u rakoviny prsu. Nejučinnější a nejlépejší preventivní opatření snižující fatální případy je včasná detekce nádoru, v případě rakoviny prsu je to mamografické vyšetření (3,7,9,14). **Genetické faktory** reprezentují v příčinách vzniku novotvarů asi 10% příčin (stejný podíl je i na deteminantách zdravotního stavu obecně).

Se stárnutím populace relativně stoupá počet starších pacientů s **rakovinou tlustého střeva a konečníku**. Prognóza závisí na řadě faktorů, jak se strany pacienta, nádoru, průvodních jevů nádoru, genetických a imunologických faktorů a faktorech spojených s léčbou. Hlavními faktory se strany pacienta je kromě věku a pohlaví i rodinná anamnéza a celkové podmínky (zdravotní, psychologické, sociální). Metastázy a místní recidiva nádoru je méně častá z hlediska pětiletého přežití u osob vyššího věku. Např. frekvence místních recidiv podle polských odborníků jsou v závislosti na věku následující: 23% 15-64 let, 18% 65-74 let a 14% pro nemocné ve věku 75let a více. Jinak je tomu s postoperační úmrtností, ta je vykazována asi 1% u mladších 60 let, stoupá až na 100% operačního rizika u osob 80 letých a starších, na druhé straně ale mladší skupina nemocných s kolorektální rakovinou zahrnuje také pacienty s hereditárními tumory a tam je riziko recidivy a sekundárních tumorů dokonce 80% (17,24).

Závěr
Závažnost zhoubných novotvarů je stále dána nejasnou etiologií, rostoucí incidencí a prevalencí a prognózou. Demonstruje jí i podíl zhoubných novotvarů v

příčinách celkové úmrtnosti české populace. U mužů představují 27,3% a u žen 25,4% všech příčin smrti.

Onkologická rizika jsou ve stáří stejná jako v jiném věku. Pravděpodobnost výskytu zhoubných novotvarů je ale s věkem vyšší. Ve stáří je zpoznamenána peristaltika střevní a častěji se objevují poruchy výživy (antioxidydaní, protektivní faktory). Velmi důležité je primární a sekundární prevence uplatňovaná zejména v rizikových skupinách populace. Ve vyšším věku je bohužel význam prevence podceňován.

Ve vývoji zhoubných novotvarů je potěšující **stabilizovaný trend úmrtnosti**. Včasným záchytem nemocí a také zlepšením prevence a diagnostiky je prognóza onemocnění lepší. Přesto je stále **efektivita preventivních programů** hodnocena nedostatečně a zejména praktičtí lékaři provádějí preventivní prohlídky v menší míře než umožňuje platba zdravotními pojišťovnami. Pacienti sami často nevědí, že mají nárok na komplexní preventivní prohlídku jednou za dva roky. Pokud tuto povinnost mají nevyužívají dostatečně všech možností prevence.

Rostoucí incidence a prevalence přinašší vážné ekonomické a organizační důsledky při trvalém nárůstu každoročního počtu téměř 60 000 nových nádorů a zajištění onkologické péče pro 270 000 onkologicky nemocných ve světě (24).

Pro zmapování nemocnosti a úmrtnosti, výskytu a vlivu rizikových faktorů rakoviny, hlavně možnosti jejich preventivního ovlivnění slouží epidemiologům **vývojové trendy těchto onemocnění a jejich hodnocení**. Vzájemnou spolupráci v onkologickém výzkumu mohou země své zdravotní politice využít ověřené postupy diagnostiky a léčby. To by jistě vedlo ke zlepšení ukazatelů onkologické nemocnosti a úmrtnosti

Literatura

1. AMBROŽOVÁ, M.: Vyhodnocení bonifikačního systému pro praktické lékaře za 2. pololeť 2001. Zprávodaj VZP ČR, 4, 2002, s.2-4

2. BAMBASOVÁ, J.: Ženou celý život. Osob. Lékař 6, roč. II, 2002, s.56-59

3. BELLA, V. et al: Epidemiologické východiska pre skrining zhoubných nádorov prsnika u žien na Slovensku. Klin. Onkol., 1995 sv.8, č. 6 s. 172-176

4. DOLANSKÝ, H. ZAVÁZALOVÁ, H. ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V.: Výskyt rizikových genotoxických faktorů u osob nad 60 let ošetřovaných agenturami domácí péče. Geriatria, 2003, č.3, s. 115-119, SR

5. FLALA, J. BRÁZDOVÁ, Z.: Determinanty zájmu o screeningové primární preventivní vyšetření. Cas. Léč. Čes., 19, 2000, č.10

6. GERÝK, E., KOLCOVÁ, V., ŽÁČEK, V.: Trendy počtu onkologicky nemocných v České republice. Národní onkologický registr České republiky. Masarykův onkologický ústav Brno, 2000, 72 s.

7. GERÝK, E.: Odhad výskytu nádorů a ekonomická podpora jejich výzkumu ve Spojených státech (Cancer Estimate and Economical Supporting of their research in the U.S., Klin. Okol., 12, č.4, 1999, s. 140-142

8. HAMOUZ, Z.: Něco o bonifikacích. Bulletin sdružení praktických lékařů ČR, 5, 2002, s.4-5

9. HIRŠKOVÁ, M.: Vyhodnocení pilotního projektu mamografického screeningu. Zprávodaj VZP ČR 5, 2002, s. 5-6

10. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.: Vybrané kapitoly z gerontologie. GEMA Praha, 2002, 110s.

11. HORÁČKOVÁ, M., ŠTÍKA, L.: Složení a spotřeba analgetik v České republice ve vztahu k analgetiky indukované nepohodlí a nádorům určitelu. Prakt. Lékař, 80, 2000, č.3, s. 128-131

12. JANOŮT, V. et al.: Hodnocení trendu mortalit na karcinomu děložního čípku v ČR a v Belgii. Klin. Onkol., 1998, sv.11, č.3, s. 89-93

13. KAPLAN, R.M. et al.: Zdraví a správa-nie člověka. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1996, 450 s.

14. KIMBERLY, S.H., et al.: Primary Care: Is there Enough Time for Prevention? Amer. Journal of Public Health, 2003, Vol.93, No.4, p.633-640

15. KRÍVOHLAVÝ, J.: Psychologické aspekty terminální fáze onkologicky nemocných. Sestra, č.3, 2001, s. 34-35

16. LITOMERICKÝ, Š., ČERMÁK, P.: Prevencia v geriatrickej lekárske. Bratisl. Lek. Listy 1994, 95, s.129-132

17. Novotary 1998 ČR (Cancer Incidence 1998 in the Czech Republic), ÚZIS ČR 2001, Praha, 277 s.

18. PLEŠKO, I., SEVERL, G., OBSITNIKOVÁ, A., BOYLE, P.: Výskyt a vývoj zhoubných nádorov plic na Slovensku, 1968-1992 (Occurrence and Deve-

- lopment of Lung Cancer in Slovakia 1968-1992).
Klin. Onkol. 12, č. 5, 1999, s. 156-160
19. Vývoj incidence zhoubných nádorů v České republice 1977-1991. I. + II. díl, Rada Nár. onkol. Registru, Masarykův onkologický ústav, Brno, 1996, 1997
20. ZÁBOJ, Z. Farmakoterapie a compliance v geriatrici. Prakt. Lékař. 80, 2000, č. 2, s. 99-101
21. Zdravotnictví kraje České republiky ve statistických údajích. UZIS ČR 2000, Praha 100s.
22. Zdraví 21. Nadace CINDI, MZ ČR, 2000
23. ZÁČEK, A.: Determinanty zdraví a zdravotní politika. Časť 1.: Kauzálita v lékařství a její modelování. Čas. Lék. čes., 139, 2000, č. 4, s. 99-101
24. ZALOUDEK, J.: O prvenství České republiky. Iky, Second World Conference of Cancer Organisation, Atlanta, 1999, Klin. Onkol. 12, č. 4, 1999, s. 139-140
25. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: Vybírané kapitoly ze sociální gerontologie. UK v Praze, Karolíninum 2001, 97 s.
26. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví. UK v Praze, Karolíninum, 2002, 54 s.
27. ZIKMUNDOVÁ, K., ZAVÁZALOVÁ, H., VOŽEHOVÁ, S., JAVIČKA, F.: Péče o staré osoby v komunitě. Sborník přednášek: „Ošetrovatelstvo v gerontológii.“ 4. medzinárodná konferencia o vzdelávaní v ošetrovatelstve. Martin, září 2000, s. 169-172
28. www.uzis.cz

Old subjects and tumours

K. Zikmundová, H. Závázalová, V. Zaremba, M. Roušarová, I. Holmerová

Summary

Subjects over 60 years are characterized by high morbidity and health care consumption. Although malignant neoplasms are not ranked among the most frequent diseases at this age, from the aspect of gravity and influencing the quality of life of senior patient, they may have a significant place in seniors' morbidity. The old age alone poses a risk from the viewpoint of higher incidence of neoplasms, in the majority of tumours the incidence increases with the age.

The paper submits an overview of the most common tumours locations and the development of the incidence of neoplasms in the Czech Republic and in the Píseň region. The incidence of tumours in the population over 60 years of age in the Republic and the region is recorded in graphs and tables constructed according to the data from NOR.

Key words: old age - geriatrics - gerontology - morbidity - malignant neoplasms - incidence - prevention - oncologic risks

MUDr. Peter Belan, CSC. – 60 ročný

Nechce sa mi veriť, že v októbri tohto roku sa dožili 60 rokov dlhoročný člen SGGGS a významná osobnosť slovenskej geriatrickej geriatrickej MUDr. Peter Belan, CSC. Vyráža sa podieľal na rozvoji Geriatrickej kliniky v Podunajských Biskupiciach. Bol dlhoročným členom výboru SGGGS. Aktívne sa zúčastnil prípravy viacerých kongresov, konferencií a sympózií. Zaslúžil sa o vydávanie časopisu Geriatrics. Popri svojich povinnostiach si vedel nájsť čas i na svoju celoživotnú lásku, hranie divadla a založil tradíciu polmaratónu BK, ktorú sa mojou vínou uskutočnil iba jeden krát.

Milý Peter, nikdy si nemal rád dlhé a oslavné reči. Preto končím želaním pevného zdravia, šťastia, spokojnosti

Štefan Krajčík

Abúzus alkoholu v starobe 1.

T. Hannisková

(Katedra geriatrickej a gerontologickej SZU, Bratislava)
SENIOR – geriatrické centrum, Modra)

Súhrn

Problémy s konzumáciou alkoholu patria k najčastejším abúzum u starých ľudí, napriek tomu že prevalencia klesá s vekom. Starí ľudia sú viac vulnérabilní na efekty alkoholu, pretože vplyvom normálneho starnutia dochádza k fyziologickým zmenám organizmu, ktoré negatívne ovplyvňujú jeho metabolizmus. Množstvo liekov, ktoré bežne používajú interaguje s alkoholom čo má vážny klinický význam. Abúzus alkoholu vo vyššom veku prebiehajú často skryto a niektoré symptómy sa manifestujú atypicky. Lekári často neidentifikujú tento problém, preto je často podceňovaný a poddiagnostikovaný. Jednoduchý skríning je účinnou metódou. Starší ľudia majú výraznejší benefit z liečby v porovnaní s mladšou vekovou skupinou, pričom základné princípy liečby sú také isté.

Kľúčové slová: starí ľudia - alkohol - abúzus alkoholu

Úvod

Áké pocity máme pri pohľade na starého človeka pod vplyvom alkoholu? Súcit, opovrhnutie alebo pocit presvedčenia, že takto by sme „na staré kolena“ určite nechceli skončiť. Alkohol je na Slovensku drogou číslo jeden. Ročne pripadá na jedného obyvateľa približne 9-10 litrov čistého alkoholu, čo nás radí na popredné miesto v Európe. V mojom článku by som sa rada zaoberala práve oblasťou vzťahu alkoholu a starých ľudí. Oblasťou, ktorá je jednou z najmenej známych a často tabuizovaných. Pokúsim sa o zhrnutie problematiky vplyvu alkoholu vo vyššom veku na základe dostupnej literatúry a osobnej skúsenosti zo styku s pacientami geriatrického veku závislých na alkohole. Problém s konzumáciou alkoholu prebieha u tejto skupiny častejšie skryto, nepoznané (najmä u osamelo žijúcich dôchodcov) a pacient často prichádza do nemocnice až keď sa prejavia komplikácie, alebo nežiaduce účinky. Preto sa odporúča lekárom aktívne u seniorov pátrať po problémoch s alkoholom, najmä ak u nich dochádza častejšie k pádom, zníženej starostlivosti o seba alebo postihnutiu pamäte. Starí ľudia na konci života často hľadajú prave v alkohole pomoc, keď utrpia stratu svojich bliz-

nych, alebo ich opusťajú deti a zažijú hrôzu vlastnej izolovanosti. Zúfalstvo v tejto etape života vyjadruje pocit, že už je príliš málo času na nový začiatok a inú životnú cestu.

Abúzus alkoholu v starobe

► Epidemiológia

Ako narastá populácia starých ľudí, rastie tak tiež absolútne číslo starých ľudí, ktorí majú problémy s alkoholom a tým narastá dôležitosť tejto témy. Prevalencia všetkých rizikových skupín, ktoré majú problémy s alkoholom v geriatrickom veku sa udáva na 1% - 15%, pričom má silnú pájúcu tendenciu. V USA sa predpokladá prevalencia 20% v roku 2030 (1). Prevalencia abúzu a závislosti na alkohole bola v USA u osôb starších ako 65 rokov 1%-3% v bežnej USA populácii, 5%-10% u pacientov v ambulanciách všeobecných lekárov, 7%-22% u hospitalizovaných pacientov a 10%-15% u pacientov na akútých pohotovostiach (2). Údaje NAHSDA (The National Household Survey on Drug Abuse) z roku 2004 hovoria, že 38% starých ľudí konzumovalo alkohol v priebehu posledného mesiaca, pričom 2% udávali príjem \geq 5 drinkov denne (3). Počet hospitalizácií ľudí vo veku nad 65 rokov, ktorí

mali problémy s pitím alkoholu bol rovnaký ako počet pacientov s infarktom myokardu (4). Vo všeobecnosti však patrí, že prevalencia ochorení, ktoré súvisia s alkoholom je u geriatrickej populácie nižšia v porovnaní s nižšími vekovými kategóriami (5). Pokles prevalencie abúzu alkoholu u osôb starších ako 65 rokov v porovnaní s nižšími vekovými kategóriami ma viaceré príčiny:

- Úmrtosť (mnoho alkoholikov sa geriatrického veku nedožije)
- Zníženie konzumácie alkoholu alebo ukončenie v priebehu času
- Poddiagnostikovaný abúzus alkoholu lekární

Spotreba alkoholu v SR v roku 2004 bola 10,0 litrov 100 % liehu na obyvateľa. Približne 5% dospelých Slovákov tvoria úplní abstinenti (v tomto percentuálnom zastúpení sú tak prirodzení abstinenti ako aj abstínujúci alkoholici), 60% tvoria bezproblémovi konzumenti (ľudia, ktorí pijú priležostne), 30% pije hazardne (či už seabapoškodujúco alebo problémovo) a zvyšných 5% je závislých od alkoholu (6).

Mnohé štúdie potvrdili, že zhruba 2/3 závislých seniorov bola už závislá v strednom veku, u 1/3 sa však závislosť vytvorí až v geriatrickom veku (7). V tomto prípade nasleduje vznik závislosti na záťažovú životnú udalosť (napr. odchod na dôchodok, úmrtie blízkej osoby). Najmä muži vdovci sú vážnou rizikovou skupinou pre vznik abúzu alkoholu (8). Zavislosť tohto typu býva lepšie liečiteľná a je spojená s menším výskytom pridružených psychických porúch. Osoby s depresiou a inými psychiatrickými diagnózami majú väčšiu náchylnosť na abúzus alkoholu. Často je ťažké zistiť, ktoré ochorenie bolo skoršie, alebo ktoré viedlo ku ktorému. Pacienti však často udávajú, že v deň „prvého pohárka“ boli depresívni (8). Pozitívna rodná anamnéza abúzu alkoholu u rodičov je dôležitým prediktorom pre vznik abúzu v neskorších obdobiach života. Takže sa predpokladá že genetická predispozícia zohráva dôležitú úlohu aj pri začiat-

ku abúzu alkoholu u vekovo starších osôb (9). Proportionálne zastúpenie mužov a žien je 4:1 (10). Na druhej strane vo vyššom veku je paradoxne zhoršená zňašanlivosť alkoholu, čo môže paradoxne uľahčiť problémy s alkoholom. Klesá tiež spotreba alkoholu, lebo je potrebné vypit' menšie množstvo na vyvolanie žiadaneho účinku (11).

■ Fyziológia a patofyziológia

Ako existujú interindividuálne rozdiely vo zvykoch pitia alkoholu, taktiež existuje aj rozdiel medzi staršími a mladými konzumentmi alkoholu. Mnohé súvisia s fyziologickými zmenami počas procesu starnutia. Starí ľudia nad 65 rokov majú najmä jednu chronickú ochorenie, ktoré ich robí vulnérabilnými na negatívny efekt konzumácie alkoholu (12), 3 vekom podmienené zmeny signifikantne ovplyvňujú odpoveď organizmu na alkohol:

- Pokles množstva telesných tekutín
- Zvyšená senzitivita a znížená tolerancia na alkohol
- Pokles metabolizmu alkoholu v gastrointestinálnom trakte

Telesná hmota vekom klesá, celková telesná tekutina klesá a stúpa telesný tuk. Vzhľadom k tomu, že alkohol je rozpustný vo vode a nie v tuku, tieto vekom podmienené zmeny spôsobia, že jeho koncentrácia v krvi je vyššia u starších ľudí ako u mladých. Z tejto príčiny, rovnaké množstvo alkoholu, ktoré v minulosti malo u pacienta minimálny efekt vplyvom starnutia môže spôsobiť intoxikáciu. Vo všeobecnosti platí, že starší ľudia majú o 30-40% vyššiu hladinu alkoholu v krvi ako mladší pri konzumácii rovnakého množstva alkoholu. Pokles sekrecie ADH (alkohol dehydrogenázy- cytozolový enzým, ktorý katalyzuje premenu alkoholu na acetaldehyd), a súvisí so stupajúcim vekom je ďalším faktorom, ktorý zhoršuje problémy s príjmom alkoholu. S jej poklesom je alkohol metabolizovaný pomalšie, preto hladina alkoholu stúpa dlhšiu dobu. To podmieňuje jej vyššiu hodnotu v krvi a zhoršený vplyv na cieľové orgány. Nie je jasné či k poklesu

sekrecie ADH dochádza aj u žien, avšak tie majú geneticky podmienený pokles aktivity ADH. Väčšina alkoholu je metabolizovaná v pečeni. Metabolická schopnosť pečene klesá vekom, tieto zmeny však nie sú klinicky dôležité. Priznačný je aj pokles renálnych funkcií, k exkrécii etanolu však dochádza menej ako 5%. Staršie ženy sú špeciálne rizikovou skupinou, pretože sú

menšie, majú menej svalovej hmoty a menšie množstvo ADH ako muži. Tieto faktory podmieňujú že ženy majú vyššiu hladinu alkoholu pri rovnakom množstve konzumácie alkoholického nápoja ako muži (13). Citlivá hranica týždenného príjmu alkoholu (21 drinkov/týždeň u mužov a 14 drinkov/týždeň u žien) nie je možné aplikovať na geriatrickú populáciu, práve kvôli vyššie uvedeným špecifikám. Preto The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) v USA odporúča u ľudí nad 65 rokov hranicu 1 drink za deň, pričom drink znamená dávku 20g alkoholu čo je 50ml destilátu, 2dcľ vína, alebo 0,5 litra 12° piva (14). Hoci mierna konzumácia alkoholu sa dáva do súvisu s lepším zdravotím (znižuje kardiovaskulárne ochorenia), alkohol negatívne vplyva na ľudí každého veku, interakcia konzumácie alkoholu a vekom podmienených zmien organizmu môže ovplyvniť alebo exacerbovať mnoho významných zdravotných problémov. Zvyšuje sa riziko somatických ochorení ako je hypertenzia, rakovina a cirhóza pečene. Vedie k mnohým psychiatrickým stavom ako je alkoholom podmienená intoxikácia, anxieta, delirium, demencia, ktoré uvádza tabuľka č. 1 (15).

Pitie alkoholu je taktiež dôležitým rizikovým faktorom pri stanovení prognózy smrti po poranení, pričom frekvencia neurozoduje.

Účinky konzumácie alkoholu

■ Systémové účinky alkoholu

Alkohol ako substancia má svoju energetickú hodnotu 7,1 kcal (29,7kJ) na gram. Je dokázané, že u ľudí s abúzom alkoholu tvorí _ celkového denného kalorického

Tabuľka č. 1 *Vplyv konzumácie alkoholu na vznik a exacerbáciu významných zdravotných problémov*

Pády	Hypertenzia
Trauma/ fraktúry	Delirium
Močový mechúr/ inkontinencia moča	Malnutricia
Periférna polyneuropatia	Hypotermia
Insomnia	Ochorenia gastrointestinálneho traktu
Ochorenia pečene	Hypoglykémia
Strata libida	Myopatia
Dehydratácia	Aspiračná pneumónia
Epilepsia/ krče	Demencia
Strata vedomia	Makrocytoza
Sebazanehdávanie	Kongestívne srdcové zlyhanie

príjmu. Alkoholizmus je preto často sprevádzaný malnutriciou, nutričným deficitom najmä tiaminu, folátov, pyridoxínu a niacinu (13). Deficit tiaminu môže viesť k Wernickeho encefalopatii a Korsakovovmu syndrómu. Ostatné deficiencie ako hypomagnezémia, hypokalciémia a hypokaliémia sú dôležité pri akútnej intoxikácii alebo pri abstinečnom syndróme. Sekundárna malnutricia vedie ku gastrointestinálnym komplikáciám, ako je insuficiencia pankreasu a ovplyvneniu metabolizmu pečene (16).

Pretože prvé štádium oksyficenia prebieha postupne, v krvi cirkuluje alkohol neroztriedený a dostáva sa do celého tela. Alkohol a acetaldehyd tak zasahujú všetky orgánové systémy, najviac však nervový systém a pečeň. Dochádza k narušeniu lákovej premeny sacharidov, lipidov, bielkovín, hyperurikémii, vzniká viac pyruvátu a laktátu, klesá zásoba glykogénu, zvyšuje sa množstvo železa. Alkohol vplyva na metabolizmus tukov zvýšenou ponukou substrátu, vyššou ponukou glycerol-3-P, vyššou esterifikáciou mastných kyselín, znížením transportu VLDL. Má lipolytický účinok, zvyšuje vychytávanie mastných kyselín hepatocytmi, inhibuje beta-oxidáciu.

To spôsobí steatózu pečene a hyperlipoproteinémiu všetkých lipoproteínov ako aj HDL (high-density lipoprotein). Na metabolizmus sacharidov vplyva alkohol inhibíciou syntézy glukózy, vyšším rizikom hypoglykémie a porušuje glukózovú toleranciu. Na metabolizmus bielkovín pôsobí inhibíciou syntézy množstva bielkovín, poruchou transportu bielkovín, ovplyvňuje metabolizmus xenobiótik (selektívne indukuje špecifické typy cytochrómu P450), znižuje retinoidy v pečeni (17).

► Interakcie alkoholu a liekov

Množstvo liekov, ktoré starí ľudia bežne používajú interaguje s alkoholom čo má vážny klinický význam. Najčastejšie farmakinetické interakcie alkoholu sú prijavom alkoholom vyvolanej proliferácie hladkého endoplazmatického retikula pečňových buniek. Prolongované používanie alkoholu bez poškodenia pečene tak môže zvyšovať stupeň metabolickej biotransformácie ďalších liečiv. Naopak akútny príjem alkoholu môže inhibovať metabolizmus iných liečiv. Táto inhibícia môže byť spôsobená zmenami metabolizmu alebo zmenami priestoku pečene (18). **Fenotiazidy, tricyklické antidepresíva a sedatívne-hypnotické látky** sú najdôležitejšími liekmi, u ktorých môže dochádzať k interakcii s alkoholom týmto mechanizmom. Napríklad **benzodiazepíny** môžu ovplyvniť stabilitu a predispomujú k pádom, spôsobujú somnolenciu a spomaliajú reakčný čas, ktorý sa môže podieľať na vzniku dopravných nehôd. Alkohol rovnako potencuje farmakologické účinky mnohých **nesedatívnych liekov, vazodilatancií a perorálnych antidiabetík (hypoglykémia)**. **Cimetidin a ranitidin** nekompetitívne inhibujú žalúdočnú ADH a tým zvyšujú hladinu alkoholu v krvi o 30%-40%. Pričom podobné údaje neboli zistené u famotidinu a omeprazolu, ktoré neovplyvňujú ADH (19). **Nesteroidné antirumatická (NSAID)** použité spolu s alkoholom predlžujú čas krvácania a zvyšujú zápal žalúdočnej sliznice. Nastaví správne pacienta na kumarinové prepará-

ty (warfarin) môže byť taktiež problematické, pri konzumácii rôznych množstiev alkoholu, pretože sa mení rýchlosť metabolizmu v pečeni. **Acetaminofen** v kombinácii s alkoholom môže viesť k zlyhaniu pečene, pretože množstvo, ktoré pôsobí škodlivo je vysoko individuálne. Ľuďom, ktorí užívajú acetaminofen denne je odporúčaná abstinenca alkoholu (18).

► Účinnok alkoholu na karcinogénu

Mnohí odborníci tvrdia, že alkohol patrí do skupiny karcinogénnych látok, ale žiadna štúdia to nedokázala. Alkoholické nápoje však môžu obsahovať potenciálne karcinogény vytvárané pri fermentácii alebo zrení a môžu taktiež meniť pečňové funkcie tak, že aktivita potenciálnych karcinogénov je zvýšená. Abúzus alkoholu sa dáva do súvislosti s rakovinou gastrointestinálneho a respiračného traktu, ako aj prsníka. Predpokladá sa, že 3 faktory zohrávajú kľúčovú úlohu (20):

■ Aktivácia karcinogénov cez indukciiu cytochrómu P-4502E1

■ Zvyšenie mutagenicity súčasťným vplyvom tabaku (24krát vyššie riziko)

■ Deficit vitamínu A

Riziko rakoviny prsníka narastá vekom. Vo veku 80 rokov postihuje 8,8 žien zo 100. Konzumácia 6 drinkov za deň zvyšuje riziko o 4%. Tieto americké skúsenosti potvrdili už staršie správy z Anglicka, Francúzska a Japonska o tom, že alkohol zvyšuje u žien výskyt rakoviny prsníka. Vyššie a pravidelné dávky alkoholu však vyvolávajú rakovinu aj u mužov. Vysoká spotreba alkoholu zvyšuje výskyt nádorov nosohltanu a dutiny ústnej 2,5-krát viac ako u abstinentov. Podobná situácia je aj pri nádoroch pažeráka, žalúdka, pečeni, pankreasu a hrubého čreva (21).

► Účinnok alkoholu na pečeň a gastrointestinálny trakt

Alkohol vo veľkých dávkach vytvára metabolickú kaskádu účinkov vedúcich k poškodeniu pečene a gastrointestinálneho traktu. Pečeň spracováva alkohol prednost-

ne pred ostatnými zložkami potravy, takže sa oddaluje premena a vstrebanie takých dôležitých látok, ako sú bielkoviny, cukry a tuky. V pečeni sa alkohol oxiduje na acetaldehyd, ktorý poškodzuje membránu buniek pečene. Dochádza k zníženiu glukoneogénezy, rozvoju hypoglykémie a ketoacidózy, akumulácii tukov (zvýšená tvorba mastných kyselín a triacylglycerolov) v parenchýme pečene. Steatóza pečene môže prejsť pri neprestávajúcom pití do fibrózy, alkoholikkej hepatitídy a nakoniec do cirhózy. Končí zlyhaním pečene s následnou smrťou. Dedičnosťou pridrúžené ochorenia, množstvo a trvanie prijímaného alkoholu, ovplyvňujú taktiež závažnosť poškodenia pečene. Odhaduje sa, že 70-90% ťažkých alkoholikov končí svoj život cirhózou pečene. Cirhóza vzniká u mužov po 10-20 rokoch pri pití 132g alkoholu denne, žene stačí 52g denne počas 5 rokovch zneužívania (18). Zákeornosť spočíva v tom, že ochorenie začína po takmer bezpriznakovom priebehu, často až po desiatich rokoch pitia. Liečbu alkoholovej cirhózy prežíva len 40-60% chorých. Štúdia Potera v pacientov s alhoľickou cirhózou pečene dokázala, že mortalita do jedného roka od stanovenia diagnózy je 50% vo vekovej skupine nad 60 rokov v porovnaní so 7% v mladšej vekovej skupine (21). U človeka konzumujúceho nadmerné množstvo alkoholu viazne zásobné organizmu živinami v dôsledku poškodenia tráviaceho systému od ústnej dutiny až po konečník. Pri nadmernom pití alkoholu dochádza k zníženej chuti do jedenia. Príjem alkoholu zvyšuje žalúdočnú a pankreatickú sekréciu a narušuje slizničnú bariéru, čo môže zvyšovať riziko erozívnej gastritídy a pankreatitídy. Chronická atrofičná gastritída a Helicobacter pylori (HP) pozitívna gastritída znižuje produkciu ADH (22). Alkoholická gastritída je časťou príčinou akútneho gastrointestinálneho krvácania. Alkohol taktiež poškodzuje tenké črevo, vedie k diarhoe, stratám hmotnosti a značnému deficitu vitamínov (23).

► Účinnok alkoholu na kardiovaskulárny systém

Alkohol poškodzuje kardiovaskulárny systém mnohými spôsobmi. Vplyv veľkého množstva prijímaných tekutín a narušenie činnosti ciev spôsobuje zmeny aj na srdci. V dôsledku zvýšenej námahy dochádza tak ku kardiomyopatii s mykardiálnou hypertrofiou a fibrózou (24). Priame poškodenie myokardu spôsobené abúzom alkoholu spôsobuje vitamínová deplécia a toxické príznaky v alkoholických nápojoch. Zo začiatku sa ohlasuje len ťažkosťami neurologického charakteru, celkovou slabosťou, nevoľnosťou, bušením srdca, pichaním v oblasti srdcového hrotu, pocitmi námahavej dušnosti (25). Tieto symptómy sú prítomné u starých ľudí veľmi často a nšpecifické (13). Pokiaľ ide o krvný tlak, pri jednorázovom požití stúpa, no neskôr klesá. Hypertenzia spôsobená konzumáciou alkoholu je dôsledkom poruchy nervovej regulácie cievného tonusu, podmierneným toxickým účinkom etylalkoholu na rôzne časti nervovej sústavy. Určitú úlohu tu hrá porušenie nadobličiek a následné zvýšenie hladiny adrenalinu. Štúdia na normotenzných starých ľuďoch vo veku 70-96 rokov, pri ktorej sa podávalo 0,5mg etanolu na kg telesnej hmotnosti, však dokázala, že jedna dávka alkoholu má len minimálny hemodynamický efekt na normotenzných starých ľudí. Mierny nárast srdcovej frekvencie po konzumácii alkoholu môže byť reflexnou odpoveďou, ktorá napomáha udržiavať tlak krvi pri redukcovanom cirkulujúcom objeme krvi, ktorí vovola alkoholom indukovaná diuréza (26). Ľudia s nízkym tlakom pocítujú vazopresorické účinky alkoholu prízračivo. A patrí na teda k tým, ktorí by sa mali alkoholu vyhýbať, lebo mu môžu ľahšie prepadnúť. Pri odhnutí alkoholu môžu u pacientov vzniknúť závažné arytmie, ktoré môžu odražáť metabolické abnormality pri hypokalémií alebo zmenách v metabolizme magnézia. Krče a synkopy, rovnako ako náhla smrť v priebehu odhnutia alkoholu, môžu byť spôsobené práve týmito arytmiami (27). Kon-

zumnacie alkoholu zvyšuje výskyt hemoragických NCMF (28).

► Účinky alkoholu na hematopoetický a imunitný systém

Mierna anémia vyplýva z konzumácie alkoholu a následného nedostatku kyseliny listovej. Anémia z nedostatku železa môže byť prejavom gastrinestatinného krvácania. Taktiež je popisovaná sideroblastická anémia, hemolytické syndrómy, z ktorých niektoré sú spojené s hyperlipidémiou a ťažkým poškodením pečene. Alkohol priamo inhibuje proliferáciu všetkých bunkových elementov kostnej drene (25). U alkoholikov boli popisované abnormality trombocytov a lymfocytov. Tieto účinky môžu byť príčinou niektorých stavov poruchy hemostázy a zvýšenej frekvencie infekcií (31). Zmeny imunity zahŕňajú alteráciu chemotaxie granulocytov, odpovedi lymfocytov na mitogény, v počtoch T-buniek, aktivite prirodzených zabíjajúcich buniek (killer cells) a hladinách faktoru TNF (tumor necrosis factor) (20).

► Účinky alkoholu na denziu kostí

Po menopauze v dôsledku poklesu estrogénov, dochádza k zníženiu denzity kostí a narastá rizika osteoporózy. Výskum na 445 ženách vo veku 65–77 rokov, ktoré konzumujú alkohol zistili, že príjem 2–4 drinkov za týždeň je asociovaný so zvýšenou denzitou kostí v oblasti stavcov a ramenej kosti (30). V mnohých štúdiách však bolo zistené, že konzumácia alkoholu u starých ľudí zvyšuje incidencia fraktúr krčnej femuru. Tento nárast sa dáva do súvisu s výskytom zníženej denzity kostí, na ktorom sa abúzus podieľa. Predpokladá sa, že pôsobí priamo toxicky na osteoblasty, ako aj negatívne na funkcie pečene a tým alteruje metabolizmus vitamínu D a kalcia (31).

► Účinky na sexualitu a neuromuskulárnu kontrolu nad funkciou močenia

V malých množstvách alkohol pôsobí anxiolyticky a môže zlepšovať výkonosť,

ale vo veľkých množstvách dochádza k retardácii orgazmu, zlyhaniu erekcie, ktorá sa prirodzene zhoršuje so stúpajúcim vekom (32). Na druhej strane alkohol ako benzodiazepíny majú schopnosť vyvolať sexuálnu dezinhibíciu u zdravotníckych ľudí ale najmä u ľudí s demenciou (33). Alkohol taktiež inhibuje sekrečiou antidiuretického hormónu a pôsobí na neuromuskulárnu kontrolu močového mechúra, čím sa stáva rizikovým faktorom pri vzniku inkontinencie (13).

► Účinnok alkoholu na nervovú sústavu

Najčastejšou neurologickou abnormálnou u chronického alkoholizmu je generalizované symetrické poškodenie periférnych nervov, začínajúce periférnymi distálnymi paresézami rúk a nôh. **Wernickeho-Korsakov syndróm** je v starobe relatívne neobvyklý, charakterizuje ho paraliza vonkajších svalov oka, ataxia a zmeny psychiky so stratou pamäti a poškodením mentálnych funkcií. Syndróm je spojený s nedostatkom tiaminu, vyskytuje sa u mužov mladších ako 50 rokov (34). Často je konzumácia alkoholu vyvolávajúci momentom pre naštartovanie epileptického záchvatu, ktorý sa behom života nikdy neobjaví (častejšie je výskyt záchvatov Grand mal ako Petit mal) (27). Acetaldehyd, ktorý vzniká pri metabolizme alkoholu vytesňuje väpník z membrán a interferuje s metabolizmom biogénnych aminov, pričom vznikajú tetraizochinoliny, ktoré pôsobia ako falošné neurotransmitery. Podanie alkoholu vedie normálne k aktivácii enkefalinovej opiatovej sústavy (18). Takto je najviac postihnuté nervové tkanivo, ktoré je na alkohol najcitlivejšie. Pôsobí na centrálnu nervovú sústavu v určitom poradí mozgová kôra – podkôrové centrá – mozogček – predĺžená miecha. Zo začiatku má alkohol tlmivý účinok na mozgovú kôru. Výsledkom tohto účinku je porucha koordinácie správania. Alkohol odstraňuje zábrany, sebakritiku, rešpekt, znižuje rozumové schopnosti akútne a neskôr aj chronicky. Viac je narušená presnosť, než rýchlosť. Alkohol je diuretikum a to svojim

postobením cez zadný lalok hypofýzy, kde inhibuje ADH. Zahusenie krvi má však za následok, že sú uvedené do chodu kompenzačné mechanizmy s výsledným pocitom smädu. Alkohol ako sedatívnohypnotická látka má obmedzenú tkanivovú toleranciu, takže po zvyšujúcich sa dávkach sa objavuje len relatívne malé zvýšenie dávky letálnej (34). Pomocou výpočtovej tomografie sa podarilo dokázať, že 46% mužov vo veku 20–29 rokov (abúzerov alkoholu) má výrazné nálezy poškodenia mozgových buniek. S vekom a dĺžkou abúzu sa poškodenie zväčšuje, pričom postihuje najviac frontálnu časť mozgovej kôry, ktorá je akcelerovaný chronickým pitím alkoholu. Bol potvrdený súvis medzi konzumáciou alkoholu a poklesom kognitívnych funkcií v závislosti od pohľavu a prítomnosti alely pre apolipoprotein E-ε4 (APOE-ε4). Osoby s alelou APOE-ε4, ktoré konzumovali 6 a viac drinkov za týždeň mali signifikantne vyššie riziko demencie (36). Zmeny v distribúcii tekutín vplyvom fyziologického starnutia postihujú aj cerebellum, ktoré koordinuje pohyby. Abúzus alkoholu akceleruje vekom podmiernenú posturálnu instabilitu, čím vedie k zvýšenej incidencii pádov (37).

Medzi alkoholické psychózy patrí **delirium tremens, alkoholická halucinóza a alkoholická psychóza**. Delirium tremens býva najčastejšie, vzniká u niekoľkorokových abúzerov alkoholu. Rizikovým faktorom pre jej vznik je horúčkovitá ochorenie (chripka, zápal pľúc), zranenie, odňatie alkoholu, stav po epileptickom záchvate, často vzniká v noci. Zo somatických príznakov je častý tras tela, potenie, zrýchlený tep. Priznáčňa je dezorientácia (časom a miestom, nie vlastnou osobou), zrakové a telesné halucinácie. Strach strieda eufóriu, častá je

zvýšená sugestibilita. Trvá 2–5 dní, zakońenie býva kritické v podobe dlhého spánku alebo sa prejavý zmiernia. Častá je amnezia. Alkoholik počas delíria neprijíma tekutiny a potravu, a napriek liečbe mu hrozí metabolický rozvrat a smrť. Úmrtosť sa pohybuje od od 5–15%, u vekovej skupiny nad 65 rokov stúpa až na 35% najčastejšie na respiračné zlyhanie a arytmie (38). Strata krátkodobej pamäti je priznáčňa pre Korsakovovu psychózu. V štvrtine prípadov nasleduje po delíriu. Pacient je dezorientovaný miestom, časom i situáciou, konfabuluje. Korsakovova psychóza sa niekedy upravnúje, väčšinou postupuje a vyúsťuje **alkoholickou demenciou**. Tá tvorí 10% zo všetkých demencií v geriatrickom veku (5). Pri alkoholikej halucinóze má pacient sluchové a zrakové halucinácie, vyskytujú sa často v noci. Niekedy sa u neho objavia perzekučné bludy a nebezpečie násilných činov. U pacienta prevláda úzkostlivá nálada. Vedomie nebýva porušené. Počiatočne štádiom ochorenia je charakterizované úzkosťami, bolesťami hlavy a nespavosťou. Stav trvá týždeň i mesiace.

Na vznik Diogenosovho syndrómu (špecifický syndróm geriatrického veku) sa okrem preomrthodnej osobnosti a iných faktorov často podieľa aj abúzus alkoholu. Je charakteristický extrémnym sebazanedbávaním, izoláciou a excesívnym hromadením odpadkov (syllogomania) (39).

► Účinky alkoholu na spánok

Hoci mnoho ľudí verí, že alkohol predspaním zlepši ich spánok, v skutočnosti interferuje s normálnym spánkovým cyklom a spôsobuje insomniu, najmä v strednej časti nočného spánku. Insomnia je častá v období po prerušení pitia alkoholu (40).

► Účinky alkoholu na incidenciu suicídii

Lester vo svojej štúdií zistil, že sebevražednosť koreluje so spotrebou alkoholu v určitej krajine lepšie ako úmrtosť na hepatálnu cirkhózu. Zistil taktiež, že prevalencia suicídii abúzerov alkoholu vo vyššej

vekovej skupine 5-40% je nižšia ako u nižších vekových kategórií (41). V Honoluulu analyzovali 96 suicídii ľudí vo veku nad 65 rokov, pričom zistili, že abúdom alkoholu trpelo 54% (42).

Účinky alkoholu na zrak

Alkoholická slepota býva zisťovaná u alkoholikov, ktorí majú veľkú spotrebu nikotínu a málo jedla. Hlavným príznakom je úbytok zrakovej ostroti a neschopnosť rozoznať červenú a zelenú farbu. Zmeny sú obvykle bilaterálne, symetrické a môžu nasledovať degeneráciu optického nervu. Pri pití metylalkoholu je porušenie zraku častejšie a končí slepotou (13).

Positive účinky alkoholu

V Starom a Novom zákone je alkohol ako liek spomenutý 191-krát. Už na začiatku 20. storočia sa dávala do súvisu mierna konzumácia alkoholu s poklesom rizika infarktu myokardu (43). Čo je však mierne konzumácia alkoholu? DOH (The Department of Health's guidelines) údava hornú hranicu 2 drinky za deň u mužov a 1-2 drinky u postmenopauzálnych žien (44). Prospektívna štúdia na 16 304 mužoch a ženách (50 rokov a viac) potvrdila, že mierne pitie alkoholu (1-6 alkoholických nápojov za týždeň) alkoholu je asociované s nižším výskytom mortality ako u alkoholikov a abstinentov (45). Taktiež 10-ročná štúdia s 88 000 mužmi a ženami dokázala, že mierne pitie alkoholických nápojov vedie k zníženiu mortality o 27% v porovnaní s abstinenciami a alkoholikmi (46). Zistený bol aj dramatický pokles výskytu náhlejšej cievnej mozgovej príhody ako u mužov tak u žien (47, 48). Harvardská štúdia na 44 000 mužoch dokázala, že mierne pitie alkoholických nápojov redukuje o 37% výskyt koronárných ochorení. Redukuje spazmy a zvyšuje prietok koronárných artérií ako odpoveď na stres (49). Akým mechanizmom redukuje konzumácia alkoholu výskyt srčovo-cievnych ochorení? Najnovšie výsledky bádania ukazujú na priamy vplyv vína pri znížení

rizika srdcových ochorení, zlepšenie krvotvorby, zníženie tvorby žltcových kamienov a odubúravaní LDL cholesterolu (lipoproteínu s nízkou hustotou) a naopak, mierna konzumácia vína spôsobuje zvýšenie HDL cholesterolu (lipoproteín s vysokou hustotou). Práve antioxidanty obsiahnuté vo víne sú dôležitými látkami, ktoré ochraňujú náš organizmus pred spomínanými civilizačnými chorobami. Základnými antioxidantmi vína sú fenolické zložky, z ktorých najviac sú zastúpené flavonoidy a cinnamíny. Fenoly vína sú silnými antioxidantmi, ktoré znižujú tvorbu hexanolu viac ako vitamín E a rozširujú množstvo doteraz známych účinných antioxidantov v boji proti nádorovým a srčovo-cievnym chorobám. Z fenolických zložiek vína sú najsilnejšími antioxidantmi flavonoidy, kvercetín, epikatechin a resveratrol. Účinky resveratrolu sa prejavuje tým, že znižuje obsah lipidov, pôsobí proti ukladaniu trombocytov mechanizmom supresie exprese TNF a cytokínov v bunkách ciev (50).

Taktiež pôsobí ako fytoestrogén, zvyšuje expresiu estrogén-regulujúcich génov. Resveratrol sa viac vyskytuje v červenom ako v bielom víne (51). V prípade kvercetínu sa dokázalo, že potláča chemický vyvolaný rakovinový hrbobý čreva tým, že redukuje etylkarbamáty, ktoré rozrušujú DNA – genetický kód organizmu. Účinky antioxidantov sú hlavne v tom, že dokážu neutralizovať voľné radikály – nestabilné molekuly poškodzujúce tkanivové bunky. Keď voľné radikály oxidujú DNA v bunecnom jadre, vyvolávajú sa bunkové mutácie, ktoré môžu byť začiatkom rakoviny. Oxidácia cholesterolových častíc krvi môže spôsobiť ukládanie tukových látok na stenách tepien, čo môže viesť k srdcécnému infarktu. Voľné radikály sa pravdepodobne zúčastňujú aj pri chorobných kľbových zmenách a predčasnom stárnutí. Ďalšia zo štúdií zistila, že mierne pitie alkoholu znižuje výskyt Alzheimerovej demencie o 75% a vaskulárnej demencie o 80% (52). Taktiež vedie k lepším kognitívnym funkciám v porovnaní s abstinenciami. Pre ženy

platí zaujímavé zistenie, že riziko demencie je nižšie u tých, ktoré konzumujú ≥ 6 drinkov za týždeň, v kontraste s mužmi u ktorých platí zavislosť "v tvare U" medzi množstvom skonzumovaného alkoholu a výskytom demencie (45).

Literatúra

- ADAMS, W.L., BARRY, K.L., FLEMING, M.F.: Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA*, vol.276, 1996, no.24, p.1964-1967.
- CONIGLIO, J., KRAEMER, K., McNEIL, M.: Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, vol. 13, 2000, no.3, p.106-114.
- The NAHSDA Report. 2004, available at: <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k4NSDUH/2k4results/2k4results.htm#ch3>
- ADAMS, W.L., et al.: Alcohol-related hospitalizations of elderly people. *JAMA*, vol.270, 1993, n.12, p.1222-1225.
- LANDEFELD, C.S., PALMER, R.: Current Geriatric Diagnosis and Treatment, 1th edition. Columbus: McGraw-Hill Medical, 2004, p. 600. ISBN 0071399240.
- Drogový informačný portál. <http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=alkohol>
- BARRICK, C., CONNORS, G.J.: Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol use disorders. *Drug Aging*, vol.19, 2002, no.5, p.583-594.
- FINLAYSON, R., et al.: Alcoholism in elderly persons: a study of the psychiatric and psychosocial features 216 inpatients. *Mayo Clin Proc*, vol.63, 1988, p.761-768.
- COTTON, N.S.: The familial incidence of alcoholism: a review. *J Stud Alcohol*, vol.40, 1979, n.1, p.89-116.
- THIBAUT, KIM, Malý, R.C.: Recognition and treatment of substance abuse in the elderly. *Primary Care*, 1993, vol.29, no.1, p.156-165.
- NEŠPOR, K., CŠÉMY, L., DRÁGOMÉ-RICKÁ, E.: Alkohol u seniorov. Alkoholizmus a drogové závislosti. Čas. Lék.čes., roč.144, 2005, č.5, s.325-326.
- BUCHOLZ, K.K., et al.: Reliability of individual diagnostic criterion items for psychosocial substance dependence and the impact on diagnosis. *Journal of studies on alcohol*, vol.56, 1995, no.4, p.500-505.
- BEERS, M.H., BERKOW, B.: The Merck Manual of Geriatrics, 3rd edition. Sussex: Wiley, 2000, p. 1507. ISBN 0911910883.
- The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol alert.No.40 Bethesda MD.:NIAAA, 1998, available at: <http://www.niaa.nih.gov/publications/aa40.html>
- HOLBERT, R.K., TUEITH, M.J.: Alcohol abuse and dependence: A clinical update on alcoholism in the elder population. *Alcohol*, vol.59, 2004, no.9, p.38-40.
- LIEBER, C.S.: Perspectives: do alcohol calories count. *Am J Clin Nutr*, vol. 54, 1991, no.8, p.976-982.
- PELCO, I., VERRANCK, P., LEBON, O.: Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients. A 90-day placebo controlled dose-finding study. *British Journal of Psychiatry*, vol.171, 1991, p.73-77.
- KATZUNG, B.G., RATZUNG, B.G., et al.: Basic & Clinical Pharmacology, 5th edition. San Francisco: Lange Medical Publication, 1992, p.1072. ISBN 8085787350.
- ADAMS, W.: Potential for adverse drug-alcohol interactions among retirement community residents. *J Am Geriatr Soc*, vol. 43, 1995, no.11, p.1021-1025.
- GARRO, A.J., LIEBER, C.S.: Alcohol and cancer. *Ann Rev Pharmacol Toxicol*, vol.30, 1990, n.2, p. 219-249.

Adresa autora

MUDr. H. T.
(Katedra geriatrickej a gerontologickej SZU)
SENIOR – geriatrické centrum n. o.
Vajanského 1, 900 01 Modra

Alcohol abuse in old age I.

T. Hamisková

Summary

The problems connected with alcohol consumption are the most frequent problems in old people, despite the fact that the prevalence decreases with age. Old people are more vulnerable to the effects of alcohol because the normal ageing of the organism causes physiological changes that have a negative impact upon its metabolism. The great amount of drugs used by seniors usually interacts with alcohol and is of serious clinical significance. Alcohol abuse in old age is often hidden and some symptoms have atypical manifestations. The doctors often fail to identify this problem and that's why it is often underestimated and undiagnosed. Simple screening is an effective method. Old people more significantly benefit from the treatment in contrast with younger age category, while basic principles of treatment are the same.

Key words: old people - alcohol - alcohol abuse

L. M. McCracken: Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. Vydal IASP Press, Seattle 2005, 148 strán, 2 obrázky, ISBN 0-931092-58-2.

Ako 33. zväzok edičného radu „Pokroky vo výskume a liečení bolesti“ vychádza v americkom nakladateľstve IASP Press v Seattli monografia Dr. Lance M. McCrackena z anglickej univerzity v Bateau, ktorá venuje v desiatich kapitolách pozornosť otázkam kognitívnej a behaviorálnej terapie chronickej bolesti.

Autori, ktorí je klinickým psychológom, sa podarilo vytvoriť dielo, ktoré vedľa osobných skúseností prináša aj aktuálne informácie a nové poznatky o chronickej bolesti z aspektu terapeutického prístupu s využitím kognitívnych a behaviorálnych metód.

V jednotlivých kapitolách autor diskutuje problematiku psychológie pri chronickej bolesti, problematiku prístupu k bolesti a dizabilitie, otázky akceptácie chronickej bolesti a v záverečnej kapitole hovorí o ďalšom vývoji a rozvoji poznania v budúcnosti o danej problematike.

Predhovor a záver spolu s prehľadom literatúry a vecným registrom ukončujú túto pozoruhodnú, dobre napísanú a informujúcu publikáciu, ktorá poukazuje na niektoré moderné možnosti terapeutických intervencií u chorých s chronickou bolesťou.

Chronická bolesť, ako výraz mnohých ochorení, predstavuje fenomén s ktorým sa často stretávame v oblasti jednotlivých klinických odborov. Význam psychologického prístupu s využitím kognitívnych a behaviorálnych metódik predstavujú určitú cestu, ktorá významným spôsobom môže pomôcť v boji proti chronickej bolesti.

Doc. MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.

The Health for All. Policy Framework for the WHO European Region. Vydala World Health Organization, Copenhagen 2005, 90 strán, tabuľky. Cena FISW. 17,50. ISBN 92-890-1383-4.

Drobná publikácia, vychádzajúca na záver roka, vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou má celkom osem kapitol, predhovor, záver, prehľad literatúry a jeden dodatok.

V jednotlivých kapitolách sa venuje pozornosť histórii „Zdravie pre všetkých“, charakteristickým ryšom tohto zámeru, realizácii zásad v jednotlivých krajinách európskeho regiónu, etickým princípom a praktickej realizácii. Široký prehľad literatúry doplnia túto malú, obsahovo a zaujímavým významnú publikáciu, ktorej úvodné slová napísal Marc Danzon, riaditeľ regionálnej kancelárie WHO v Kodani.

Aj v rámci Slovenskej republiky prebiehal program „Zdravie pre všetkých“. Publikácia Svetovej zdravotníckej organizácie je veľmi dobrým zdrojom pre všetky relevantné informácie, ktoré sa týkajú tohto základného problému starostlivosti o zdravie.

Doc. MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.

Nonaneurymatická ruptúra aorty descendens pri penetrujúcom aterosklerotickom vrede

P. Ambrošová, P. Weber

(Klinika interní, geriatricie a praktického lekárství FN a LF MU Brno, ČR)

Súhrn

Autori v kazuistike referujú o prípade 87 ročnej ženy s nonaneurymatickou ruptúrou aorty descendens, na podklade penetrujúceho aterosklerotického vredu. V klinickom obraze dominovali bolesti epigastria, šíriace sa bilaterálne do oblasti rebier, ktoré evokovali podozrenie na akútne pankreatitídu alebo koronárnu príhodu. Obe tieto nozologické jednotky však boli opakovanými laboratornými vyšetreniami vylúčené. Tento prípad považujú autori za pomerne neobvyklý tým, že prvotnými klinickými príznakmi počnajúceho defektu descendenti aorty boli práve neurčité tlaky v epigastriu a na hrudníku, ktoré vyvrcholili náhlym úmrtím choreho. Autori upozorňujú v článku na fakt, že práve penetrujúci aterosklerotický vred (PAV) sa môže vyskytovať hlavne u chorých vyšších decénií (nad 80 r.) s pokročilou aterosklerozou. V práci je autormi diskutovaná diagnostika a možnosti liečby PAV

Kľúčové slová: nonaneurymatická ruptúra aorty descendens - penetrujúci aterosklerotický vred, - etiológia, genéza - klinický obraz - diagnostika a terapie

Úvod

Ruptúra aorty je závažné, bezprostredne život ohrozujúce ochorenie (1,2,3), ktoré môže byť spôsobené traumaticky alebo ne-traumaticky - pri aortálnej aneurizme, jej disekcii, ale aj bez prítomnosti aneurizmy, najčastejšie pri ťažkom poškodení cievnnej steny sklerotickými plátni či zápalom (4,5).

Penetrujúci aterosklerotický vred /PAV/ je ulcerácia na aterosklerotickej lézii aorty, ktorá penetruje lamínu elastiku internu, prípadne aj ďalšie vrstvy cievnnej steny. Môže tak vyúsťiť do disekcie aorty, do rozvoja aneurizmu, alebo zriedkavo k prostej ruptúre aorty, o čom hovorí i naša kazuistika.

Vlastné pozorovanie

87 ročná pacientka bola prijatá do nemocnice dňa 30. 5. 2006 pre bolesti vysoko v epigastriu, šíriace sa bilaterálne pasívne popod prsia a bolesti v oblasti sternu, kde bola i výrazná lokálna palpáčná citlivosť.

Bolesti podľa anamnézy trvali asi mesiac. Pacientka bola už dňa 18. 5. 2006 vyšetrená na sektorovej internej ambulancii, kde mala vyšetrené EKG, koronárne en-

zymy/bez patológie/ a RTG hrudníka/bez výraznej patológie/. Bolesti boli uzavreté ako pravdepodobne vertebrógennej etiológie a bolo doporučené neurologické vyšetrenie.

Podľa parere praktického lekára bola pacientka vyšetrená i na nasledujúci deň, bolesti už neboli prítomné.

V deň prijatia pacientka volala pre bolesti RZP. Najskôr bola vyšetrená na chirurgickej ambulancii, kde bola vylúčená náhla príhoda brušná. Následne bola odslaná k došetreniu na sektorové interné oddelenie.

Pri prijatí v klinickom obraze dominovali bolesti epigastria, distálnych rebier a subchondrálnej oblasti bilaterálne. Pacientka bola pri vedomí, orientovaná, spolupracovala, bola mobilná, bez pokľovej dýchnosti a cyanózy. Auskultačne boli počuteľné ojedinele jemné chrôpkvy bilat. bazálne, tlak krvi bol 140/70 a pulzová frekvencia 78/min.

V laboratórnych výsledkoch neboli známky postihnúta pankreasu, heparu a žlčových ciest, ani elevácia kardiálnych enzýmov. V krvných odtokoch bola prítomná elevácia CRP-184, mierna leukocytóza-

11.1 a známky koagulopatie- INR 4.37, PT-43.4 s, APTT 90.6 s. Pacientka pritom neuvádzala antikoagulačné pôsobiace farmaká.

V ďalší deň hospitalizácie sme opakovali vyšetrenia hepatálnych a kardialných enzýmov, amyláz, ktoré boli opäť negatívne, rovnako i počas ďalších dní. Nález v moči bol negatívny, moc sterilný.

Na EKG opakovane sinusový rytmus, s frekvenciou 70-75/min., krivka fyziologická.

Bolo prevedené rtg hrudníka, PA projekcia, na snímke bola zvyraznená intersticiálna kresba, dilatácia srdcového tieňa a mierne rozšírenie stredného mediastína (Obr. 1). Preto sme objednali CT pľúc a mediastína na 6. 6. 2006.

Obr. č. 1 Zvyraznená intersticiálna cievna kresba, dilatácia srdcového tieňa a mierne rozšírenie stredného mediastína



Keďže bolesť v oblasti sternu a distálnych rebriet sa zvyrazňovala palpácie, urobili sme i cieleň rtg snímky rebriet, neukázali však traumatické postihnutie. Na rtg Th chrbtice boli degeneratívne zmeny.

Vykonalo sa akútne sonografické vyšetrenie brucha, ktoré však neodhalilo prítomnosť splenomegálie/dĺžka sleziny 14 cm/, mierne splenomegálie/dĺžka sleziny 14 cm/, homogennej echogenity. Prechladnutá boľava i oblasť nad branicami, kde nebola prítomnosť voľnej tekutiny.

Po predchádzajúcej hematologickej príprave u pacientky s hypokoaguláciou sme indikovali endoskopickú gastrofibroskopiu, s nálezom niekoľkých aft a ulcerácií v antrre žalúdka a zúženie ezofágu cca. 13 cm pod proximálnym zvieracom, útlakom zvonka. Pacientka bola zaličovaná inhibítorami protónovej pumpy a prokinetikami.

Vzhľadom k získaným indiciám dilatácia mediastína, útlak ezofágu zvonka a elevácia zápalových markrov až na septické hodnoty, bolo vyslovene podozrenie na mediastinitídu. Antibiotickú terapiu, ktorá bola nasadená od začiatku hospitalizácie, /ampicilin i.v./, sme doplnili o ciprofloxacin i.v.

Pacientka počas hospitalizácie bola tlakovo a kardiopulmonálne kompenzovaná, afebrilná, bolesti v epigastriu sa intermitentne vracali, čiastočne sa zmierňili po analgetikách.

Dňa 5. 6. 2006 v 5.45 hod. bol k pacientke volaný službukonajúci lekár pre bolesť na hrudníku, nasledovala slabosť, nauzea, dezorientácia, pokles krvného tlaku. Pacientka bola resuscitovaná, v 6. 20 konštatovaný exitus letalis. Doporučená bola patologicko-anatomická pitva.

Autopsia preukázala v stene aorty rozsiahle aterosomové, ložiskovito kalcifikované pláty /AS III. stupňa/, a v descendentej aorte, asi 80mm od hornej hrany oblúku kalcifikovaný plát s výrazne stenčnou stenou a centrálnou ruptúrou veľkosťou 15x10 mm. Okolité väzivovo-tukové tkanivo mediastína bolo masívne prekrvácené, s čiastočne organizovanou krvou, prekrvácenie sa šírilo do steny distálnej treťiny ezofágu do oblasti priliehajúcej k descendentej aorte. Bezprostrednou príčinou smrti bolo zlyhanie srdca pri hemoragickom šoku v hrudnej dutine sa nachádzala čiastočne koagulovaná krv, 650ml vpravo a 600ml vľavo.

Diskusia

Ruptúra aorty na nonaneurymatickom podklade sa vyskytuje podstatne zriedkavejšie ako ruptúra pri aneuryzme (6,7).

Jej najčastejšou príčinou je trauma, poškodenie steny pri ateroskleróze alebo zápal (8).

Penetrujúci aterosklerotický vred /PAV/ prvýkrát definovaný v literatúre v r. 1986 Stansonom a kol., je ulcerácia na aterosklerotickej lézii aorty, ktorá penetruje lumen elastiku internu a umožňuje, aby sa vo vnútri aortálnej steny sfORMOVAL hematóm. Hoci sa takáto ulcerácia vyskytuje takmer výlučne na descendentej aorte, môže sa vyskytovať i na oblúku alebo zriedkavo i na ascendentej aorte. Hemaatóm, ktorý je výsledkom PAV, zvyčajne ostáva lokalizovaný, alebo sa rozšíri len na niekoľko cm šírky, ale falošný lumen sa nevyvinie.

PAV penetruje cez médiu v 25% prípadov a spôsobuje aortálnu pseudoaneurysmu, alebo v 8% cez adventiciu a spôsobuje aortálnu ruptúru, ako tomu bolo aj v nami popísanom prípade. Zriedkavo môže PAV progredovať do klasickej rozsiahlej aortálnej disekcie (8). V priebehu času PAV vedie často k formovaniu vakovitej alebo vretenovitej aortálnej aneurizmy.

Pacienti, u ktorých sa PAV vyvinul, sú väčšinou vo vysokom veku, hypertoniici a s inými kardiovaskulárnymi ochoreniami. Coady (9) upozorňuje na PAV, ktorý považuje vedľa intramurálneho hematomu, kde sú zásadne odlišné patologické stavy od klasickej disekcie aneuryzmatu. Tieto dva stavy sa nachádzajú podstatne častejšie u jedincov 7., 8. a najviac 9. dekádia ako disekujúci AA typ A /56,5 r. vs. 74,0 r.). Coady tiež upozorňuje, že PAV je ochorenie predovšetkým descendentej hrudnej aorty. Coady (10) z pozorovania u 198 chorých konštatuje, že prognóza PAV je vždy omnoho zvažnejšia ako u klasického ciselujúceho AA typu A i B Stanfordskej klasifikácie. Podobne i Hussain (11) upozorňuje na význam správnej diferenciálnej diagnostiky PAV oproti aortálnej disekcii pre ich podstatne horšiu prognózu a odporúča pokiaľ možno čo najrychlejšiu chirurgickú intervenciu. Ťažko aterosklerotický zmenená stena aorty a hypertenzia u

starších ľudí je jednoznačným rizikovým faktorom. Ako vidno i na našom prípade, na toto ochorenie je treba myslieť pri bolestiach na hrudníku či bolestiach chrbta u všetkých, najmä starších pacientov, u ktorých je vylúčená kardialna, pľúcna či gastrointestinálna príčina. Častejšie bývajú postihnutí muži.

Diagnostika PAV je náročná, pretože symptomatológiu máva veľmi strhú, alebo nešpecifickú, väčšinou sa prejaví ako náhla smrť a až post mortem je odhalená príčina úmrtia.

Iničiálne príznaky zahrňujú bolesti na hrudi a bolesti chrbta, a väčšinou sú spočiatku vyhodnotené ako hypertenzné ťažkosti. Pacient môže byť hemodynamicky stabilný.

Keďže PAV je lokalizovaný, nevyvíjajú sa známky cievnej insuficencie alebo aortálnej regurgitácie.

RTG hrudníka často zobrazí dilatovanú descendennú aortu, rozšírenie mediastína, prípadne akcentáciu hilovej kresby. Aortografia je diagnosticky štandard na odhalenie PAV. Zobrazí léziu, ktorá sa javí ako kontrastné vyklenutie v descendentej aorte, pri chýbaní intimálneho „zátkopy“, alebo falošného lúmenu. Na CT alebo NMR sa lézia zobrazuje ako ložisková ulcerácia, so zhrubnutím aortálnej steny. Väčšina autorov (12,13,14) sa zhoduje na zásadnom význame CT vyšetrenia hrudnej aorty, ako i diagnostiky PAV, považujú jeho postavenie za celkom dominantné v správnej diferenciálnej diagnostike aktuálnych stavov aorty. Castaner (12) jeho senzitivitu a špecifickosť popisuje u týchto stavov ako blízku 100%.

Taktiež transezofageálna echokardiografia (15) môže identifikovať prítomnosť PAV v prostredí viditeľného intramurálneho hematomu.

Terapia tohto bezprostredne život ohrozujúceho stavu je veľmi náročná. Predovšetkým sa snažíme o zníženie krvného tlaku /systolický tlak do 100mmHg/ a zabezpečenie intenzívnej starostlivosti. Pacienti, ktorí sú hemodynamicky ne-

stabilní, alebo u ktorých je dôkaz pseudo-aneurysmatickej deformácie alebo ruptúry, by sa mali okamžite podrobiť intervenčnému zákroku. Metódou voľby je resekcia postihnuteho úseku aorty a jeho náhrada protézou, alebo zavedenie stent-graftu. Avšak 80-90% pacientov s ruptúrou aorty umiera ešte pred prevozom do nemocnice. Doss (16) upozorňuje na súbor 26 chorých liečených chirurgicky, že chirurgické riešenie akútnej ruptúry hrudnej aorty vždy zostáva do určitej miery kontroverziým. Je veľmi rizikové u poly-morbálnych osôb vysokého veku so závažnými preexistujúcimi komorbiditami. Efektívnu alternatívu v liečbe ruptúry hrudnej aorty tak ponúka zavedenie stent-graftu endovaskulárnou cestou (17,18). Dagenais (19) upozorňuje na základe vlastných zkuseností (vč. PAV) na súbore 24 chorých na priemere trvania pri klasickej operácii 2,3 ± 1,7 vs. 1,8 ± 0,7 hodiny pri endovaskulárnom stentu.

Predpokladáme, že v prípade nami referovanej pacientky došlo k postupnej penetrácii aterosklerotického vredu cez stenu descendentej aorty do steny ezofagu, čo sa klinicky prejavovalo ako recidivujúce bolesti v oblasti epigastria, šíriace sa pasovite do chrbta. Terminálne se potom PAV zväčšili a prišlo k závažnej krvnej strate, ktorú sprevažovalo akútne srdčné zlyhanie pri šoku. Na sekčom náleze sa toto postúpne nahliodávanie cievy steny prejavilo ako čiastočne organizované zakrvácanie vo väzivovo-tukovom tkanive mediastína a ako hematóm v stene ezofagu, asi 13 cm od proximálneho ezofageálneho sfinktera.

Záverom môžeme konštatovať zhodne s Katzom (20), že konzervatívny prístup (stent) by mal byť uprednostnený pri ruptúrach hrudnej aorty pri priemere do 4 cm, veku nad 75 rokov a pri vyššom riziku operatívnej mortality (preexistujúcej komorbidity). Konkrétny prístup pri jednotlivých jedincov musí byť vo voľbe liečebného postupu prísne individuálny a musí reflektovať uvedené skutočnosti.

Literatúra

1. PITHA J a kolektív. Akutní stavy na interním oddělení. Triton, Praha, 2003.
2. KLENER P. a kolektív. Vnitřní lékařství, druhé doplněné vydání. Galén, Praha, 2001, 949s.
3. ĐURIŠ I., HULÍN I., BERNADÍČ M. Principy interní medicíny. S&P, s.r.o., Bratislava, 2001, 2951s.
4. ČERNÝ J. a kolektív. Speciální chirurgie. Chirurgia hrudníka. Osveťa, Martin, 1996, 397s.
5. FIRT P., HEJNAL J., VANĚK I. Cevní chirurgie. Avicenum, Praha, 1991, 379s.
6. KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SÚCHARDA P. a kol. Geriatrie a gerontologie. Grada Publishing a.s., Praha, 2004, 961s.
7. TALLIS R., FILLIT H. (eds.). Brooklurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology 6th ed. Churchill Livingstone, London, 2003, 1478s.
8. BRAUNWALD E., ZIPES DP, LIBBY P (eds.). Heart Disease, 6th edition - a Textbook of Cardiovascular Medicine. W.B.Saunders Comp., Philadelphia, 2001, 2297 s.
9. COADY MA, RIZZO JA, HAMMOND GL, PIERCE JG, KOPF GS, Eleftheriades JA. Penetrating ulcer of the thoracic aorta: what is it? How do we recognize it? How do we manage it? J Vasc Surg. 27, 1998, No 6, 1006-1015.
10. COADY MA, RIZZO JA, ELEFTERIADIS JA. Pathologic variants of thoracic aortic dissections. Penetrating atherosclerotic ulcers and intramural hematomas. Cardiol Clin. 17, 1999, No 4, 637-657.
11. HUSSAIN S, GLOVER JL, BREE R, BENDICK PJ. Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta. J Vasc Surg. 9, 1989 No 5, 710-717.
12. CASTANER E, ANDREU M, GALLARDO X, MATIA JM, CABEZUELO MA, PAL-LARDO Y. CT in nontraumatic acute thoracic aortic disease: typical and atypical feature and complications. Radiographics. 23, 2003, Oct, Spec No S93-110.
13. LEDBETTER S, STUK JL, KAUFMAN JA. Helical (spiral) CT in the evaluation of emergent thoracic aortic syndromes. Traumatic aortic rupture, aortic aneurysm, aortic dissection, intramural hematoma, and penetrating atherosclerotic ulcer. Radiol Clin North Am. 37, 1999, No 3, 575-589.
14. BHALLA S, WEST OC. CT of nontraumatic thoracic aortic emergencies. Semin Ultrasound CT MR. 26, 2005, No 5, 281-304.
15. VIGNON P, GUERET P, VEDRINNE

JM, LAGRANGE P, CORNU E, ABRIEU O, GASTINNE H, BENSARD J, LANG RM. Role of transeophageal echocardiography in the diagnosis and management of traumatic aortic dissection. Circulation. 92, 1995, No 10, 2959-2968.

16. DOSS M, BALZER J, MARTENS S, WOOD JP, WIMMER-GREINECKER G, FIEGUTH HG, MORITZ A. Surgical versus endovascular treatment of acute thoracic aortic rupture: a single-center experience. Ann Thorac Surg. 76, 2003, No 5, 1465-1469.

17. KARMY-JONES R, HOFFER E, MEISSNER MH, NICHOLS S, MATTOS M. Endovascular stent grafts and aortic rupture: a case series. J Trauma. 55, 2003, No 5, 805-810.

18. LEBL DR, DICKER RA, SPAIN DA, BRUNDAGE SL. Dramatic shift in the primary management of traumatic thoracic aortic rupture. Arch Surg. 141, 2006, No 2, 177-180.

19. DAGENAIS F, NORMAND JP, TURCOTTE R, MATHIEU P. Changing trends in management of thoracic aortic disease: where do we stand with thoracic endovascular stent grafts? Can J Cardiol. 21, 2005, No 2, 173-178.

20. KATZ D, PAYNE D, PAUKER S. Early surgery versus conservative management of dissecting aneurysms of the descending thoracic aorta. Med Decis Making. 20, 2000, No 4, 377-393.

Adresa autora
MUDr. P. A. KIGOPL, FN Brno – Bohunice
Jihlavská 20,
625 00 Brno
Česká republika

Non-aneurysmal rupture of aorta descendens in penetrating atherosclerotic ulcer

P. Ambrošová, P. Weber

Summary

The authors' case report describes an 87 year old woman with non-aneurysmal rupture of aorta descendens based on penetrating atherosclerotic ulcer. The clinical picture was dominated by epigastric pain spreading bilaterally to the area of the ribs that evoked by repeated laboratory examinations. However, both nosological units were excluded by repeated laboratory examinations. The authors consider this case rather unusual, because primary clinical symptoms of the aorta descendens defect included vague pressure in the epigastrium and on the chest resulting in sudden death of the patient. The authors point to the fact that penetrating atherosclerotic ulcer may occur especially in older patients (over 80 years) with advanced atherosclerosis. The authors also discuss the diagnosis and modes of treatment of penetrating atherosclerotic ulcer.

Key words: non-aneurysmal rupture of aorta descendens - penetrating atherosclerotic ulcer - etiological diagnosis - clinical picture - diagnostics and therapy

Ultrafiltrácia – alternatíva liečby refraktérnej srdcovej slabosti

F. Németh, A. Slivková
(Geriatrická klinika, prednosta MUDr. F. Németh FNŠP Prešov,
riaditeľ MUDr. M. Buzgó)

Štúdiu

Srdcové zlyhanie je v rozvinutom svete jednou z hlavných príčin chorobnosti a úmrtnosti a predstava stále sa zvyšujúcu ekonomickú záťaž i pre zdravotné systémy vyspelých krajín. Podľa údajov z epidemiologických štúdií sa prevencia srdcového zlyhania pohybuje od 0,5 do 2% populácie a nadálej celosvetovo rastie, predovšetkým u starších ľudí, takže sa dá hovoriť o novodobej epidémii. Náhly na liečbu chronického srdcového zlyhania (CHSZ) sú z najväčšej časti podmiernené rýchlo narastajúcim počtom hospitalizácií. V Európe a USA náklady na liečbu CHSZ predstavujú 1-3% celkových nákladov na zdravotníctvo, 90% všetkých hospitalizácií pre CHSZ je spôsobených pretážením tekutinou.

Kľúčové slová: chronické srdcové zlyhanie – pretáženie tekutinou (fluid overload) – refraktérnosť – ultrafiltrácia

Refraktérne chronické srdcové zlyhanie obvykle predstavuje koncové štádium srdcového ochorenia, kedy sa zjavuje hypotenzia a oligúria, veduca k sústavne sa zhoršujúcim generalizovaným edémom. Refraktérne CHSZ je považované za konečný produkt "circulus vitiosus", v ktorom redukovaný srdcový výdaj a narúšená renálna exkrécia vody a minerálov majú na seba navzájom negatívny vplyv.

Na 55. vedeckej schôdzi Americkej kardiologickej spoločnosti (ACC) v Atlante boli v roku 2006 prezentované výsledky štúdie UNLOAD, ktorá ako prvá randomizovaná klinická štúdia podrobne popísala okamžitý a dlhodobý benefit ultrafiltrácie na pretážená tekutina s klinickými príznakmi pretážená tekutina. UNLOAD (Ultrafiltration versus IV Diuretics for Patients Hospitalized for Acute Decompensated Congestive Heart Failure) porovnávala dlhodobú bezpečnosť a účinnosť prídavnej ultrafiltrácie terapie so štandardnou farmakoterapiou (intravenózne diuretiká). Štúdia zahŕňovala 200 pacientov v 28 medicínskych centrách, ktorí boli náhodne rozdelení do skupiny s ultrafiltráciou a skupiny s terapiou intravenóznymi diuretikami. Pacienti boli hodnotení pred

vstupom do štúdie a v intervale 90 dní. Vstupné kritériá (pre obe pohľavia a vek aspoň 18 rokov):

- ▶ pacienti hospitalizovaní s primárnou diagnózou akútnej dekompenzácie CHSZ
- ▶ prítomnosť pretážená tekutinou zahŕňujúcou:
 - edémy dolných končatín – distenziu jugulárných vén – edém pľúc alebo pleurálnu efúziu – ascites – paroxysmálne nočné dyspnoe alebo ortopnoe

Vylučujúce kritériá:

- ▶ akútny koronárny syndróm
- ▶ systolický krvný tlak menší alebo rovný 90 mmHg
- ▶ hematokrit nad 45 %
- ▶ ak boli predtým podané vazopresory
- ▶ klinická instabilita vyžadujúca podanie vazopresorov počas hospitalizácie
- ▶ nedávne použitie jódovej kontrastnej látky
- ▶ ťažké konkomitantné ochorenie s predpokladanou prolongovanou hospitalizáciou
- ▶ sepsa
- ▶ pacienti zaradení do dlhodobého hemodialyzačného programu
- ▶ pacienti po transplantácii srdca
- ▶ pacienti s alergiou na heparín

Ultrafiltrácia sa využíva ako terapeutická metóda na odstránenie nadmerného množstva tekutiny viac ako 30 rokov. Táto forma terapie nie je bežne používaná kvôli

li potrebe invazívneho venózneho prístupu a zvýšenej finančnej náročnosti (potreba vysokopriepustných tzv. high-flux membrán). Spoločnosť CHF Solutions vyvinula tzv. Aquadex System (TM), ktorého výhodou je jednoduchosť a možnosť pripojenia na periférny katéter alebo centrálny venózný prístup. Ultrafiltrácia vykonaná systémom Aquadex FlexFlow umožňuje za 1 hodinu odstrániť cca 500 ml prebytočnej tekutiny a minerálov z krvného obehu bez klinicky významných negatívnych renálnych funkcií, srdcovú frekvenciu, krvný tlak alebo elektrolytovú rovnováhu.

Základným princípom ultrafiltrácie resp. hemofiltrácie je konvekcia, čiže prestup látok na základe tlakového gradientu (na rozdiel od hemodialýzy, ktorá využíva koncentračný gradient, pričom difúzia molekúl významne závisí od ich veľkosti). Konvekčný transport nepotrebuje koncentračný gradient a podstatne menej než difúzia závisí od veľkosti molekúl. V procese hemofiltrácie je možné odčerpať veľký objem vody a vysokobjemové častice. Odstránená tekutina označovaná ako filtrát alebo ultrafiltrát je nahradená substitučným roztokom. Výhoda použitia hemofiltrácie v cirkulačne nestabilných pacientov spočíva v tom, že periférna cievná rezistencia sa pri konvekčivom očistení nemeni alebo mierne stúpa, zatiaľ čo pri hemodialýze klesá.

V priebehu procedúry ultrafiltrácie prístup k zníženiu tlaku v pravej predsieni, tlaku v pulmonálnej artérii a tlaku v zakline pľúcnic, tiež sa zvýšil srdcový výdaj a výhľadový objem. Súpol parciálny tlak kyselika a saturácia hemoglobínu. Neboli zaznamenané zmeny v srdcovej frekvencii, systémovej arteriálnej tlaku alebo systémovej vaskulárnej rezistencii. Intravaskulárny objem ostal stabilný počas trvania procedúry, čo naznačuje, že proporcionálny objem tekutiny bol dôphnený z kongestívneho parenchýmu. Ďalším pozitívnym ukazovateľom bolo zvýšenie výdaja moču indukované ultrafiltráciou, ktoré pretrvalo až v nasledujúcom období a umožnilo zní-

žiť dávku diuretik po absolvovaní ultrafiltrácie. Teda obnovou diurézy a citlivosti na diuretiká je ultrafiltrácia schopná prerušiť alebo zvrátiť "circulus vitiosus" vedúci k refraktérnosti. V procese ultrafiltrácie sa u sledovaných pacientov počas 1 procedúry odfiltrovalo cca 4 až 8 litrov tekutiny. Cirkulačná odpoveď pacientov s refraktérnym CHSZ podstupujúcich ultrafiltráciu ešte nie je kompletno známa a závisí od klinických charakteristík pacienta, použitej techniky a rýchlosti a množstva odfiltrovanej tekutiny.

Hlavné závery štúdie UNLOAD

Po 48 hodinách od začatia terapie bola v skupine pacientov, ktorí podstúpili ultrafiltráciu, oproti skupine pacientov so štandardnou liečbou

- ▶ o 38 % väčšia strata telesnej hmotnosti

- ▶ o 28 % väčšia strata telesnej tekutiny.

Po 90 dňoch nasledujúcich po poskytnutí liečby ultrafiltráciou bola v skupine pacientov s ultrafiltráciou oproti skupine so štandardnou liečbou ▼43 % redukcia počtu pacientov vyžadujúcich rehospitalizáciu pre CHSZ ▼50 % redukcia v celkovom počte rehospitalizácií ▼52 % redukcia potreby navštev pohotovostných oddelení ▼63 % redukcia v počte dní rehospitalizácie pre CHSZ.

Kazuistika

Pacient J. O., narodený v r. 1937, v anamnéze stav po apendektómii, 3 x spontánny pneumotorax, 20 rokov liečený pre arteriálnu hypertenziu, ischemickú chorobu srdca, v r.1993 inverteovaná pericarditída, v r.1998 koronarografia s nálezom menšej signifikantného dvojcievneho postihnutia. Bol opakovane hospitalizovaný kvôli kardiálnej dekompenzácií na intenzívnej, kardiologickej a geriatrickej klinike. V domácej terapii užíval kľúčové diuretikum (furosemid forte 250mg pro die), antagonistu aldosterónu, nízku dávku beta-blokátora, kardioprotektívne antiischemikum, venotonikum, saturácia kálie.

Na naše oddelenie bol prijatý s klinic-

Kazuistika / Case Report

kými známkami CHSZ (telesná hmotnosť 116 kg), pričom ani po ambulantom zvýšení dávky furosemidu forte ešte pred prijatím do nemocnice nedošlo k želanému terapeutickému efektu. V úvode hospitalizácie sme začali podávať furosemid forte v kontinuálnej infúzii v dávke 750mg pro die. Aj pri uvedenom dávkovaní pretrvávala nízka diuréza, preto po konzultácii s hemodialyzačným strediskom indikovaná mimotelová eliminačná liečba ultrafiltráciou. Po 6 procedúrach ultrafiltrácie cca obdeň a celkovom trvaní hospitalizácie 32 dni došlo k celkovému hmotnostnému úbytku 26 kg. Keďže ide o pacienta z nášho regiónu, podľa dostupných správ máme o ňom vedomosť, že žije.

Zhrnutie

Starnutie populácie, zlepšenie diagnostiky a liečby stavov vedúcich k CHSZ, majú na svedomí stúpajúcu tendenciu prevvalencie CHSZ na celom svete a nutia k hľadaniu modernejších a efektívnejších metód jeho liečby. Zavery štúdie UNLOAD naznačujú, že ultrafiltrácia realizovaná ako mimotelová eliminačná metóda u refraktérneho srdcového zlyhania, je bezpečná a efektívna procedúra, ktorá umožňuje dostať pacientovi rýchle klinické a hemodynamické zlepšenie. To je združené s

intravaskulárnou objemovou stabilitou, hlavne vďaka adekvátnemu prestupu tekutiny z hyperhydratovaného interstícia.

Literatúra

1. AGOSTONI, P.G., MARENZI, G.C., PEPI, M. et al.: Isolated ultrafiltration in moderate congestive heart failure. *J Am Coll. Cardiol* 21 (1993), s. 424-431.
2. CANAUD, B., LERAY-MORAGUES, H., GARRED, L.J. et al.: Slow isolated ultrafiltration for the treatment of congestive heart failure. *Am J Kidney Dis* 28 Suppl 3 (1996), s. S67-S73.
3. EISELT, J.: Hemofiltrace a hemodiafiltrace. *Aktuality v nefrologii*, 3, 2002, s. 103-109.
4. HRADEC, J., SPÁČIL, J.: Kardiologie, angiologie. In *Vnitřní lékařství*. Svazek II. Galén, 2001, s. 103.
5. MARENZI, G., GRAZI, F., GIRALDI, F. et al.: Interrelation of humoral factors, hemodynamics, and fluid and salt metabolism in congestive heart failure: effects of extracorporeal ultrafiltration. *Am J Med* 94 (1993), s. 49-56.
6. SIMPSON, I.A., RAE, A.P., SIMPSON, K. et al.: Ultrafiltration in the management of refractory congestive heart failure. *Br Heart J* 55 (1986), s. 344-347.

Adresa autora

MUDr. F. N.
Geriatrická klinika
FNŠP J. A. Reimana
Hollého 14, 081 81 Prešov

Ultrafiltration – alternative treatment of refractory heart failure

F. Németh, A. Slivková

Summary

In developed countries heart failure is one of the main causes of morbidity and mortality and represents a continuously rising economic load for the health care system of developed countries, as well. Epidemiological studies data reveal that the prevalence of heart failure ranges from 0.5 to 2 % of the population, having an ever-increasing worldwide trend mainly in seniors so that we seem to face the newly-emerging epidemics. The treatment costs for heart failure are mostly induced by a growing number of hospitalizations. In Europe and in the USA, the costs for treatment of chronic heart failure represent 1 – 3 % of total costs for health care. 90 % of all the hospitalizations for chronic heart failure are caused by fluid overload.

Key words: chronic heart failure – fluid overload – refractivity – ultrafiltration