

GERIATRIA

ODBORNÝ ČASOPIS SLOVENSKÝCH
A ČESKÝCH GERIATROV

Vedúci redaktor

Ladislav Hegyi

Zástupca vedúceho redaktora

Silvester Krémery

Tajomník redakcie

Katarína Ďuranová

Redakčná rada

Ivan Bartošovič

Martin Dúbrava

Zdeněk Kalvach

Štefan Koval

Eduard Kolibáš

Štefan Krajčík

Zoltán Mikeš

František Németh

Eva Topinková

Pavel Weber

Helena Zavázalová

Redakčný kruh

Ladislav Badalik (SK)

Peter Belan (SK)

Vladislav V. Bezrukov (UA)

Franz Böhmer (A)

Svein O. Datland (N)

Oleg V. Korkuško (UA)

Štefan Litomerický (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)

Vappu Teipale (FIN)

Karol Virsik (SK)

Vladimír Zaremba (CZ)

Obsah

51
Geriatrics
2/2007

Obsah / Contents

Editorial

L. Hegyi:

Medicinske aspekty dlhodobej starostlivosti 53

Originálne práce

M. Dúbrava, M. Haršányi, P. Kazimírová:

Polymorbidita seniorov:

Dlhodobá liečba digoxínom 57

V. Zaremba, H. Zavázalová, K. Zikmundová, J. Kotrba:

Srovnání zdravotní situace pacientů ve věku

50-64 let podle pětiletých věkových skupin 65

J. Odráška, Z. Mikeš, P. Hlivák:

Kardiovaskulárny profil seniorov žijúcich

v bratislavských domovoch dôchodcov 72

Prehľadné referáty

T. Hanísková:

Diogenesov syndróm

(senilné zrútenie, senilný syndróm zanedbania) 87

M. Babčák, F. Németh, V. Vargová:

História a súčasnosť diabetes mellitus

z pohľadu geriatra 90

Recenzie kníh 56, 71

Jubileá

Š. Koval:

Primár MUDr. František Németh, PhD.

šesťdesiatročný 98

Kalendár akcií na rok 2007 89

Správy

Kongres SGGs 2007 - predbežný program 94

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.
Jánošíkova 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.geriatric@centrum.sk

Jazyková úprava:

Anglická:

PhDr. B. Weiblová, MPH

Slovenská:

PhDr. I. Bielik, MPH

Sadzba, reprodukcia, tlač:

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

Registračné číslo: 1441/96
ISSN 1335 - 1850

Contents

Editorial

L. Hegyi:

Medical aspects of long-term care 53

Original papers

M. Dúbrava, M. Haršányi, P. Kazimírová:

Polymorbidity of seniors:
Long-term therapy with digoxin 57

V. Zaremba, H. Zavázalová, K. Zikmundová, J. Kotrba:

Comparison of health status of patients at the age
of 50-64 yrs according to five-years age groups 65

J. Odráška, Z. Mikeš, P. Hlivák:

Cardiovascular profile of seniors living
in old people's houses in Bratislava 72

Review articles

T. Hanisková:

Diogenes syndrome
(senile collaps, senile self-neglect) 87

M. Babčák, F. Németh, V. Vargová:

History and presence of diabetes mellitus
from the aspects of geriatrician 90

Book reviews 56, 71

Jubilees

Š. Koval:

Senior consultant František Németh, M.D., PhD.
jubilees 98

Calendar 2007 89

News

Abstract from symposia
Congres SGGGS 2007 - preparatory program 94

*Official website of the
Slovak Gerontologic and Geriatric Society*

www.geriatria.sk

Medicínske aspekty dlhodobej starostlivosti

53
Geriatría
2/2007

Slovo vydavateľa / Editorial

Zdanlivo nejde o žiaden problém, pojem dlhodobá starostlivosť vyjadruje poskytovanie zdravotníckej starostlivosti po dlhšiu alebo dlhú dobu, poprípade ako trvalú starostlivosť. Pre inštitucionálnu starostlivosť bola definovaná, ako zdravotná starostlivosť poskytovaná pacientom s komplikáciami viacerých chronických chorôb dospelého veku, ktorých základné diagnózy sú známe a stav nevyžaduje intenzívne vyšetrenie, ale vyžaduje liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik bežných denných činností.

Ťažkosti nastali potom, keď sa nemocnice dostali do finančnej tiesne. Za hospitalizáciu chorého na Oddelení dlhodobej starostlivosti (ODCH/LDCH) dostala nemocnica od zdravotnej poisťovne približne 21 000,- Sk. Táto suma pokryje náklady na priemerného pacienta, ktorý netrpí ochorením v jeho akútnej fáze, približne na 3 týždne. Ak zdravotný stav chorého nie je taký, aby sa mohol liečiť ďalej v domácom prostredí, a nemocnica ho preto neprepustí, začína vytvárať dlh, ktorý nemá z čoho uhradiť. Nemocnica je napokon nútená prepustiť pacienta bez ohľadu na objektívnu potrebu dlhšej hospitalizácie, ako sú 3 týždne. Treba jednoznačne konštatovať, že trojtýždňová liečba nie je liečba dlhodobá. Dlhšiu hospitalizáciu, ako na ODCH, môže poskytnúť Dom ošetrovateľskej starostlivosti, a to 28 dní. Taktiež sa teda nejedná o dlhodobú starostlivosť, navyše v tomto zariadení nie je garantovaná každodenná lekárska starostlivosť. V rámci Slovenska zatiaľ existujú len dve takéto zariadenia. Z uvedených skutočností vyplýva, že v SR v rámci zdravotníckych zariadení, nie sme schopní poskytovať dlhodobú starostlivosť.

V geriatrickej medicíne nie je možné úplne oddeliť medicínsku problematiku od problematiky sociálnej, lebo spolu úzko súvisia. V roku 2004 sa ministerstvá zdravotníctva a práce, sociálnych vecí a rodiny pokúsili

predložiť návrh zákona o dlhodobej zdravotníckej a sociálnej starostlivosti, ale pre početné nedostatky zákon v parlamente neprešiel.

Dlhodobú starostlivosť môžeme v rezorte zdravotníctva teoreticky poskytovať v rámci nemocničnej starostlivosti, v denných štacionároch alebo v domácom prostredí. V praxi to vyzerá tak, že v nemocniciach túto starostlivosť nevieme poskytnúť z vyššie uvedených dôvodov, denné štacionáre prakticky nemáme a Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti obvykle nedostanú od zdravotných poisťovní zmluvy na neohraničenú starostlivosť. V rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny ju vieme poskytovať v zariadeniach sociálnej starostlivosti, čo v geriatrickej medicíne znamená Domovy dôchodcov, Domovy penziómov, Domovy opatrovateľskej služby. V domácej starostlivosti ju rezort poskytuje prostredníctvom opatrovateľiek, ktoré sú dnes väčšinou už profesionálne. Na rozhraní rezortu zdravotníctva a sociálneho rezortu sa pohybujú tzv. zdravotno - sociálne lôžka. Tento nešťastne zvolený názov, ktorý pochádza z pera jedného z ministerských úradníkov ešte z roku 1994, nevyjadruje charakter zariadenia ani druh poskytovaných služieb.

Doliečovacie oddelenia, ktoré boli do odboru geriatrickej medicíny zaradené len od 1. 12. 2006 a ktoré Ministerstvo zdravotníctva SR považuje za chronické geriatrické postele, nemajú zatiaľ jasnú koncepciu, indikácie k hospitalizácii, optimálnu ošetrovaciu dobu a väčšinou ani lekárske personál kvalifikovaný v geriatrickej medicíne.

Z medicínskeho hľadiska sa dá povedať, že dlhodobá starostlivosť sa poskytuje po dobu viacerých týždňov až mesiacov, vyžaduje pravidelný lekársky dohľad a odbornú ošetrovateľskú starostlivosť. Táto starostlivosť je poskytovaná pacientom, ktorých základné diagnózy sú známe a stav nevyžaduje intenzívne vyšetrenie,

ale vyžaduje liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a návštev bežných denných činností. Dôvodom k dlhodobej starostlivosti môže byť nepriaznivo prebiehajúce základné ochorenie, napríklad onkologické alebo kardiovaskulárne, ale v geriatrickej každopádne ochorenie, sprevádzané komplikáciami. Za najväčšie komplikácie, indikujúce dlhodobú starostlivosť, považujeme imobilitu a demenciu. Z ďalších geriatrických syndrómov sú to najmä: imobilizačný syndróm, vážne poruchy výživy, geriatrický maladaptívny syndróm, opakované ťažké infekcie, depresia, delírium, inkontinencia, retencia moča, obštipácia, poruchy spánku, poruchy termoregulácie, pády a úrazy, ortostatická hypotenzia, dekubity, slepota a hluchota, a ďalšie.

Už v roku 1997 sme uviedli indikácie pre poskytovanie dlhodobej starostlivosti ako tradičné a prídavné. K tradičným patria: trvalá pripútanosť na lôžko, inkontinencia moču a stolice, nutnosť sústavného dozoru pre stavy zmätenosti a neschopnosť

zvládnuť pravidelne sa opakujúce všedné úkony počas dňa. K prídavným indikáciami patria: špeciálna výživa, inhalácia kyslíka, ošetrovanie dekubitov, ošetrovanie gangrény, ošetrovanie exulcerovaných karcinómov, ošetrovanie anus praeter a zrovnaťných ošetrení rán, a kontinuálne podávanie opiátov u malignómov.

Nedá sa nepovedať, že dlhodobá starostlivosť - tak ako veľa iných vecí - je predovšetkým otázkou finančného krytia. V Nemecku, Rakúsku, Luxembursku a ďalších štátoch platí už viac ako desať rokov zákon o ošetrovateľskom poistení (Pflegeversicherungsgesetz), ktorý zabezpečuje tvorbu pomerne bohatého fondu na pokrytie najmä dlhodobej starostlivosti.

Každopádne platí, že súčasná situácia v zdravotníctve si vyžaduje neodkladné legislatívne riešenie dlhodobej starostlivosti v rezorte zdravotníctva.

prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

Redakcia časopisu GERIATRIA privíta diskusiu k tejto téme a rada uverejní názory čitateľov.

Medical aspects of long-term care

Apparently, there is no problem. The notion "long-term care" expresses a longer health care granted for a long period of time or a permanent care. For institutional care it was defined as a health care given to patients with complications of several chronic illnesses related to ageing basic diagnoses of which are known. The health condition of patients does not need intensive examinations on one side, but there is the need of therapy, rehabilitation, nursing and training of daily routine activities.

Problems have appeared with financial straits of hospitals. Health insurance covered hospitalization of a patient at the long-term department by the amount of 21 000 Sk. This amount of money can cover the costs of one patient who is not aff-

licted by any disease in its acute form for about 3 weeks. If the status of the patient prevents him to be treated at home, the patient is not discharged from hospital and thus debts start to run up. Hospital is forced to discharge the patient regardless the need of hospitalization longer than 3 weeks. It is necessary to claim openly that three weeks treatment is not a long-term treatment. Any further hospitalization could be offered for another 28 days by a nursing house. And again, this is not a long-term hospitalization and this institution does not guarantee daily health care. There are only two institutions of this sort in Slovakia and that means that we are not able to provide a long-term care in the Slovak Republic.

It is not possible to separate medical

problems from social ones in geriatrics because they are interrelated.

In 2004 Ministry of Health and Ministry of Work, Social Affairs and Family tried to submit the bill on long-term health and social care, but due to several deficiencies the law was not approved by the Parliament.

Long-term care can be provided theoretically within hospital care, in daily short-stay hospitals or at home. Practically, hospitals are not able to provide the care for above mentioned reasons, daily short-stay hospitals do not exist and home nursing agencies have no agreements for unlimited care concluded with health insurances. Within the sphere of Ministry of Work, Social Affairs and Family the long-term care could be provided in social care institutions what is in geriatrics represented by old people's homes, pensions for seniors, nursing homes. Home care is provided by professional nurses. Border line between health care and social care is represented by s.c. medico-social beds. This inadequately chosen term elaborated by a ministry officer in 1994 expresses neither nature of the institution nor the kind of granted services.

Aftercare departments, that have been included to the branch of geriatrics on December 1, 2006 and that have been regarded by Ministry of Health as chronic geriatric beds, do not have clear conception, indications for hospitalization, optimal nursing period of time and mostly no staff qualified in geriatrics.

From medical aspect the long-term care is provided for several weeks or even months with regular medical supervision and professional nursing. This care is granted for patients whose essential diagnoses are known and whose status does not need

intensive examination and it needs therapy, rehabilitation, nursing and training of routine daily activities. Indication for long-term care might result from the essential illness, e.g. oncological or cardiovascular. In geriatrics it is always a disease with complications. The most severe complications indicating long-term care are immobility and dementia and following geriatric syndrome:

Immobility syndrome, serious eating disorders, geriatric maladaptation syndrome, recurrent severe infections, depression, incontinence, urine retention, constipation, sleep disorders, thermoregulation disorders, tumbles and injuries, orthostatic hypotension, pressure sores, blindness and deafness, etc.

Since 1997 indications for long-term care have been stated as conventional and additional. Conventional indications comprise: permanent confining to bed, urine and feces incontinence, need of permanent supervision because of patient's confusion and disability to handle regular daily activities on his/her own. Additional indications are: special diet, oxygen inhalation, nursing of pressure sores, gangrene, exulcerated carcinomas, anus praeter and comparable wounds and continuous administration of opiates in malignomas.

One can say for certain that long-term care depends on financial covering. In Germany, Austria, Luxemburg and other states there has been in force the law on nursing insurance for more than ten years (Pflegeversicherungsgesetz), providing quite rich fund to cover long-term care.

Definitely, we can say that present situation in health care calls for legislative in long-term health care.

Professor Ladislav Hegyi, M.D., D.Sc.

Discussion to this topic is welcome and readers opinions will be published

PhDr. Jarmila Filadelfiová: Ženy, muži a vek v štatistikách trhu práce. Ed.: Zora Bútorová. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2007, s. 116, ISBN 978-80-88935-91-9

Štúdia vyšla v rámci projektu Plus pre ženy 45+ Iniciatívy Spoločenstva EQUAL, ktorý je financovaný z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu a spolufinancovaný Európskou úniou.

Štúdia obsahuje predslvo a kapitoly Demografický kontext trhu práce, Štruktúra populácie podľa pohlavia a veku, Rodová a veková dimenzia zamestnanosti a trhu práce, Rodová a veková dimenzia nezamestnanosti, literatúru a zhrnutie.

Ide o sociologickú štúdiu, zameranú na problematiku trhu práce najmä z aspektu rodu a veku s ťažiskom na problematike žien stredného a staršieho veku. Obsahuje zaujímavé zistenia ohľadne zdravotného stavu starších pracovníkov a dokumentuje klesajúci počet zamestnaných so stúpajúcim vekom, čo je zvlášť výrazné práve u žien. Pre geriatriciu dáva zaujímavé podnety pre oblasť prípravy na starnutie.

Publikácia bude zaujímavá nielen pre sociológov, ale aj pre praktických lekárov a geriatrov, ktorí riešia zdravotné problémy starších pracujúcich. Publikácia predstavuje teoretický prínos sociálnej gerontológie ako vednému odboru.

Publikácia je napísaná zrozumiteľne, zaujímavo, prehľadne a je dobre dokumentovaná.

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

Polymorbidita seniorov: Dlhodobá liečba digoxínom

57
Geriatría
2/2007

Martin Dúbrava, Miloš Haršányi, Petra Kazimírová
(Klinika geriatríe LFUK a FNŠP Bratislava;
prednosta: prof. MUDr. Z. Mikeš, DrSc.)

Súhrn

Digoxín patrí k najčastejšie používaným liekom v geriatríi. Polymorbidita je jednou z typických črt geriatríe. Vzťah polymorbidity a liečby digoxínom sme však nenašli popísaný v žiadnej publikácii, hoci možno odôvodnene predpokladať, že komorbidity majú priamy vplyv na indikáciu a kvalitu liečby digoxínom. Cieľom našej práce bolo priniesť informácie o liečbe digoxínom vo vzťahu k polymorbidite seniorov v našich reálnych podmienkach. V retrospektívnej štúdii sme analyzovali indikáciu dlhodobej liečby digoxínom z chorobopisov 65-ročných a starších pacientov hospitalizovaných počas jedného roka na univerzitnej geriatrickej klinike. Išlo o 896 pacientov (ženy / muži: 63,6 / 36,4 %) priemerného veku 78,2 rokov (medián 78 rokov, rozpätie 65 - 102 rokov). Digoxín bol ôsmym najodporúčanejším liekom, celkovo sme ho navrhli 23 % pacientov, najvyššia preskripcia bola v podskupine pacientov so súbežnou fibriláciou predsieni a srdcovým zlyhávaním, kde ho mali užívať dve tretiny z nich. Digoxínom liečení pacienti vykazovali vysokú polymorbiditu. Nezaznamenali sme v literatúre popisovanú frekventovanejšiu medikáciu digoxínom u žien; vzostup podávania digoxínu sme preukázali len do 70-teho roku, s kulmináciou medzi 80-84-tým rokom. Za rozhodujúce považujeme zistenie o mimoriadne vysokom výskyte (80 %) ochorení a medikácií, ktoré majú potenciál zhoršovať efektivitu a/alebo toxicitu digoxínu. Keďže všeobecným riešením nie je ani monitorovanie digoxinémie, mali by naše poznatky byť ďalším z podnetov, aby sme digoxín u seniorov podávali síce vždy, keď z neho na základe medicíny dôkazov môžu mať úžitok, avšak za mimoriadne intenzívneho zvažovania celého klinického kontextu každého konkrétneho pacienta.

Kľúčové slová: geriatría - polymorbidita - digoxín

Východiská

Digoxín patrí jednak k najdlhšie, jednak k najčastejšie používaným liekom v geriatríi. Aktuálne je jediným kardioglykozidom používaným v našej klinickej praxi. V literatúre je o ňom publikovaných množstvo prác, a to aj špecificky vo vzťahu k starším pacientom. Polymorbidita je jednou z typických črt geriatríe. Pritom nie je len akýmsi ozvláštnujúcim ornamentom geriatríe, ale je faktorom, ktorý v rozhodujúcej miere ovplyvňuje zdravotný a sociálny stav seniora¹. Vzťah polymorbidity a liečby digoxínom sme však nenašli popísaný v žiadnej publikácii, hoci možno odôvodnene predpokladať, že komorbidity majú priamy vplyv na indikáciu a kvalitu liečby digoxínom.

S dávkovaním digoxínu a dosiahnutím jeho pomerne úzkeho terapeutického roz-

pätia interferuje množstvo faktorov². Digítalisová toxicita nie je zriedkavá - pri dlhodobej liečbe sa uvádza v rozpätí 10 - 20 %³, pričom vekom jej frekvencia zrejme narastá⁴. Túto situáciu pritom zažívame v čase, keď je možné stanovovať hladinu digoxinémie (čo samo o sebe nie je jednoduchá procedúra ani z analytického, ani z interpretačného hľadiska⁵, ale ani existujúce možnosti sa nevyužívajú dostatočne⁶). Toxicita digoxínu je mimoriadne pestrá v svojich klinických prejavoch (gastrointestinálne: nechutenstvo, nauzea, vracanie, hnačka, bolesti brucha; neurologicko-psychiatrické: cefalea, insomnie, zmenené farebné videnie, fotofóbia, zrakové skotómy, zmätenosť, depresia, paranoia, halucinácie; kardiálne: najmä dysrytmie a AV blokády rezultujúce až do vyššej prevalencie kardiogénnej mortality; gyneko-

mastia). Jej identifikácia u seniorov môže byť osobitne narocna⁷.

Preto así ani neprekvapuje, že digoxin (hoci s nízkym rizikom) nachádzame aj Beersovom zozname liekov potenciálne nevhodných pre seniorov⁸, ktorý sa radí medzi najautoritativnejsie publikácie zaoberajúce sa farmakoterapiou rizikovou pre seniorov. Digoxin pritom uvádzajú domaci⁹ aj zahranini¹⁰ autori medzi najčastejšie predpisovanymi liekmi z tohto zoznamu. Možno nebude nadsadene ak povieme, že u „nových liekov“ by dnes takéto komplikované manažovanie liečby disqualifikovalo novozavadzane liečivo už na začiatku jeho klinickej kariéry.

Napriek tomu platí, že digoxin stále frekventovane pouzivame. Možno dokonca spekulovat, že prevalencia podávania digoxinu seniorom v ostatných rokoch stúpa, pretože vstudii renomovaných autorov spred 10 rokov ho dostávalo len 17 % seniorov¹¹. To len dokumentuje jeho rokmi overenú užitočnosť. Tá je daná jednak bezprostrednými klinickymi efektmi, jednak „solistikovanejsiami“ momentmi: digoxin je efektívny aj pri dlhodobom podavani, nezhoruje renálne funkcie, nie je diabetogenny, neovplyvnuje hladiny elektrolytov, u kardiálne zlyhávajúcich má vazodilatačný efekt¹². V dnešnej „ekonomickej ere mediciny“ nemožno opomenut ani skutocnost, že digoxin je mimoriadne lacným liečivom, čo osobitne vynikne v porovnaní s inými látkami, ktoré sa pouzivaju v rovnakych indikáciách.

O všeobecných uskaliach farmakoterapie seniorov sme referovali nedavno¹³. Pri liečbe digoxinom sa u seniorov musímespecificky sustredit najmä na súbežné posúdenie:

- ◆ glomerulárnej filtrácie (jej znizenie vedie k zvyseniu digoxinémie),
- ◆ redukcie svalovej hmoty (svaly sú dominantným miestom tkanivovej väzby digoxinu, preto pri ich vo vysom veku zvyčajnej redukcií rezultuje rovnaka dávka digoxinu do vysej digoxinémie),
- ◆ funkciestitnejzlazy (zvyčajna dávka

digoxinu vedie pri hypotyreoze k vysej digoxinemii, pri hypertyreóze k nizsej digoxinemii),

- ◆ ochorenia priedušiek/pľúc (často vedú k vysej senzitivite voči digoxinu),
- ◆ interakcie s inými liekmi^{14, 15, 16}:
 - ❖ diuretiká, najmä kalium nesetriacie - hypokaliémia a hypomagneziémia zvysuje citlivosť myokardu na digoxin;
 - ❖ amiodaron a chinidin - môžu až zdvojnásobiť digoxinemiu (inhibiciou P-glykoproteinu, ktorý ako efluxna pumpa podporuje renálny klírens digoxinu);
 - ❖ verapamil - zvysuje digoxinemiu (inhibiciou P-glykoproteinu) sice v mensej miere, tá je však stále postacujuca na navodenie neziaducej bradykardie;
 - ❖ erytromycín - zvysuje hladinu digoxinémie (zrejme ovplyvnením normalnejcrevnejflory - u cca 10 % ludi prítomné Eubacterium lentum metabolizuje digoxin ešte pred jeho vstrebanim na neaktivny dihydrodigoxin);
 - klaritromycín - zvysuje hladinu digoxinémie (inhibiciou P-glykoproteinu sa klírens digoxinu znižuje až o 60 %);
- ◆ (samo)uzivania fytopreparatov s obsahom nasledovných rastlin³:
 - ❖ senna, niektoré resetliaky - môžu zvysovat straty kália;
 - ❖ morská cibula, oleander, strophanthus - obsahujú srdcové glykozidy a tak môžu zvysovat ich sumárnu hladinu v organizme;
 - ❖ lubovnik - znižuje sérové hladiny digoxinu až o 25 %.

Cielom nasjej práce bolo priniesť informácie o liečbe digoxinom vo vztahu k polymorbidite seniorov v našich reálných podmienkach. Preto sme analyzovali najmä liečbu digoxinom a konkomitantne srdcové zlyhanie, fibrilaciu predsieni, renálnu insuficienciu, poruchu funkciestitnejzlazy, malnutriciu, chronické ochore-

nie priedušiek/plúc a súbežne indikované lieky, ktoré môžu interferovať s efektivitou a/alebo toxicitou digoxínu.

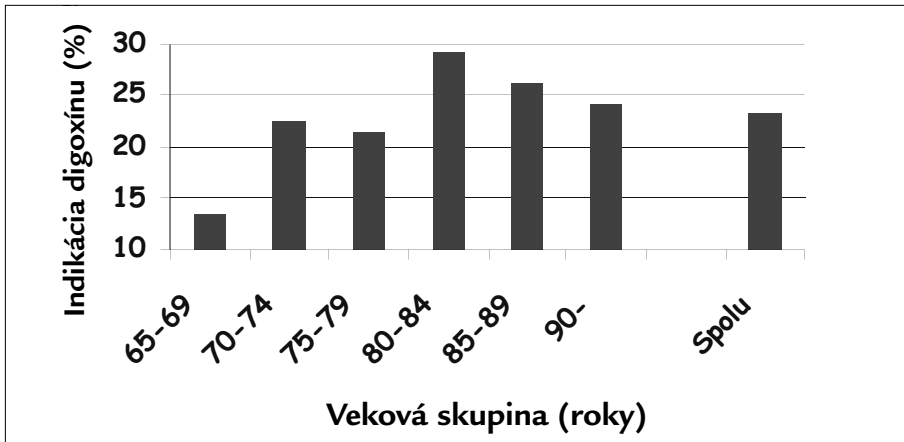
Pacienti a metódy

V retrospektívnej štúdií sme analyzovali indikáciu dlhodobej liečby digoxínom z chorobopisov 65-ročných a starších pacientov, ktorí boli počas jedného roka (2002) hospitalizovaní na Klinike geriatrickej LFUK a Fakultnej nemocnice akadémika L. Déreera, Bratislava (klinika). Používali sme pritom diagnostický súhrn a odporúčenie farmakologickej liečby, ktoré boli uvedené v prepúšťacej správe pacienta. Diagnostický súhrn obsahoval všetky diagnózy, ktoré boli u pacienta pri jeho prepustení z hospitalizácie záverované, vrátane pooperačných stavov a iných prekonalných ochorení (zvyčajne označovaných slovným spojením „Stav po ...“). Spolu išlo o 896 pacientov (ženy / muži: 63,6 / 36,4 %) priemerného veku 78,2 rokov (medián 78 rokov, rozpätie 65 - 102 rokov). Štatistickú významnosť rozdielu prítomnosti kvalitatívnych znakov sme testovali chí-kvadrát testom.

Výsledky

Digoxín sme indikovali u 23,3 % pacientov (rovnako u mužov i žien). Doved-

Graf č. 1 Liečba digoxínom a vek



na sme našim pacientom odporúčali 249 liečiv, digoxín bol z nich ôsmym najodporúčanejším.

Vzťah incidencie liečby digoxínom a veku pacientov spolu so štatisticky významnými rozdielmi ilustrujeme v grafe č. 1. Rozdiely incidencie medzi mužmi a ženami v jednotlivých vekových skupinách ani medzi jednotlivými vekovými skupinami u mužov, resp. žien neboli štatisticky významné.

Pacienti, ktorým sme digoxín odporúčali, mali priemerne 24,7 (\mp 6,9) **diagnózy** (od 11 do 44 diagnóz, najčastejšie to bolo 27 diagnóz) oproti priemerným 19,9 diagnózam (\mp 7,1) pacientov, u ktorých sme digoxín neindikovali. Ak si z diagnóz vyberieme len tzv. kardiovaskulárne, mali pacienti, ktorým sme indikovali digoxín priemerne 10,9 (\mp 3,7) kardiovaskulárnych diagnóz (od 4 do 20 diagnóz, najčastejšie to bolo 12 diagnóz) oproti priemerným 7,3 diagnózam (\mp 3,8) pacientov, u ktorých sme digoxín neindikovali.

Pri fibrilácii predsieni dostávalo digoxín 122 z 237 pacientov (51,5 %) oproti 87/659 (13,2 %) pacientom bez fibrilácie predsieni ($p < 0,001$).

Pri srdcovom zlyhávaní dostávalo digoxín 115 z 267 pacientov (43,1 %) oproti 94/629 (14,9 %) pacientom bez srdcového zlyhania ($p < 0,001$).

Incidencia odporúčania digoxínu so

zohľadnením kombinácií oboch hlavných indikačných diagnóz (fibrilácie predsieni aj srdcového zlyhania) je uvedená v tabuľke 1.

Pri ochoreniach, ktoré majú potenciál zvyšovať riziko nesprávneho dávkovania digoxínu, sme digoxín indikovali nasledovne: u pacientov

- s chronickou renálnou insuficienciou v 34 % (oproti 20 % pacientom bez tohto ochorenia; $p < 0,001$),
 - s malnutríciou v 9 % (oproti 24 % pacientom bez tohto ochorenia; nesignifikantný rozdiel),
 - s tyreoidálnou dysfunkciou v 16 % (oproti 24 % pacientom bez tohto ochorenia; nesignifikantný rozdiel),
 - s chronickou obštrukčnou bronchopulmonálnou chorobou v 45 % (oproti 22 % pacientom bez tohto ochorenia; $p < 0,001$).
- Niektoré z týchto ochorení sa vyskytlo u 47,8 % digoxínom liečených pacientov (u 37,2 % všetkých analyzovaných pacientov), pričom 6,7 % digoxínom liečených malo dve z týchto ochorení.

U pacientov, ktorí súběžne užívali lieky, ktoré majú potenciál zvyšovať riziko nesprávneho dávkovania digoxínu, sme digoxín indikovali nasledovne: u pacientov užívajúcich

- furosemid v 52 % (oproti 13 % pacientom bez tohto lieku; $p < 0,001$),
- amiodaron v 45 % (oproti 22 % pacientom bez tohto lieku; $p < 0,001$),

Tabuľka 1 *Liečba digoxínom (%) a srdcové zlyhávanie, resp. fibrilácia predsieni*

	SZ-	SZ+
FiP-	6,4	31,5
FiP+	42,6	66,3

Legenda:

FiP: fibrilácia predsieni; SZ: srdcové zlyhávanie; -: neprítomné; +: prítomné; všetky rozdiely medzi narastajúcimi incidenciami sú štatisticky významné ($p < 0,001$; $< 0,05$; $< 0,001$)

- verapamil v 64 % (oproti 21 % pacientom bez tohto lieku; $p < 0,001$),
- klaritromycín v 27 % (oproti 23 % pacientom bez tohto lieku; nesignifikantný rozdiel).
- Niektorý z týchto liekov užívalo 67,5 % digoxínom liečených pacientov (u 33,6 % všetkých analyzovaných pacientov), pričom 8,1 % digoxínom liečených užívalo dva alebo tri z týchto liekov. Ďalšie typické „rizikové“ lieky z pohľadu súčasnej medikácie s digoxínom sa v našom súbore prakticky nevyskytli (chinidín - 1 pacient, erytromycín a fytopreparáty - žiadny pacient).

Ak vyhodnotíme vyššie uvedené sledované rizikové ochorenia a medikácie kumulatívne, tak len 19,6 % digoxínom liečených pacientov nemalo žiadnu zo sledovaných „rizikových“ komorbidít a medikácií, ale až 41,6 % digoxínom liečených malo dve alebo tri takéto riziká.

Diskusia

Nie je veľa takých liekov ako digoxín, ktorý sa v klinickej medicíne zmysluplne používa štvrté storočie (W. Withering, 1785)¹⁵. Za ten čas sa striedali obdobia jeho väčšej či menšej^{17, 18} obľuby, zo scény však nikdy nezišiel a ani nebol zaradený do komparzu. Už desaťročia vieme, že digoxín má nielen pôvodne známu pozitívne inotropnú aktivitu (mediovanú inhibíciou Na^+/K^+ -ATPázy, s následnou aktiváciou $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$ membránovej výmennej pumpy rezultujúcej do zvýšenia intracelulárnej hladiny Ca^{++}), ale že jeho účinky sa realizujú aj neurohumorálnou moduláciou: digoxín zosilňuje vagovú odpoveď zvyšovaním syntézy acetylcholínu a senzibilizáciou tkanív na jeho pôsobenie, inhibuje sympatickú aktivitu, najmä ak je zvýšená, znižuje aktivitu systému renín - angiotenzín - aldosterón, stimuluje uvoľňovanie nátriuretických peptidov, znižuje koncentráciu cytokínov^{12, 19}.

Klinicky významné je, že neuromodulárna zložka sa prejavuje už pri nižších dávkach digoxínu, zatiaľ čo inotropná ak-

tivita pri vyšších (orientanou hranicou môže byť 0,25 mg za deň). Pri nižších hladinách digoxinu sa navyše menej prejavuje jeho proarytmognn efekt, ktor mal zrejme na svedomí zvyenie mortality digoxinom liečených pacientov, ktor preukázali niektor štúdie. Tieto zistenia majú praktick dopad: dnen terapeutick dávky digoxinu pri srdcovom zlyhan sú vo všeobecnosti nišie, ako sme boli zvyknut ešte nedávno. Dnes sa za rozpätie terapeutick hladiny digoxinu považuje 0.64 – 1.05 nmol/l (0,5 – 0,9 ng/ml). V tomto svetle je už dnes mon ešte nedávno uvdzan horn limit 2,56 nmol/l (2 ng/ml) povaovat za rizikov¹².

Dnes sú akceptované specifick indikácie digoxinu pri liečbe srdcového zlyhania²⁰, fibrilácie predsieni²¹ a ostatných supraventrikulrnch arytmi²². Treba však mať na pamäti, že publikácia odporcan nie vždy flexibilne odra vývoj poznania – pri digoxine sa to napr. aktuálne týka intenzívnej diskusie o indikanom mieste digoxinu pri srdcovom zlyhan u pacientov so sinusovm rytmom, ktor zrejme speje k renesancii aj tejto indikácie. Digoxin sa však nezriedka pouiva bez náležitej indikcie²³.

V nedávno ukončenej štúdii bolo publikované, že pouivanie digoxinu vekom narast²⁴. V našej práci sme robili podrobnejšiu analýzu vzahu preskripcie digoxinu a veku, pri ktorej sa ukázalo, že signifikantn vzostup medikácie digoxinom nastával len do 70-teho roku, pričom maximum frekvencie podávania digoxinu bolo medzi 80-tm a 84-tm rokom.

Podla literrnch udajov by ženy mali uiva digoxin významne častejšie ako mui²⁵. V našom súbore sme takto fenomén nepotvrdili.

V roku 2005 publikovn práca pri ná informáciu o komunite 1223 seniorov umiestnených v zariadení dlhodobej starostlivosti, kde digoxin dostávalo 32 % pacientov so srdcovým zlyhvanm²⁶. V čerstvej štúdii s viac ako 500 pacientmi, priemerného veku 71 rokov hospitalizova-

nch pre dekompenzciu srdcového zlyhania, dostávalo digoxin 41 % z nich²⁷. Naši hospitalizovan pacienti so srdcovým zlyhnm dostávali digoxin prakticky s rovnakou frekvenciou (43 %). Ak však bolo srdcov zlyhávanie kombinovn s fibriláciou predsieni, digoxin sme odporovali až dvom tretinm pacientov.

Za klinicky mimoriadne vznamn musíme povaovat literárnu informciu²⁶, že sprievodn ochorenia a scasne podvan lieky, ktor zvyšujú riziko digitlisovej toxicity boli prtomn až u 26 % pacientov. V našom prípade sme zistili ešte podstatne vyššiu (80,4 %) prevalenciu ochoreni a medikci, ktor majú potenciál zvyovat riziko nesprávneho dávkovania digoxinu, pričom riziko dvoch z piatich digoxinom liečených pacientov potencovali dve z týchto ochoreni. Zdá sa, že najväčšiu ostraitost pri indikovan digoxinu pacientom s rizikovými komorbiditami a medikciami sme malnutriciou, resp. dystyreozou. Možno je to dan takými faktormi, ako je skutočnosť, že schémy redukcie dávkovania digoxinu pri poklese glomerulárnej filtrácie sú jasne definovn, o nie je napr. prípad malnutricie.

Záver

Digoxin je mimoriadne frekventovane pouivan liek: celkovo bol smm najodporcanejim liekom, navrhli sme ho 23 % pacientov. V niektorých podskupinách bola jeho preskripcia ešte vyššia, s maximom u nezanedbatenej skupiny pacientov s fibriláciou predsieni a scasnm srdcovým zlyhávaním (predstavujú desatinu hospitalizovnch pacientov), kde ho mali uiva dve tretiny z nich. Digoxinom lieen pacienti vykazovali vysok polymorbiditu vseobecn i kardiovaskulárnu. Na základe analýzy dostatočne veľkého počtu pacientov z nášho reálneho klinického prostredia sme preukázali, že doterie literárne informácie o geriatrických špecifikách tejto frekventovanej liečby neboli pre ne podmienky dostatočne validne. Nezaznamenali sme frekventovaneiu

medikáciu digoxínom u žien; vzostup frekvencie podávania digoxínu sme preukázali len do 70-teho roku, s kulmináciou medzi 80-84-tým rokom. Za rozhodujúce však považujeme zistenie o mimoriadne vysokom výskyte (80 %) ochorení a medicácií, ktoré majú potenciál zhoršovať efektivitu a/alebo toxicitu digoxínu. Tieto zistenia v kontexte publikovaných prác považujeme za originálne.

Naše poznatky by mali byť ďalším z podnetov, aby sme digoxín u seniorov podávali síce vždy, keď z neho na základe medicíny dôkazov môžu mať úžitok, avšak za mimoriadne intenzívneho zvažovania celého klinického stavu každého konkrétneho pacienta, keďže ani monitorovanie digoxinémie nie je spôsobným všeobecným riešením „správneho“ dávkovania. Výsledkom musí byť najmä trpezlivé a dynamické titrovanie dávky digoxínu u správne indikovaných pacientov. Udržiavacia dávka sa u seniorov zvyčajne pohybuje v rozpätí 0,0625 - 0,125 mg/deň.

Z tejto práce priamo nemožno vyvodíť, či je aktuálny systém poskytovania geriatrickej zdravotnej starostlivosti u nás nastavený tak, že systémovo umožňuje naplniť podobné očakávania na zohľadňovanie špecifik seniorov. Autori sa však domnievajú, že tomu tak z dôvodov kapacitných nie je ani v ambulantnej, ani v nemocničnej sfére.

Literatúra

1. HEGYI L., SEDLÁČKOVÁ Z.: Sociálne aspekty multimorbidity v senu. *Geriatrics*, 10, 2004, č. 4, s. 139 - 140.
2. HANRATTY C.G., McGLINCHEY P., JOHNSTON G.D., PASSMORE A.P.: Differential pharmacokinetics of digoxin in elderly patients. *Drugs Aging*, 17, 2000, č. 5, s. 353-62.
3. CAMPBELL T.J., MacDONALD P.S.: Digoxin in heart failure and cardiac arrhythmias. *Med J Aust*, 179, 2003, č. 2, s. 98 - 102.
4. RICH M.W., McSHERRY F., WILLIFORD W.O., YUSUF S.: Digitalis Investigation Group: Effect of age on mortality, hospitalizations and response to digoxin in patients with heart failure: the DIG study. *J Am Coll Cardiol*, 38, 2001, č. 3, s. 806-13.

5. VALDES R. Jr., JORTANI S.A., GHEORGHIADE M.: Standards of laboratory practice: Cardiac drug monitoring. *Clinical Chemistry*, 44, 1998, č. 5, s. 1096 - 1109.

6. SIMON S.R., ANDRADE S.E., ELLIS J.L., NELSON W.W., GURWITZ J.H., LAFATA J.E., DAVIS R.L., FELDSTEIN A., RAEBEL M.A.: Baseline laboratory monitoring of cardiovascular medications in elderly health maintenance organization enrollees. *J Am Geriatr Soc.*, 53, 2005, č. 12, s. 2165 - 9.

7. WARREN J.L., McBEAN A.M., HASS S.L., BABISH J.D.: Hospitalizations with adverse events caused by digitalis therapy among elderly Medicare beneficiaries. *Arch Intern Med*, 154, 1994, č. 13, s. 1482 - 1487.

8. FICK D.M., COOPER J.W., WADE W.E., WALLER J.L., MacLEAN J.R., BEERS M.H.: Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*, vol. 163, 2003, č. 22, s. 2716 - 24.

9. WAWRUCH M., ZIKAVSKA M., WSOLOVA L., JEZOVA D., FIALOVA D., KUNZO M., KUZELOVA M., LASSANOVA M., KRUTY P., KRISKA M.: Perception of potentially inappropriate medication in elderly patients by Slovak physicians. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 15, 2006, č.11, s. 829-34.

10. ONDER G., LANDI F., CESARI M., GAMBASSI G., CARBONIN P., BERNABEI R.; Investigators of the GIFA Study: Inappropriate medication use among hospitalized older adults in Italy: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly. *Eur J Clin Pharmacol*, 59, 2003, č. 2, s. 157-62.

11. FISHKIND D., PARIS B.E., ARONOW W.S.: Use of digoxin, diuretics, beta blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and calcium channel blockers in older patients in an academic hospital-based geriatrics practice. *J Am Geriatr Soc*, 45, 1997, č. 7, s. 809-12.

12. RIEČANSKÝ I.: Digitalis - minulosť, prítomnosť a perspektívy starého lieku. *Kardiológia*, 16, 2007, č. 2, s. 53 - 59.

13. DÚBRAVA M.: Účinná a bezpečná farmakoterapia seniorov. *Via practica*, 3, 2006, č. 7-8, s. 327 - 332.

14. OLSON L.J., MILLER W.L.: Pharmacotherapy of congestive heart failure. In: GIULIANI E.R., GERSH B.J., McGOON M.D., HAYES D.L., SCHAFF H.V.: *Mayo Clinic practice of cardiology*. 3rd edit. Mosby, St. Louis et all. 1996, 2007 s.

15. DOHERTY J.E.: Principles and practice of digitalization. In: Messerli F.H.: *Cardiovascu-*

lar Drug therapy. W.B.Saunders company, Philadelphia - London - Toronto - Montreal - Sydney - Tokyo 1990, 1709 s.

16. ZAPATER P., REUS S., TELLO A., TORRUS D., PEREZ-MATEO M., HORGA J.F.: A prospective study of the clarithromycin-digoxin interaction in elderly patients. *J Antimicrob Chemother*, 50, 2002, č. 4, s. 601-6.

17. RYAN T.J., BAILEY K.R., McCABE C.H., et al.: The effects of digitalis on survival in high-risk patients with coronary artery disease. The Coronary Artery Surgery Study (CASS). *Circulation*, 67, 1983, č. ____, s. 735 - 742.

18. BIGGER J.T. Jr., FLEISS J.L., ROLNITZKY L.M., et al.: Effect of digitalis treatment on survival after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 55, 1985, č. ____, s. 623 - 630.

19. PACKER M.: The development of positive inotropic agents for chronic heart failure: how have we gone astray? *J Am Coll Cardiol*, 22, 1993; č. 4 - Suppl A, s. 119A - 126A.

20. HUNT S.A., ABRAHAM W.T., Chin M.H., FELDMAN A.M., FRANCIS G.S., GANIATS T.G., JESSUP M., KONSTAM M.A., MANCINI D.M., MICHL K., OATES J.A., RAHKO P.S., SILVER M.A., STEVENSON L.W., YANCY C.W., ANTMAN E.M., SMITH S.C. Jr., ADAMS C.D., ANDERSON J.L., FAXON D.P., FUSTER V., HALPERIN J.L., HIRATZKA L.F., JACOBS A.K., NISHIMURA R., ORNATO J.P., PAGE R.L., RIEGEL B.; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; American College of Chest Physicians; International Society for Heart and Lung Transplantation; Heart Rhythm Society: ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 112, 2005, č. 12, e154-235.

21. FUSTER V., RYDEN L.E., CANNON D.S., CRIJNS H.J., CURTIS A.B., ELLENBOGEN K.A., HALPERIN J.L., Le HEUZEY J.Y., KAY G.N., LOWE J.E., OLSSON S.B., PRYSTOWSKY E.N., TAMARGO J.L., WANN S., SMITH S.C. Jr., JACOBS A.K., ADAMS C.D., ANDERSON J.L., ANTMAN E.M., HALPE-

RIN J.L., HUNT S.A., NISHIMURA R., ORNATO J.P., PAGE R.L., RIEGEL B., PRIORI S.G., BLANC J.J., BUDAJ A., CAMM A.J., DEAN V., DECKERS J.W., DESPRES C., DICKSTEIN K., LEKAKIS J., MCGREGOR K., METRA M., MORAIS J., OSTERSPEY A., TAMARGO J.L., ZAMORANO J.L.; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines; European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society: ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 114, 2006, č. 7, e257-354.

22. BLOMSTROM-LUNDQVIST C., SCHEINMAN M.M., ALIOT E.M., ALPERT J.S., CALKINS H., CAMM A.J., CAMPBELL W.B., HAINES D.E., KUCK K.H., LERMAN B.B., MILLER D.D., SHAEFFER C.W., STEVENSON W.G., TOMASELLI G.F., ANTMAN E.M., SMITH S.C. JR., ALPERT J.S., FAXON D.P., FUSTER V., GIBBONS R.J., GREGORATOS G., HIRATZKA L.F., HUNT S.A., JACOBS A.K., RUSSELL R.O. JR., PRIORI S.G., BLANC J.J., BUDAJ A., BURGOS E.F., COWIE M., DECKERS J.W., GARCIA M.A., KLEIN W.W., LEKAKIS J., LINDAHL B., MAZZOTTA G., MORAIS J.C., OTO A., SMITSETH O., TRAPPE H.J.; European Society of Cardiology Committee, NASPE-Heart Rhythm Society: ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias - executive summary. a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines and the European society of cardiology committee for practice guidelines (writing committee to develop guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias) developed in collaboration with NASPE-Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*, 42, 2003, č. 8, s. 1493 - 1531.

23. HAAS G.J., YOUNG J.B.: Inappropriate use of digoxin in the elderly: how widespread is the problem and how can it be solved? *Drug Saf*, 20, 1999, č. 3, s. 223-30.

24. WHITE HD, AYLWARD PE, HUANG

Z, DALBY AJ, WEAVER WD, BARVIK S, MARIN-NETO JA, MURIN J, NORDLANDER RO, VAN GILST WH, ZANNAD F, MCMURRAY JJ, CALIFF RM, PFEFFER MA; VALIANT Investigators: Mortality and morbidity remain high despite captopril and/or Valsartan therapy in elderly patients with left ventricular systolic dysfunction, heart failure, or both after acute myocardial infarction: results from the Valsartan in Acute Myocardial Infarction Trial (VALIANT). *Circulation*, 112, 2005, č. 22, s. 3391-9.

25. STRANDBERG T.E., PITKALA K., KULP S., TILVIS R.S.: Use of cardiovascular drugs by home-dwelling coronary patients aged 75 years and older. A population-based cross-sectional survey in Helsinki, Finland. *Eur J Clin Pharmacol*, 57, 2001, č. 6-7, s. 513-6.

26. MISIASZEK B., HECKMAN G.A., ME-

RALI F., TURPIE I.D., PATTERSON C.J., FLETT N., MCKELVIE R.S.: Digoxin prescribing for heart failure in elderly residents of long-term care facilities. *Can J Cardiol*, 21, 2005, č. 3, s. 281-6.

27. O'CONNOR C.M., STOUGH W.G., GAL-LUP D.S., HASSELBLAD V., GHEORG-HIA-DE M.: Demographics, clinical characteristics, and outcomes of patients hospitalized for decompensated heart failure: observations from the IM-PACT-HF registry. *J Card Fail*, 11, 2005, č. 3, s. 200-5.

Adresa autora

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

Polymorbidity of seniors: Long-term therapy with digoxin

Martin Dúbrava, Miloš Haršányi, Petra Kazimírová

Summary

Digoxin is the commonest drug in geriatrics. Polymorbidity is one of a typical feature of geriatrics. Relationship between polymorbidity and digoxin therapy has not been reported in any literature though comorbidities are supposed to affect directly indication and quality of digoxin therapy. The aim of our work was to present information about digoxin therapy related to polymorbidity of the elderly in reality. Indication of long-term therapy with digoxin was analyzed in retrospective study from case reports of 65-year-old patients and older, who were hospitalized at university geriatric clinic for the period of one year. The set of patients involved 896 patients (women/men: 63.6/36.4%), mean age 78.2 yrs (median 78 yrs, range 65-102 yrs). Digoxin was the 8th mostly used drug. It was prescribed to 23% of patients; the highest prescription was in subgroup of patients with concurrent atrial fibrillation and heart failure (2/3 of patients). Patients treated with digoxin presented high polymorbidity. More frequent medication with digoxin in women has not been reported in literature. Increased administration of digoxin was confirmed up to the age of 70 yrs with culmination between 80 - 84 yrs. We found extremely high occurrence (80%) of diseases and medications that have potential to deteriorate effectiveness and/or toxicity of digoxin. Digoxinemia monitoring is not the general solution and we suggest administration of digoxin in the elderly if it is beneficial for them considering the whole clinical context of each patient.

Key words: geriatrics - polymorbidity - digoxin

Srovnn zdravotn situace pacient ve vku 50-64 let podle ptiletch vkovch skupin

V. Zaremba, H. Zavzalov, K. Zikmundová, J. Kotrba
(stav socilnho lkařstv Lékařské fakulty UK v Plzni
Vedoucí: Doc. MUDr. Helena Zavzalov, CSc.)

65
Geriatrics
2/2007

Originalne práce / Original papers

Souhrn

Clem studie byla analza rozdl ve zdravotn situaci pacient ve tech pětiletých věkových podskupinách středního věku (50-54 let, 55-59 let a 60-64 let). Byly zjiřtovny a srovnávány zdravotn potize, omezující nemoci, frekvence a důvody nvřtvy u praktického lékaře a len u odborných lékařů, hospitalizace, uřivn léků a subjektivn hodnocení zdravotnho stavu. Objektem studia byl vzorek 1002 osob ve věku 50-64 let, řijcch pevzn ve mstech. daje byly ziskny metodou rozhovoru s vybranými pacienty při jejich nvřtv u praktického lékaře v letech 2005-2006. Mezi nejvř zdravotn potize patřily bolesti a pohybov potize. Nejastjř omezující nemoci představovaly nemoci pohybového ústrojí a od 55. roku řivota tak nemoci obhov soustavy. Pacienti ve vkov skupině 55-64 let hodnotili svůj zdravotn stav podstatn astji jako řpatn ve srovnání s věkem 50-54 let. Naprost vřřina ve vřech sledovaných věkových skupinách vřak hodnotila sv zdravn jako dobr nebo pimřen věku. S věkem se zvyřovaly i ukazatele spotřeby zdravotn péče (frekvence nvřtv u lékaře, uřivn léků).

Klicov slova: zdravotn situace - věk 50-64 let - vkov rozdíly

vod

Zdravn situaci mžeme hodnotit podle objektivních kritérií i podle subjektivního prořivn skutečnosti samotnými pacienty. Mezi objektivním stavem a individuálním hodnocenm mohou být znan rozdíly. O tchto rozdílech bylo pojednáno na jiném mst při hodnocení zdravotn situace seniorů (13).

V tomto sdlen strun analyzujeme zdravotn situaci osob ve středním věku, a to podle pětiletých věkových skupin. Hranici středního věku jsme posunuli do 65. roku řivota. Věkovou skupinou 50-59 let jako celkem jsme se jz zabývali (14). Soudivme, ře v blzk budoucnosti v souvislosti s prodluřovnm věku odchodu do starobního důchodu, se zlepřovnm zdravotnho stavu a zvyřovnm naděje dořit (stedn dlky řivota) se stedn věk posune k vřřm vkovm skupinám.

Období pozdního středního věku (55-64 let) je rizikovjř než mladř stedn věk (45-54 let), a to po stránce zdravotn i sociln. Narůstá prevalence chronických ne-

mocí, zejména chorob obhov soustavy a pohybového ústrojí. Zvyřuje se potřeba zdravotn a sociln péče. Astji hrozí ztráta zaměstnání, intenzivněji působí psychick stresory. Osoby v pozdním středním věku (zejména řeny) jsou pod dvojitm tlakem pokud jde o poskytování pomoci a podpory dětem i rodičům a pipadn i parodim. Jsou někdy označovány jako „sendviov generace“ (11). Vřřina tto generace jz řije samostatn jako partnersk dvojice, jejich pjmy jsou zpravidla v tomto řivotnm období nejvř než odejdou do starobního důchodu. To vřak nemusí být vřdy pozitivn pro zdrav způsob řivota (přejídání apod.) Proto vzrůstá potřeba pipadn úpravy řivotnho stylu, stoupá význam clen zdravotn vchovn práce, dleřit v kařdm věku (2). Jz v tomto období stednho věku přichází v úvahu mořnost zanedbvn, sniřovn lidsk dôstojnosti, podobn jak se s tm setkáváme astji ař u seniorsk populace (4,5). Je zajímav, ře mezi posluchai Univerzity a Akademii tetho věku jsou i ustnci střed-

niho veku; i toto fórum je vhodné pre propagáciu zdravého životného štýlu (15).

Pozdní strední vek je tak tiež posledný etapou prípravy na stáří, môžeme jej označiť tak tiež ako vek preseniorský. Osoby v tomto veku patrí tak tiež k hlavným rezervám a již realizovaným zdrojom neinstitucionálnej podpory a pomoci svým blízkým ve vysokém věku. Některými autory je navrhován jakýsi index rozsahu této možnosti, a to poměr počtu osob ve věku 50-74 let k počtu osob nad 85 let věku: „oldest old support ratio“. Tento index poskytuje informaci o počtu osob potenciálně schopných pečovat o jednu osobu starší 85 let (6,9). Tento index se vývojem snižuje vzhledem k tomu, že proces stárnutí ve velmi vysokém věku (nad 80-85 let) je intenzivnější než v raném stáří (do 75 let). Tento vývoj bude dále pokračovat a možnosti péče širší rodiny o své blízké ve vysokém stáří se bude snižovat (3) i v důsledku jiných příčin (např. prodlužování věku odchodu do starobního důchodu apod.).

Blížší poznání zdravotní situace a sociálních charakteristik života osob v jednotlivých časových obdobích středního věku doplní naše znalosti o realitě této možnosti podpory a pomoci osobám v pozdním stáří (7). Komplexní termín „Generace 50 plus“ a její analýza je již prvním zásadnějším krokem k rozšíření zájmu i o tuto populaci (8,10).

Soubor a metodika

Výběrový soubor (kvótní výběr) představovali pacienti, kteří navštívili praktického lékaře alespoň jednou v jeho ordinaci v průběhu zhruba jednoho roku (říjen 2005 – červen 2006). S vybranými pacienty byl proveden s jejich souhlasem rozhovor instruovanými studenty 6. ročníku Lékařské fakulty UK v Plzni, a to na podkladě námi vypracovaného rozhovorového listu (dotazníku). Nejde tedy o vzorek obecné populace, ale jen o ty osoby, které navštívili lékaře většinou pro zdravotní potíže.

Vzorek zahrnoval celkem 1002 osoby: 434 mužů (43,3 %) a 568 žen (56,7 %).

Složení souboru podle pětiletých věkových skupin znázorňuje tab. 1.

V sdělení jsou analyzovány tyto charakteristiky:

1. největší zdravotní potíže,
2. nemoci, které nejvíce omezovaly pacienty (nejde tedy o všechny přítomné nemoci),
3. subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu,
4. návštěvnost u praktických lékařů, její důvody a léčení u odborných lékařů,
5. hospitalizace a užívání léků.

Ke statistickému hodnocení bylo použito testu pro hodnocení dat v procentech (pravděpodobnosti). Počty respondentů (n) uváděné v tabulkách zahrnují jen ty, kteří odpověděli na danou otázku.

Na tomto místě si dovoluujeme srdečně poděkovat všem studentům, praktickým lékařům i respondentům za jejich pomoc a ochotu při realizaci tohoto šetření.

Výsledky a diskuse

1. Největší zdravotní potíže

Byly sledovány jen největší subjektivní potíže, pacienti mohli uvést až tři. Mezi nejčastější patřily ve všech pětiletých skupinách **bolesti a pohybové potíže** (tab. 2), postihovaly čtvrtinu až třetinu sledované populace. Časté byly i zažívací potíže (skoro pětina), nespavost a dušnost (ta hlavně až od 55 let). S věkem klesal počet těch, kteří neměli žádné velké potíže: od 20,9 % ve věku 50-54 let do 10,7 % ve věku 60-64 let ($P < 0,001$).

Tab. 1 Složení souboru pacientů ve věku 50-64 let

Věková skupina	Počet	%
50-54 let	352	35,1
55-59 let	275	27,5
60-64 let	375	37,4
Celkem	1002	100,0

2. Omezující (disabilizující) nemoci

I zde mohli pacienti uvést až tři nemoci, které nejvíce omezovaly některé funkce. Ve všech sledovaných věkových podskupinách byly na prvním místě **nemoci pohybového ústrojí** (tab. 3): od 25,8 % ve věku 50-54 let až u 38,0 % ve věku 60-64 let ($P < 0,001$). Na druhém místě od věku 55 let to byly **nemoci oběhové soustavy** a třetí místo zaujímaly **nemoci trávicí sousta-**

no řadou okolností, nejen objektivním zdravotním stavem. Hrají tu úlohu psychické i sociální faktory. Subjektivní hodnocení zdraví odpovídá spíše definici zdraví Světové zdravotnické organizace jako stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody. V našem šetření věkové skupiny 55-59 let a 60-64 let jsou si dost podobné. Skupina 50-54 let hodnotí své zdraví v 58,4 % jako dobré a jen 12,6 % jako špatné (tab. 4).

Tab. 2 Největší zdravotní potíže u pacientů ve věku 50-64 let v závislosti na věku (v %)

Potíže	50-54 let	55-59 let	60-64 let
bolesti	25,7	29,8	30,8
pohybové	22,9	28,4	37,8
zaživací	19,1	20,7	15,8
nespavost	13,4	18,9	22,3
dušnost	8,6	21,1	18,8
jiné	19,4	21,8	24,9
žádné	20,9	14,2	10,7
Počet respondentů	350	275	374

vy (zhruba u desetiny pacientů ve všech věkových podskupinách). Více než třetina pacientů ve věku 50-54 let uvedla, že nemá žádné omezující nemoci, ve věku 55-59 let to byla skoro čtvrtina a u 60-64 letých méně než pětina.

3. Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu

Vnímání vlastního zdraví je podmíně-

Tato skupina vnímá významně a podstatně více své zdraví jako dobré než věkové skupiny 54-59 let a 60-64 let ($P < 0,001$). Ve věku 55-64 let jako špatné je hodnotil každý pátý pacient a skoro polovina je hodnotila jako přiměřené věku. Zhoršování zdravotního stavu s věkem považují za normální proces.

Tab. 3 Disabilizující nemoci u pacientů ve věku 50-64 let v závislosti na věku (v %)

Nemoci	50-54 let	55-59 let	60-64 let
pohybového ústrojí	25,8	34,6	38,0
oběhové soustavy	9,5	20,6	27,0
trávicí soustavy	10,3	11,4	9,7
dýchací soustavy	8,9	8,5	6,2
diabetes mellitus	1,7	4,8	7,5
duševní	2,9	4,4	4,9
nervové	5,2	3,7	1,9
moč. a pohl. soustavy	2,0	3,7	4,0
ostatní	12,9	12,5	14,8
žádné	36,4	23,2	18,1
Počet respondentů	349	272	371

Tab. 4 *Subjektívni hodnotení vlastného zdravotného stavu pacienty vo veku 50-64 let (v %)*

Zdravotní stav	50-54 let	55-59 let	60-64 let
velmi dobrý	9,1	4,4	4,5
dobry	49,3	29,4	26,0
prímerený veku	29,0	43,3	50,7
spíše špatný	12,0	21,8	16,1
velmi špatný	0,6	1,1	2,7
Počet respondentů	351	275	373

4. *Návštěvnost u praktických lékařů a léčení u odborných lékařů*

Návštěvnost výrazně stoupala s věkem (tab. 5). Jednou až dvakrát za měsíc navštěvovalo **praktického lékaře** jen 16,6 % osob ve věku 50-54 let, ale až 39,3 % ve věku 60-64 let ($P < 0,001$). Méně často než 1-2 krát za 3 měsíce navštívila lékaře více než polovina pacientů ve věku 50-54 let, ale jen 15,4 % osob ve věku 60-64 let ($P < 0,001$).

Hlavním **důvodem** návštěvy byl **předpis léků**, případně **kontrola zdravotního stavu** (tab. 5), uvedla jej třetina pacientů ve věku 50-54 let a skoro dvě třetiny ve věku 60-64 let ($P < 0,001$). Následovala akutní onemocnění a zhoršení zdravotního stavu (častěji u 50-54 letých). Každý pátý ve věku 50-54 let přišel na preventivní prohlídku,

zatímco v dalších dvou věkových podskupinách zhruba každý desátý ($P < 0,001$). Vysoké procento těch, kteří přišli na preventivní prohlídku, zejména ve věku 50-54 let je překvapující. Je zajímavé, že u desetin pacientů ve všech věkových podskupinách bylo hlavním důvodem doporučení k odbornému lékaři, přestože návštěvy odborníků jsou u nás volné (doporučení není nutné). Důvodů této skutečnosti může být více: neznalost, praktický lékař doporučí nejlepšího odborníka apod.

U **odborných lékařů** se léčilo 48,4 % osob ve věku 50-54 let, 59,3 % ve věku 55-59 let a 66,7 % ve věku 60-64 let. Frekvence návštěv u odborníků stoupá s věkem pacientů. Řada pacientů se léčila u více odborných lékařů. Ve věkové skupině 50-54 let šlo nejméně o interní obory, ne-

Tab. 5 *Návštěvnost pacientů ve věku 50-64 let u praktických lékařů a její důvody v závislosti na věku (v %)*

Frekvence návštěv	50-54 let	55-59 let	60-64 let
jednou týdně	2,3	4,8	1,9
1-2krát za měsíc	16,6	26,1	39,3
1-2krát za 3 měsíce	28,0	35,3	43,4
méně často	53,1	33,8	15,4
Počet respondentů	343	272	371
Důvody návštěvy			
předpis léků a kontr. zdrav.stavu	34,7	52,4	62,7
akutní onemocnění,			
zhoršení zdrav. stavu	27,2	22,9	19,5
preventivní prohlídka	22,9	9,1	7,7
doporučení k odbor. lékaři	10,9	11,6	12,3
jiné	10,3	8,4	6,7
Počet respondentů	349	275	375

urology a ortopedy; ve věku 55-59 let o interní obory, ortopedy a u mužů také o urology; ve věku 60-64 let o interní obory, ortopedy a urology (u mužů).

5. Hospitalizace a užívání léků

Hospitalizace

Ukazatele hospitalizace ve věku 55-59 let a 60-64 let jsou podobné. V posledním roce byla v tomto věku hospitalizována ví-

výrazně stoupá spotřeba pravidelně užívaných léků (tab. 7). Ve věku 50-54 let užívalo léky pravidelně více než dvě pětiny, ve věku 55-59 let již skoro dvě třetiny a ve věku 60-64 let více než čtyři pětiny, tedy dvakrát více než ve věku 50-54 let ($P < 0,001$). Ve věku 60-64 let jen 6,1 % neužívalo léky vůbec.

U volně prodejných léků rozdíly mezi sledovanými věkovými podskupinami nej-

Tab. 6 Hospitalizace pacientů ve věku 50-64 let v závislosti na věku (v %)

Hospitalizace	50-54 let	55-59 let	60-64 let
v posledním roce	14,0	25,4	29,3
před 2-5 lety	24,9	23,3	28,5
před více než 5 lety	34,0	32,4	25,9
žádná	27,1	18,9	16,3
Počet respondentů	350	275	375

ce než čtvrtina pacientů; ve věku 50-54 let jen 14,0 % (tab. 6). Vůbec nebylo ještě hospitalizováno v životě 27,1 % ve věku 50-54 let, 18,9 % ve věku 55-59 let ($P < 0,05$) a 16,3 % ve věku 60-64 let. Obecně lze říci, že ve středním věku s přibývajícím věkem mírně roste hospitalizovanost.

Užívání léků

Užívání léků je ve všech sledovaných věkových podskupinách vysoké. S věkem

sou tak výrazné (tab. 7). Překvapivé je, že jen čtvrtina pacientů nekupovala léky. Většina pacientů kupuje léky jen občas. Relativně poněkud nižší kupování léků ve skupině 60-64 let ve srovnání se skupinou 50-54 let lze zčásti vysvětlit finančními možnostmi.

Rychlý nárůst spotřeby léků v preseniorském věku vede k tomu, že již v posledním sledovaném pětiletí (60-64 let) bylo užívání léků velmi vysoké: pravidelně nebo

Tab. 7 Užívání léků pacienty ve věku 50-64 let v závislosti na věku (v %)

Specifikace	50-54 let	55-59 let	60-64 let
Užívání léků			
pravidelně	43,2	65,1	85,9
občas	32,7	21,4	8,0
neužívá	24,1	13,5	6,1
Počet respondentů	352	275	375
Kupování volně prodejných léků			
pravidelně	9,9	17,1	14,2
občas	65,1	56,7	55,9
nekupuje	25,0	26,2	29,9
Počet respondentů	352	275	374

občas je uživalo skoro 94 % všetkých pacientů. Problematikou poklesu compliance je treba sa zaoberať aj v tomto veku, pričom možno využiť už známych poznatkov z riešenia tejto situácie u seniorů (1,12).

Závěry

1. Vývoj zdravotní a sociální situace v závislosti na věku nasvědčuje tomu, že se období středního věku posouvá k vyšším věkovým skupinám. Střední věk pak můžeme dělit na časný (raný) střední věk (45-54 let) a na pozdní střední věk (55-64 let). Týká se to obecné populace, ne individuálních odchylek.

2. Analýza ukazatelů zdravotní situace podle pětiletých věkových podskupin ukazuje, že již ve středním věku, zejména v jeho pozdní fázi dochází ke zvyšování prevalence disabilizujících stavů, zdravotních potíží, zvýšení potřeby zdravotní péče i subjektivního hodnocení zdravotního stavu jako špatného. Ve všech sledovaných věkových podskupinách mezi nejčastější omezující nemoci patřily nemoci pohybového ústrojí, u věkové skupiny 55-64 let i nemoci oběhové soustavy.

3. Období pozdního středního věku je jakýmsi předpolím stáří. Jeho prožívání, kvalita zdraví, psychické i sociální nároky předurčují do jisté míry obraz života i ve vyšším a vysokém věku. Příprava na relativně zdravý a aktivní způsob života ve stáří patří mezi hlavní výchovné úkoly a náplň preventivních opatření. Studium zdravotní a sociální situace této „předdůchodové“ věkové skupiny je často neprávem opomíjeno, přestože jde o skupinu, která patří k hlavním zdrojům možných poskytovatelů pomoci a péče starým závislým a potřebným členům širší rodiny.

Literatura

1. HEGYI L.: Compliance vo vyššom veku. Geriatria 11, 2005, č. 2, s. 78-82.
2. HOLČÍK J., ŘEHULKA E.: Potřeba a poslání zdravotní výchovy. Čas. Lék. čes. 146, 2007, č. 1, s. 3-8.
3. KALVACH Z.: Zdravotnické aspekty stárnutí populace (rezortní age-mainstreaming).

Zdrav. Noviny 56, 2007, č. 10, s. 12-14.

4. KOVAL Š.: Týranie starých ľudí. Košice: PonT 2001, 148 s. ISBN 80,967611-2-9.

5. KRAJČÍK Š.: Důstojnosť starých ľudí a zdravotnícká starostlivosť. Kontakt 7, 2005, č. 1-2, s. 33-36.

6. MAC-AULEY D., MORRIS Z. S.: Caring for the oldest old. Brit. med. J. 334, 2007, č. 7593, s. 546-547.

7. NUMMELA O. P., SULANDER T. T., HEINONEN H. S., UUTELA A. K.: Self-rated health and indicators of SES among the ageing in three types of communities. Scand. J. pub. Hlth 35, 2007, č. 1, s. 39-47.

8. PRŮŠA L.: Možná opatření ke zvýšení zaměstnanosti věkové skupiny 50 plus. In: Sborník III. mezinárodní konference Problematika - Generace 50 plus. České Budějovice, Jihoč. univerzita - Zdrav.soc.fakulta - Ledax 2006, s. 16-18.

9. ROBIN J.-M., MICHEL J.-P., HERRMANN F.: Who will care for the oldest people? Brit. med. J. 334, 2007, č. 7593, s. 570-571.

10. SBORNÍK III. mezinárodní konference Problematika - generace 50 plus. České Budějovice: Jihočeská univerzita - Zdravotně sociální fakulta - LEDAX s. r. o. 2006. ISBN 80-7040-903-7.

11. SCHRIJVERS A. J. P., DUURSMA S. A., de WEERT-van OENE G.H., JÓRG F.: Care for the elderly. In: Health and health care in the Netherlands. Ed. A. J. Schrijvers. Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen, The Netherlands 1997.

12. TOPINKOVÁ E., FIALOVÁ D., CARPENTER G. I., BERNABEI R.: Mezinárodní srovnání lékové compliance a faktorů ovlivňujících non-complianci u seniorů s polyfarmakoterapií. Čas. Lék. čes. 145, 2006, č. 9, s. 726-732.

13. ZAREMBA V., ZAVÁZALOVÁ H., KOTRBA J., LAVIČKA F., ZIKMUNDOVÁ K.: Zdravotní situace seniorů a její závislost na věku. Geriatria 12, 2006, č. 1, s. 21-28.

14. ZAVÁZALOVÁ H., ZIKMUNDOVÁ K., ZAREMBA V., HOLMEROVÁ I.: Zdravotní stav osob středního a vyššího věku. Čes. geront. Revue 1, 2003, č. 4, s. 45-49.

15. ZAVÁZALOVÁ H., ZAREMBA V., ZIKMUNDOVÁ K., ČELEDVÁ L., HOLMEROVÁ I.: Má význam vzdělávat seniory? Čes. geront. Revue 5, 2007, č.1, s. 52-53.

Adresa autora

Prof. MUDr. V. Z., DrSc.,
Ústav sociálního lékařství Lékařské
fakulty UK
alej Svobody 31, 323 Plzeň
Česká republika

Comparison of health status of patients at the age of 50-64 yrs according to five-year age groups

V. Zaremba, H. Zavázalová, K. Zikmundová, J. Kotrba

Summary

The aim of the study was to analyze the difference of health status of patients in three five-year age subgroups (50-54,55-59,60-64 yrs). Health complaints were found and compared, then limiting diseases, frequency and reasons for visiting a GP, or specialists, hospitalization, drug taking and subjective evaluation of health condition. The study involved 1002 persons at the age of 50 - 64 yrs who lived in the city. Data were collected on basis of an interview of a GP with selected patients in the period of time 2005 - 2006. Patients most frequently complained of pains and mobility problems. The most frequent limited diseases were diseases of locomotory system and from the age of 55 also circulatory system diseases. Patients at the age group 55-64 significantly more frequently evaluated their status as worse comparing with the age group 50-54. Majority of all monitoring age groups evaluated the health status as good or adequate to their age. The higher the age the higher frequency of visiting a GP or drug taking was reported in the interview.

Key words: health situation - age 50-64 - age groups

Jana Andruchová, Zora Bútorová, Janka Debrecéniová, Lýdia Marošiová, Martina Sekulová, Sylvia Šumšalová: Tu a teraz: Sondy do života žien 45+. Ed.: Zora Bútorová. Bratislava: Inštitút pre verejnú otázku, 2007, s. 117, ISBN 978-80-88935-95-7

Štúdia vyšla v rámci projektu Plus pre ženy 45+ Iniciatívy Spoločenstva EQUAL, ktorý je financovaný z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu a spolufinancovaný Európskou úniou.

Štúdia obsahuje predslav a kapitoly 1. Keď sa z konička stane podnikanie: skúsenosti žien z Lúčenca a okolia, 2. Pracovné podmienky šičiek na severnom Slovensku (alebo čo sa skrýva za cenou šiat, ktoré máme možno práve na sebe), 3. Keď rozhoduje sezónnosť ... (pracovná situácia žien v turistickom regióne) 4. Situácia žien v okrese Humenné v kontexte migrácie za prácou do zahraničia. Nasleduje záver, anglický súhrn a predstavenie editorky a autoriek.

Štúdia sa zaoberá pracovnými a životnými podmienkami podnikateľiek vo veku nad 45 rokov, kvalifikované právnické komentáre k pracovným podmienkam žien, skúsenosťami s pracovnými problémami žien v turistickej oblasti a problematikou migrácie za prácou najmä do zahraničia. Publikácia je oživená početnými prípadovými štúdiami.

Publikácia je zaujímavá pre sociológov a všetkých tých, ktorí sledujú účasť a problémy žien na trhu práce. V dôsledku demografického vývoja tvoria vyššie vekové ročníky populácie prevážne ženy, preto je pre gerontológa a geriatra zaujímavá tým, že vykresľuje pracovné a životné podmienky žien najmä v strednom veku a ukazuje okolnosti, podieľajúce sa na vývoji ich zdravia a chorobných stavov už na počiatku ich staršieho veku.

Publikácia sa dobre číta, je homogénna napriek viacerým autorom a je zaujímavou sondou do životných a pracovných podmienok slovenských žien vo veku nad 45 rokov.

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

71
Geriatrics
2/2007

Originalné práce / Original papers

Recenzie kníh / Book reviews

Kardiovaskulárny profil seniorov žijúcich v bratislavských domovoch dôchodcov

J. Odráška*, Z. Mikeš*, P. Hlivák**

(*Klinika geriatric LF UK a FNŠP Ba, Nemocnica akad. L. Déreza, Bratislava

prednosta: prof. MUDr. Z. Mikeš, DrSc.

**NÚSCH, Bratislava)

Súhrn

Ochorenia kardiovaskulárneho systému predstavujú v Slovenskej republike najčastejšiu príčinu úmrtia (55,2%). Za tieto ochorenia sú v prevažnej miere zodpovedné orgánové komplikácie aterosklerózy. Jedným z jej kľúčových rizikových faktorov je arteriálna hypertenzia a spolu s dyslipidémiou, a nadváhou sa podieľajú na 70% výskytu rizikových faktorov v slovenskej populácii (12). Tieto najčastejšie RF a ich orgánové komplikácie sú dominantné z príčin invalidizácie a úmrtia chorých. Na základe predkladanej správy sme dospeli k záverom:

- Výsledky poukazujú na vysokú incidenciu rizikových faktorov, arteriálnu hypertenziu, dyslipoproteinémiu, diabetes mellitus, alebo porušenú toleranciu glukózy u staršej populácie.
- Zistené údaje poukazujú na nedostatočne kontrolovanú resp. liečenú arteriálnu hypertenziu, dyslipoproteinémiu. Pomerne vysoké percento novodiagnostikovanej dyslipoproteinémie, resp. hyperlipidémie, porušeného metabolizmu sacharidov.
- Najčastejšie lieky pri liečbe arteriálnej hypertenzie boli blokátory angiotenzín konvertujúceho enzýmu, beta blokátory, diuretiká, blokátory vápnikových kanálov. Nízke užívanie kombinovaných antihypertenzív. Pri liečbe dyslipoproteinémie nikto z probandov neužíval medikamentózne kombinovanú hypolipidemickú liečbu.
- Muži mali signifikantne častejšie prítomnú manifestnú formu ischemickej choroby srdca, ako ženy.
- Výsledky sú alarmujúce, poukazujú na potrebu zvýšiť starostlivosť a súčasne zintenzívniť terapiu v tejto vekovej kategórii.

Kľúčové slová: seniory - domovy dôchodcov - kardiovaskulárny profil

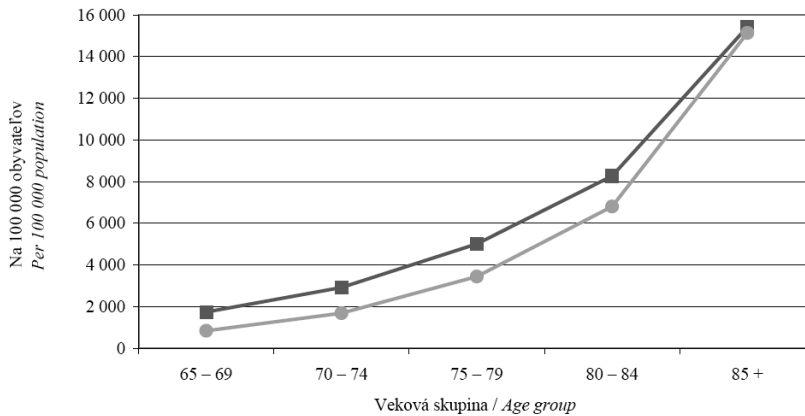
Úvod

Kardiovaskulárne ochorenia sú vedúcou príčinou úmrtia u žien a mužov vo vyspelých krajinách (1, 2). Pokles mortality a pôrodnosti v poslednej dekáde je príčinou nárastu seniorskej populácie. Tento trend je významný predovšetkým vo vyspelých krajinách a demografické analýzy predpokladajú, že do roku 2025 výrazne stúpne počet ľudí starších nad 80 rokov. Predpokladá sa, že populácia staršia ako 65 rokov bude v roku 2025 tvoriť štvrtinu celosvetovej populácie. Toto bude mať dôležitý medicínsky a spoločenský dopad. Seniorská populácia je charakterizovaná polymorbiditou. V tejto vekovej kategórii sú kardiovaskulárne ochorenia vysoko frekventné (viac ako 50%), dochá-

dza tu k vzostupu výskytu aterosklerózy a je následkov (krivka špecifickej úmrtnosti na choroby obehovej sústavy). Ischemická choroba srdca je najčastejšou príčinou smrti v tejto vekovej kategórii (nad 65 rokov).

Jedna tretina kardiovaskulárnych chirurgických intervencií sa uskutočňuje u seniorov. Ekonomický a sociálny dopad týchto zistení a následkov je enormný. Hoci populáciu nad 65 rokov tvorí iba cca 15% celkovej populácie, pripadá na ňu viac ako 30% - 50% zdravotníckych nákladov. Tiež k tomu musíme prirátavať ekonomické a sociálne náklady, ktoré smerujú, resp. sú určené pre nesebestačných seniorov. Je dobre známe, že dôsledok redukcie rizikových faktorov kardiovaskulárnej mortality a dopad preventívnych opatrení sa

pecifick miera úmrtnosti vo veku nad 65 rokov na choroby obehovej sústavy
Specific mortality rate in age group over 65 on circulatory diseases



uplatňuje aj v tejto populácii. Ešte aj v tejto populácii sa dá riziko kardiovaskulrnch ochorení kontrolovať, alebo znzi kvalitu liečby a úpravou ivotnhotlu. Slovenským seniorom patria popredn miesta v celosvetovej mortalite na kardiovaskulárne ochorenia, preto je na mieste otázka. „Dobre u nich poznáme výskyt najčastejších rizikových faktorov?“

Ciele lnku

Kardiovaskulárne ochorenia zostvj napriek novým terapeutickým a diagnostickým postupom stále zvanm zdravotnickm problémom súčasnosti, výrazne predstihujú všetky ostatn príčiny úmrtnosti a v skupine pacientov nad 60 rokov sa nm napriek znmm rizikovým faktorom nedarí znzi kardiovaskulárnu mortalitu. Starí vek charakterizuje polymorbidita, prom prevažujú kardiovaskulárne ochorenia (viac, ako 50% danej vekovej kategórie). Redukciou rizikových faktorov znižujeme kardiovaskulárnu mortalitu a dopad preventívnych opatrení je vrazn najmä v starich vekových skupinách. Slovenskí seniori si svojou mortalitou na kardiovaskulárne ochorenia udruj popredn miesta v celosvetovej úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia. Napriek tomu vie-

me mlo o rizikovom profile tejto vekovej kategórie, preto cieľom tohto článku bolo zistiť kardiovaskulárny rizikov profil populácie osôb starieho veku ijcch v bratislavskej ústavnej starostlivosti.

1. zmapovať kardiovaskulárny rizikov profil /RP/ bratislavských seniorov (mužov a žien) ijcch v domove dôchodcov t. j. výskyt porúch metabolizmu lipidov, sacharidov, arterovej hypertenzie a obezity resp. nadváhy.

Proband a metódy

Predkladan lnok hodnotí súbor 467 seniorov (104 mužov, priemern vek 76,7 a 363 žien, priemern vek 80 rokov) vyšetrených v piatich bratislavských domovoch dôchodcov, v rozmedzí rok apríl 2001 až september 2005. V sledovanom súbore sme analyzovali výskyt rizikových faktorov u sledovaných probandv v ústavnej starostlivosti za elom zistenia kardiovaskulrnch rizikových (KV).

Charakteristika súboru vyšetrovaných seniorov a metódy

Do súboru boli zaraden všetci obyvatelia domovov dôchodcov, ktorí po dôkladnom oboznmen s povahou, cieľoch a

trvaním štúdie, dobrovoľne podpísali informovaný súhlas. Vyšetřili sme 467 pacientov piatich bratislavských domovov dôchodcov (DD Sklenárová, DD Hanulová, DD Pažitková, DD Podbrezovská a DD Pri Vinohradoch). Vyšetřovaný súbor tvorilo (104 mužov s priemerným vekom 76.7 rokov a 363 žien s priemerným vekom 80 rokov). U každého z nich bol vyplnený dotazník zameraný na rodinnú a osobnú anamnézu, rizikové faktory aterosklerózy, prezrela sa zdravotná dokumentácia, resp. zdravotná karta u tých, kde bola k dispozícii. U každého probanda sme stanovili sérové hladiny celkového cholesterolu, HDL, VLDL, triacylglyceridov, glykémie, urikémie, hemoglobínu pomocou prístroja Reflotron firmy Boehringer Mannheim, (kde LDL sme zisťovali podľa Friedewaldovej rovnice), spolu s pokojovým EKG záznamom. Venózna krv bola odobratá ráno po 12 - hodinovom lačnení. Fyzikálne vyšetřenie zahrňovalo vyšetřenie výšky, zváženie hmotnosti, opakované odmeranie tlaku krvi za štandardných podmienok. Vypočítali sme body mass index. Pri sledovaní liečby artériovej hypertenzie, hyperlipoproteinémie sme probandov rozdelili do skupín adekvátne liečených, neadekvátne liečených, resp. pri hodnotení hyperlipoproteinémie sme zisťovali novozistenú hyperlipidémiu. Do tejto skupiny boli zaradení aj probandi, u ktorých sme v zdravotnej dokumentácii opakovane našli zvýšené hodnoty lipidov, ale o svojich hodnotách nevedeli, resp. prvých krát sa o nich dozvedali, až od nás.

Hodnotenie rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení

Artériová hypertenzia bola klasifikovaná podľa smerníc JNC VI. Adekvátnosť antihypertenzívnej liečby sme zisťovali opakovaným meraním tlaku krvi. Prvé meranie tlaku krvi bolo realizované po piatich minútach pokoja a následné druhé bolo realizované po ďalších troch minútach. Pre diagnostiku dyslipoproteinémií a jej zatriedenie sme použili odporúčania

Lipidového konsenzu - 2. Obezitu sme hodnotili pomocou indexu telesnej hmotnosti (BMI). Z rodinnej anamnézy sme sledovali výskyt predčasného kardiovaskulárneho ochorenia, t.j. ischemickej choroby srdca a/alebo náhlej cievej mozgovej príhody u rodičov, súrodencov a detí. U mužov pred päťdesiatym piatym rokom a u žien pred šesťdesiatym piatym rokom ich života. K sledovaným RF v rodine patrili aj diabetes mellitus, náhla smrť a infarkt myokardu. Informácie o zdravotnom stave boli doplnené zo zdravotnej dokumentácie resp. zdravotnej karty. V diagnostickom závere zdravotnej karty sme hľadali ochorenia poškodzujúce kardiovaskulárny systém, informácie o poškodení cieľových orgánov, pridružené klinické stavy. Na ekg - zázname sme hodnotili znaky ischemie a myokardiálnej lézie.

Štatistické vyhodnotenie

Štatistické vyhodnotenie údajov sme robili pomocou kontingenčných tabuliek. Testovanou charakteristikou bola hodnota χ^2 (chí - kvadrát). Porovnanie sme robili pre všetky skupiny probandov (seniori žijúci v bratislavských domovoch dôchodcov, súčasne zvlášť ženy, zvlášť muži). Ak bol výsledkom štatistiky významný rozdiel medzi nimi (t. j. $p < 0.05$), porovnávali sme navzájom dvojice údajov (skupín probandov). To sa týka aj porovnávaní mužov a žien z toho istého miesta. V prípade kontingenčných tabuliek typu 2 x 2, bola použitá Yatesová korekcia, pre celkový rozsah súboru menší ako 100, bol použitý Fisherov exaktný test. Všetky údaje sa spracovali pomocou programu Statgraphics Plus.

Výsledky

Lipidy: Zo všetkých 467 obyvateľov bratislavských domovov dôchodcov, vyšetřených počas rokov 2001 až 2005, bolo 363 žien a 104 mužov. Pri vyšetřovaní lipidového spektra sme zistili, že triacylglyceridy malo zvýšených 19% mužov a 20% žien. Z toho u mužov 11% malo hranične zvýšené hod-

pokračovanie na strane 75

Metabolický syndróm na Slovensku vo svetle projektu NEMESYS

5
Geriatrics
2/2007

PharmDr. P. Turek

„ ... **pliaga 21-ho storočia v rozvinutých krajinách...**“

„ ... **epidémia dnešného storočia...**“

„ ... **celosvetová pandémia...**“

Takto, respektívne celkom podobne nazývajú poprední odborníci z kardiológie, diabetológie, endokrinológie, hepatológie a ďalších oblastí medicíny metabolický syndróm.

Viac rokov sa v odbornej literatúre diskutuje o problematike metabolického syndrómu jeho terapeutického ovplyvnenia a vyjadrenia nákladov. Názory naň sa značne líšia, od odmietania jeho existencie až po jeho preceňovanie.(1,2)

Metabolický syndróm je známy už viac ako 30 rokov v spojitosti so zvýšeným rizikom vzniku diabetes mellitus, ale v klinickej praxi nadobudol eminentný význam po zistení, že jeho prítomnosť viac ako trikrát zvyšuje riziko koronárnej, kardiovaskulárnej a aj celkovej úmrtnosti. (3.)

Metabolický syndróm postihuje približne 25% obyvateľstva priemyselne rozvinutých krajín. Jeho výskyt stúpa so zvyšujúcim sa vekom. U osôb starších ako 60 rokov postihuje viac ako 40% tejto populácie. Tieto výsledky ukázal rozsiahly prieskum z USA- National Health and Nutrition Examination Survey III.(4.)

Na Slovensku došlo v poslednej dobe ku niekoľkým pokusom o zmapovanie stavu metabolického syndrómu. Slovensko patrí ku krajinám, ktoré vedú v rebríčku úmrtí na srdcovo-cievne ochorenia v Európe. Iba na porovnanie, priemerná úmrtnosť v krajinách Európy predstavuje okolo 30-40 %, kým na Slovensku táto už počas desaťročia prevyšuje 50 %. Donedávna nám chýbali predovšetkým dáta o pacientoch zo sféry primárnej starostlivosti, ktorí tvo-

ria podstatnú časť časovej i ekonomickej záťaže, najmä čo sa týka liečby artériovej hypertenzie, dyslipidémie a diabetes mellitus.

Projekt NEMESYS vznikol z podporného grantu spoločnosti Gedeon Richter v spolupráci s pracovnou skupinou pre preventívnu kardiológiu Slovenskej kardiologickej spoločnosti. Tento projekt bol zameraný na skríning prevalencie a terapie jednotlivých komponentov metabolického syndrómu. NEMESYS zahŕňa komplexné dáta súboru 10 300 pacientov zo sféry primárnej starostlivosti.

Názov NEMESYS vznikol skratov z anglického **NEW METabolic SYndrom patients in Slovakia**, čo vo voľnom preklade znamená novodiagnostikovaný pacienti s metabolickým syndrómom na Slovensku.

Základnými cieľmi tohto projektu bolo predovšetkým zistiť prevalenciu abdominálnej obezity a metabolického syndrómu na Slovensku u pacientov v ordináciách všeobecných lekárov. Ďalším nemejným dôležitým cieľom bolo zistiť štruktúru terapie základných komponentov metabolického syndrómu, čiže artériovej hypertenzie, dyslipidémie a glukózovej intolerance, resp. diabetes mellitus. Čiastočným cieľom bolo aj vyrátať farmakoekonomiku obezity a metabolického syndrómu.

Do projektu boli pozvaní všetci za sebou idúci pacienti starší ako 18 rokov, ktorí v danom meranom týždni navštívili niektorú z 54 participujúcich ambulancií. V rámci projektu bolo oslovených 11 389 osôb, z ktorých 10 300 súhlasilo s účasťou v projekte informovaným súhlasom. To znamená, že celkovo 1 089 pacientov neprejavilo záujem o epidemiologický prieskum.

Výskyt jednotlivých sledovaných parametrov bol nasledovný.

Abdominálna obezita bola prítomná u 65.9% so signifikantne vyšším zastúpením u žien. Obe pohlavia mali relatívne veľké obvody pása. Metabolický syndróm bol diagnostikovaný celkovo u 25.6% pacientov s približne identickým zastúpením u mužov a žien. Výskyt diabetes mellitus dosahoval v oboch pohlaviach takmer 12%. Krvný tlak bol meraný u všetkých participantov, z čoho vyplynula diagnóza hypertenzie u viac ako polovice participantov – 5502 osôb (na základe kritérií IDF pre metabolický syndróm). U liečených pacientov s hypertenziou bola kontrola krvného tlaku pod diskriminačné hodnoty pre metabolický syndróm dosiahnutá iba u 501 pacientov – teda menej ako 10% liečených pacientov. Na Slovensku doteraz neexistoval projekt, ktorý by na takom rozsiahlom súbore analyzoval terapiu hypertenzie. V liečbe dominovali ACE inhibítory, ktoré dostávalo 72.7% pacientov, nasledované blokátormi kalciových kanálov a betablokátormi, ktoré boli takmer zhodne zastúpené 45.6% resp. 45.4% .

Meranie lipidového spektra bolo zrealizované iba u 60-70 % participantov. Hodnoty HDL cholesterolu boli známe iba u 5183 participantov. Znížené hladiny HDL cholesterolu vykazovali výrazné intersexuálne rozdiely – viac ako polovica mužov (52,5 %) a tretina žien (31,4%) mali hodnoty pod diskriminačným rozmedzím. Hladiny triglyceridov boli známe u 7068 participantov a bez rozdielu pohlavia mala viac ako polovica účastníkov (53,6%) zvýšené hladiny.(5)

Uvedené výsledky NEMESYS predstavujú výrazný krok vpred v poznaní situácie metabolického syndrómu na Slovensku. Už teraz môžeme poukázať na nedostatočnú kontrolu hypertenzie najmä u najviac rizikových pacientov s diabetes mellitus typu 2. Výsledky poukázali na 39% neliečených hypertonikov a len 10% pacientov s hypertenziou liečenou správ-

ne (tlakom nižším ako v príslušných kritériách IDF pre metabolický syndróm). Naopak pozitívom štúdie bolo zistenie dobrej štruktúry terapie hypertenzie. Vyše 70 % pacientov bolo liečených ACE inhibítormi aj keď v nižších terapeutických dávkach a pomerne vysoké percentá pacientov liečených v kombináciách s blokátormi kalciových kanálov a betablokátormi. Obsolentná terapia rezepinom, hydralazínmi a metyldopou sa vyskytovala len u 38 pacientov teda menej ako 0,7 %.

Projekt NEMESYS predstavuje jedinečný pohľad na zdravotný stav Slovenskej populácie, keďže bol realizovaný v ambulanciách všeobecných praktických lekárov. Z čoho vyplýva, že do sledovaného súboru boli zaradení tak chronickí pacienti s kardiovaskulárnymi ochoreniami, ako aj pacienti s akútnymi ochoreniami (napr. akútne zápaly horných dýchacích ciest, hnačky, úrazy, atď.) a dokonca aj zdraví pacienti (na kontrole po prekonanom akútnom ochorení). Získaný obraz nám odzrkadľuje stav metabolického syndrómu na Slovensku, nad ktorého závažnými výsledkami by sme sa mali spoločne čím skôr zamyslieť.

Literatúra

1. Dukát A: Metabolický syndróm: svetlá a tieň. *Current clinical practise*, 2, 2006, 4-8
2. Šamánek M, Urbanová: Není „metabolický syndróm“ pouze náhodné spojení samostatných klinických jednotek? *Editorial.Cor Vasa* 2006, 48: 44-46
3. HM, Laaksonen DE, Lakka TE, Salonen J. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 288; 2002: 2709-2713
4. Ford ES, Giles WH, Dietz WH: Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Med Assoc*. 2002, 287: 356-359
5. Lietava J, Kosmálová V, Turek P, Šomlo P, Dukát A: Projekt NEMESYS- Skrining metabolického syndrómu u ambulantných pacientov. *Interná Medicina* 12, 2006, 685-689

pokračovanie zo strany 74

noty TGL, 5% malo vysok hladiny a 3% obyvateľov bratislavských domovov dôchodcov (BDD) malo veľmi vysok hodnoty. U žien bola situácia ohľadom hranine zvyšench TGL horšia. 15% žien malo hranine zvyšen hladiny TGL, vysok hladiny malo 4% a len 1% malo veľmi vysok hodnoty TGL. V oboch sledovaných skupinách sme však u sledovaných subjektoch nezaznamenali signifikantn rozdiely.

Celkov cholesterol: Ohľadom sledovania celkového cholesterolu u bratislavských seniorov sme zistili signifikantn rozdiely medzi mužmi a ženami ($p < 0.0001$). U 68% mužov (graf . 1) a 54% žien (graf . 2) boli hladiny celkového cholesterolu v norme. Hranine zvysen cholesterol malo 24% mužov vs. 28% žien. Vysok hodnoty celkového cholesterolu v sére sa vyskytli u 8% mužov/18% žien.

LDL cholesterol bol zvysen u 63% mužov a u 75% žien. U 43% mužov a 44% žien boli hodnoty LDL cholesterolu blízke normálnym hodnotm. Hranine zvysen LDL cholesterol bol u 15% mužov a 13% žien. Vysok hodnoty boli nameran u 2% mužov a 13% žien. Veľmi vysok hodnoty sa našli u 3% mužov a 5% žien. U oboch pohlaví neboli zachyten pri sledovan tohto faktora signifikantn rozdiely. Optimálne hladiny HDL cholesterolu malo len 11% mužov a 6% žien, u ostatných

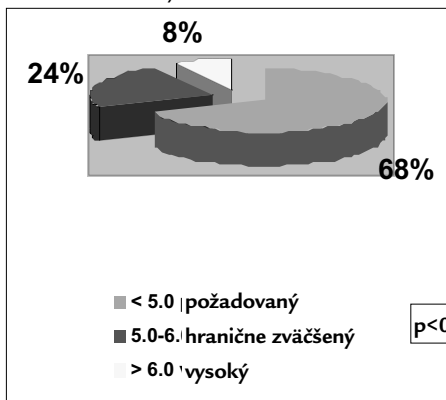
boli vznamn znizen. Vek počet obyvateľov DD malo nízky HDL cholesterol - 59% mužov a 65% žien. 30% u mužov a 29% u žien malo hladiny HDL cholesterolu v rozmedzí blzkch optimálnemu. Aj pri pozorovan tohto ukazovateľa sme ne-našli signifikantn rozdiely medzi mužmi a ženami ijcch v bratislavských DD.

Kombinovanej dyslipidémie sa zistila u 12% mužov a v 13% žien. Podobne ako pri predchadzajcch dvoch parametroch sme nepozorovali signifikantn rozdiely.

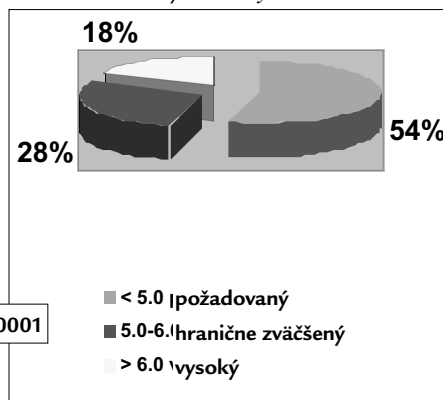
Liečba hyperlipidémie. Pri sledovan monitorovania liečby hyperlipidémie sme zistili, že adekvátne liečených obyvateľov bratislavských domovov dôchodcov bolo 45% mužov a 48% žien. Skupinu nedobre liečených seniorov tvorilo 39% mužov i žien. Novodiagnostikovaná hyperlipidémia, resp. opakovane zisten zvysen hodnoty lipidov o ktorých pacienti nevedeli, boli njden v 16% mužov a 13% (graf . 3 a . 4). Tento rozdiel v liečbe hyperlipoproteinémie (HLP) u oboch pohlaví dosiahol hladinu signifikantnosti ($p < 0.0001$).

Sledovanm jednotlivých druhov hypolipidemickch liekov u oboch skupín, t. j. mužov a žien, sme nezistili signifikantn rozdiely. Najasteim hypolipidemikom boli statny (56% muži vs. 60% ženy), potom fibráty (25% muži vs. 24% ženy), nikto z vyšetrovanej skupiny neuival kombinova-

Graf . 1 Celkov cholesterol
mmol/L - Muži - BDD



Graf . 2 Celkov cholesterol
mmol/L - eny - BDD



$p < 0.0001$

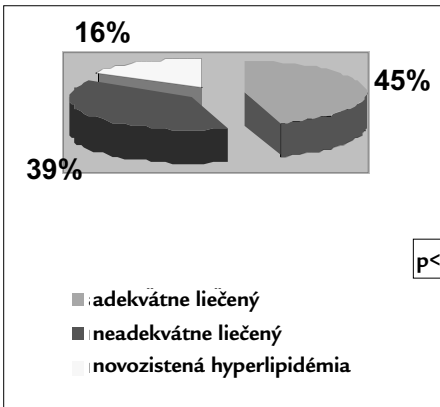
75
Geriatrics
2/2007

Originalne práce / Original papers

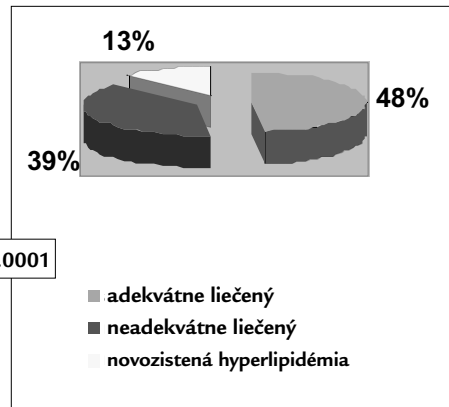
76
Geriatrics
2/2007

Originálne práce / Original papers

Graf č. 3 *Liečba hyperlipidémie Muži - BDD*



Graf č. 4 *Liečba hyperlipidémie Ženy - BDD*



p<0.0001

nú medikamentóznou hypolipidemickou liečbu. Hypolipidemickú diétu malo odporučených 19% mužov a 16% žien. Najčastejšie predpisovaným hypolipidikom zo statínov bol simvastatín a z fibrátov, fenofibrát. Liečba sa riadila pravidlom, že pre zvýšený celkový cholesterol, resp. zmiešanú HLP s prevahou celkového cholesterolu, bol u probandov predpisovaný statín a pre izolovanú hypertriacylglycerolémiu fibrát.

Hmotnosť: Body mass index malo v norme 44% mužov a 33% žien, zvyšní seniori mali nadváhu alebo obezitu, presnejšie to bolo 36% mužov s nadváhou a 12% s obezitou. U žien bolo 28% možné vyšetriť pre ich imobilitu (graf č. 5 a č. 6). Pri porovnaní bratislavských mužov a žien ohľadom telesnej hmotnosti sme zistili významné rozdiely (p < 0.0001).

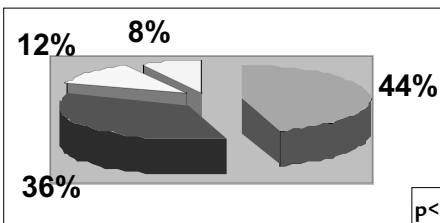
Metabolizmus sacharidov: Sledovaním metabolizmu sacharidov sme odhalili, že 48% mužov a 36% žien malo jeho poru-

chu. Z toho 20% mužov a 7% žien malo diagnostikovanú poruchu glukózovej tolerancie. Do tohto množstva je zarátaných 6% u mužov a 2% žien s novodiagnostikovanou porušenou toleranciou glukózy, u 6% mužov a 7% žien nebolo možné z dostupnej dokumentácie zistiť informácie o porušenom metabolizme glukózy. Zvyšok seniorov malo normálne sérové hladiny glykémie (graf č. 7 a č. 8). Tieto rozdiely medzi mužmi a ženami zjúčimi v BDD dosiahli hladinu významnosti (p = 0.0001).

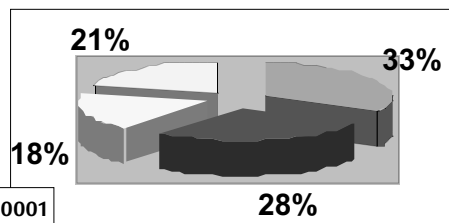
Liečba diabetu mellitu: Pri sledovaní liečby diabetu mellitu sme zistili, že u 52% mužov a 64% žien boli používané PAD. V 14% u mužov a 13% žien bolo zvolené ako liečivo Inzulín, v 10% mužov a 9% žien bolo prítomná kombinovaná liečba t. j. PAD a Inzulín. Len diabetická diéta bola prítomná u 24% mužov a 14% žien (graf č. 9 a č. 10).

Artériová hypertenzia: Zo všetkých

Graf č. 5 *BMI - Muži - BDD*

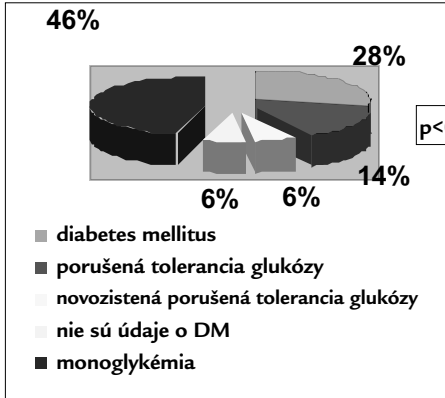


Graf č. 6 *BMI - Ženy - BDD*

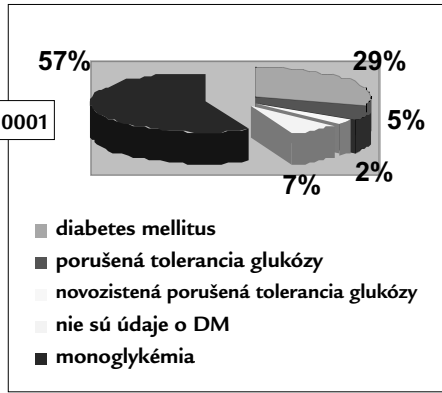


p<0.0001

Graf č. 7 *Metabolizmus sacharidov*
Muži - BDD



Graf č. 8 *Metabolizmus sacharidov*
Ženy - BDD



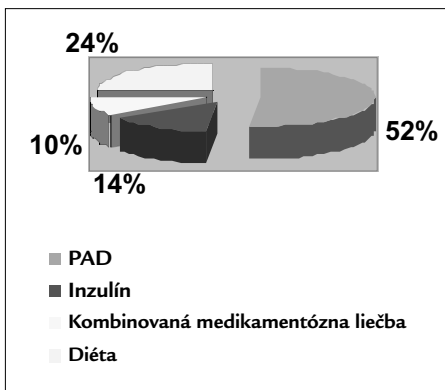
vyšetrených mužov a žien malo krvný tlak v norme len 49% mužov a 33% žien, ťažkú hypertenziu malo 24% mužov a 33% žien. Hypertenziu druhého stupňa malo 17% mužov a 22% žien. Ľahkú hypertenziu sme zistili u 10% mužov a 12% žien (graf č. 15 a č. 16). Tieto rozdiely boli medzi jednotlivými skupinami mužov a žien pri porovnaní tlaku krvi signifikantné ($p < 0.0001$).

U obyvateľov - seniorov z bratislavských domovov dôchodcov, ktorí mali hypertenziu t. j. 51% mužov a 67% žien, sme sa snažili zistiť výskyt izolovanej systolickej artériovej hypertenzie. Zaznamenané zmeny medzi oboma skupinami (muži, že-

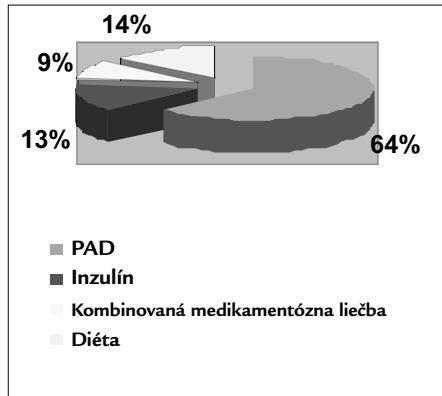
ny) ohľadom prítomnosti izolovanej systolickej artériovej hypertenzie (ISAH), izolovanej diastolickej artériovej hypertenzie (IDAH) a systolicko - diastolickej hypertenzie boli signifikantné. Dospeli sme k týmto výsledkom: izolovanú systolickú artériovú hypertenziu malo 19% mužov a 25% žien, izolovanú diastolickú hypertenziu malo 9% mužov i žien, systolicko - diastolická hypertenzia bola nájdená u 72% mužov a 66% žien (graf č. 17 a č. 18). Hladina významnosti bola ($p < 0.0001$).

Liečba AH: Pri liečbe artériovej hypertenzie neboli pozorované signifikantné rozdiely medzi mužmi a ženami, hoci per-

Graf č. 9 *Liečba diabetu mellitu*
Muži - BDD



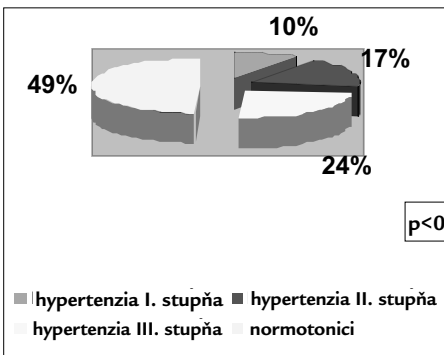
Graf č. 10 *Liečba diabetu mellitu*
Ženy - BDD



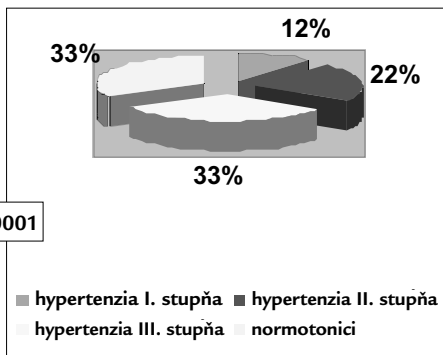
78 Geriatria 2/2007

Originálne práce / Original papers

Graf č. 15 *Krvný tlak - Muži*



Graf č. 16 *Krvný tlak - Ženy*



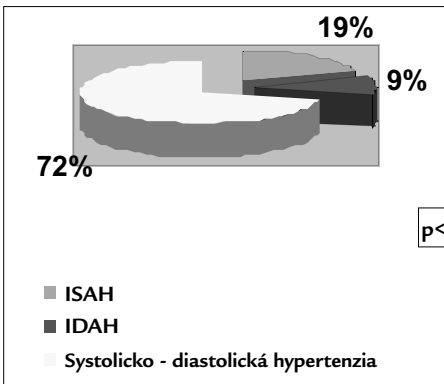
$p < 0.0001$

centuálne 43% mužov a 42% žien malo adekvátnu liečbu, t. j. vyhovujúce hodnoty tlaku krvi. Zvyšok nebol adekvátne liečený, alebo nebol vôbec liečený.

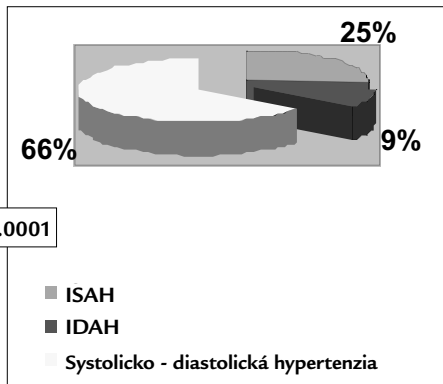
Sledovaním medikamentózneho liečby sme zistili, že najviac používanými liekmi v bratislavských domovoch dôchodcov boli na prvom mieste blokátory angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEi) u mužov 38% a u 33% žien, na druhom mieste beta blokátory (BB) a to 28% muži a 16% ženy, na treťom mieste u mužov boli blokátory vápnikového kanála (CaB) v 15%. U žien na treťom mieste boli diuretiká v 14%. Diuretiká boli u mužov na štvrtom mieste a to v 11%. Na štvrtom mieste bola u žien CaB svojimi 10%. Na piatom mieste u mužov mali zastúpenie kombinované antihy-

perenzívum (ACEi+diuretikum) svojimi 4%, u žien toto miesto patrilo tiež kombinovaným antihypertenzívum, ale (BB+diuretikum) 9%. U mužov šieste miesto patrilo spolu centrálne pôsobiacim antihypertenzívum a kombinovaným antihypertenzívum (BB+diuretikum), každá táto skupina liekov bola nájdená u seniorov v 2%. V mužskej časti nikto neužíval blokátory angiotenzínového receptora (ABR), resp. jeho kombináciu s diuretikom. U žien šiestym najpoužívanejším antihypertenzívum boli tiež centrálne pôsobiace látky, užívalo ich 8% žien, na siedmom mieste boli ACEi+ diuretikum v 6% a na poslednom mieste boli (ABR) v 4%. U žien sa tiež nikto nenašiel, kto by užíval kombináciu (ABR+diuretikum).

Graf č. 17 *Artériová hypertenzia Muži - BDD*

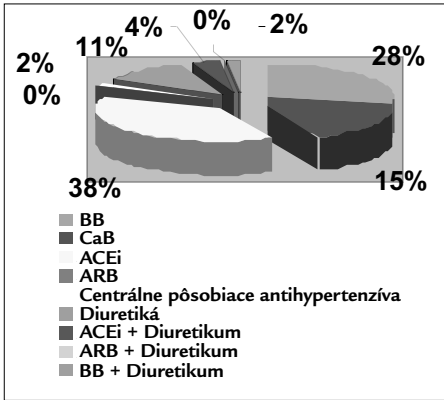


Graf č. 18 *Artériová hypertenzia Ženy - BDD*

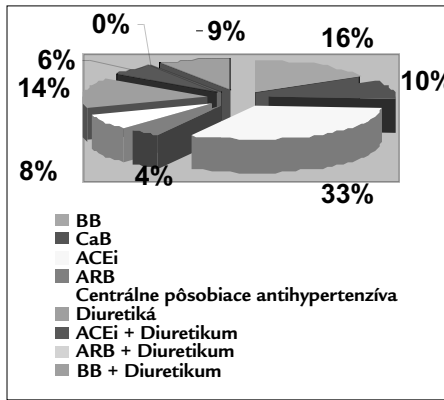


$p < 0.0001$

Graf . 19 *Medikamentzna liečba AH - Muži - BDD*



Graf . 20 *Medikamentzna liečba AH -eny - BDD*



Manifestn ischemick choroba srdca (ICHS): Pri sledovan výskytu manifestnej formy ICHS boli signifikantn rozdiely medzi muži aenami (tab. . 1). Mužov s manifestnou formou ICHS bolo 68% k 65%ien.

Diskusia

Do vekovej kategórie seniorov patria podla kalendárneho veku osoby nad 60 rokov. Celosvetov trend ukazuje, že od roku 1990 do 2020 dôjde k značnému nárastu tohto podielu populácie, zvlt v skupine nad 80 rokov. Súčasne s týmto trendom stúpa i výskyt a zvanos kardiovaskulárnych ochorení, so znmm výrazným ekonomickým dopadom. Uplatnt racionálnu terapiu i nové trendy v liečbe týchto ochorení vyzadue lepšie poznanie príčin samotného nepriaznivého stavu. Jednou z možností, ako njst východisko a urit príčinu, je lepšie poznanie interindividulnych rozdielov vo výskyte kardiovaskulárnych rizikových faktorov. Rozsiahle epidemiologické výskumy zamerané na odhalenie kardiovaskulárnych rizikových faktorov, ktoré prebiehu neustále od roku 1950, uk-

zali vea týchto faktorov a potvrdili vzťah medzi mortalitou na ICHS a hodnotou cholesterolu v krvi. Dôkazy podvu tri typy štdi: prvým typom je vzťah medzi hladinou cholesterolu a mortalitou na ICHS vo vnútri jednej populácie, druhm je vzťah medzi priemernou hladinou cholesterolu obyvateľov různých krajnch a prislunou mortalitou na ICHS v týchto krajnch a posledn dôkaz priniesli štúdie migračné. Dlsie informácie prinieslo určovanie hladín LDL a HDL i stále sa zvsujca pozornosť na TGL. Početné epidemiologické štúdie potvrdili, že existuje vzťah medzi hladinou lipidov a koronrnm rizikom. V štúdii INTERHEART, kde boli sledovan pacienti z 52 krajn sveta, dislipidmia predstavovala až 49% pripoitateneho rizika vzniku prvého akútneho infarktu myokardu. Aké sú vak výsledky reálnej praxe? V štúdii L - TAP (The Lipid Treatment Assessment Project) zo 4 888 dyslipidemickch pacientov v USA iba 38% dosiahlo požadovane hodnoty LDL - CH. Uspenos liečby bola 68% u osôb s nzkm rizikom, bez dokázanej ICHS, 37% u vysoko rizikových pacientov bez ICHS a iba 18% u vysoko rizikových pacientov s dokzanou ICHS. Prehľad rizikových faktorov, a ich možnosti ovplyvnenia, vyhodnotil tzv. EURO HEART SURVEY PROGRAMME alebo EURO-

BDD - Muži	BDD-ženy	signifikantnosť
68%	65%	p < 0.0001

ASPIRE II (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events). Európska kardiologická spoločnosť hodnotila 8 181 prepúšťacích správ. Pri kontrolnom vyšetrení malo 50% pacientov hypertenziu, 58% malo zvýšenú hladinu celkového cholesterolu, 20% malo diabetes mellitus. Napriek liečbe hypolipidémikami dosiahlo vyhovujúce hodnoty celkového cholesterolu iba 52% pacientov. Tým, že Slovenská republika nemala zastúpenie v EUROASPIRE I a II, nemáme k dispozícii výsledky na priame porovnanie s okolitými krajinami, čo je škoda, ak berieme do úvahy stav, že mortalita na KVS ochorenia je v našej populácii väčšia ako v susedných krajinách, ktoré v nej boli. Na Slovensku sme zaznamenali len minimálny pokles mortality a to iba vo vekovej kategórii do 64 rokov, nie však vo vyššom veku (Aterosklerotický kongres 2005, Bratislava). Slovensko má jednu z najvyšších štandardizovaných úmrtí v Európe. V programe CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention), kde bolo zaradených 2000 náhodne vybraných občanov SR, sledovaním RF sa zistil ich mimoriadny výskyt už v mladej vekovej skupine 25 - 34 - ročných. Prevalencia fajčenia, hypercholesterolémie a hypertenzie boli veľmi vysoké. Po piatich rokoch intervencie došlo len k miernemu poklesu, resp. zlepšeniu prevalencie rizikových faktorov. V projekte MONICA (Multinational MONitoring of trends and determinants in Cardiovascular disease) bolo na Slovensku vyšetrených 6 847 osôb. Hladinu celkového cholesterolu vyššiu ako 6.5 mmol/l malo 13.9% respondentov a vyššiu ako 5.2 mmol/l až 45.5%. Hladina celkového cholesterolu významne stúpala s narastajúcim vekom, pričom v skupine vo veku 45 - 64 rokov sa priemerná hodnota pohybovala 5.8 mmol/l. Možno teda s určitou predpokladať, že vo vyššom veku bude táto hodnota ešte vyššia, čo by tiež mohlo korešpondovať s vyššou kardiovaskulárnou mortalitou na Slovensku vo veku nad 60 rokov, v porovnaní s

krajinami Európskej únie. Oblasťou sekundárnej prevencie u pacienta s ICHS a dyslipidémiou sa zaoberal program VITA LONGA. Napriek liečbe špecialitami (kardiológ, diabetológ, lipidológ...) len malá časť pacientov dosiahla cieľové hodnoty lipidového spektra. Priemerný vek v tejto skupine bol 59 rokov. Podobne, ako v projekte MONICA, i tu boli zaznamenané výsledky spektra lipidov korešpondujúce so stúpajúcimi hodnotami spektra lipidov s vekom pacientov. V projekte NEMESYS (NEw METabolic SYndrome patients in Slovakia) sa zistilo, že 68% liečených pacientov nedosahovalo cieľovú hodnotu pre celkový cholesterol. V týchto štúdiách bola sice zastúpená seniorská populácia, ale jej prítomnosť nebola majoritná. Spomenuté programy, štúdie poukázali na to, že má zmysel sa zaoberať kardiovaskulárnymi RF vo vyššom veku. V našej práci bol priemerný vek u mužov 76,7 roka a u žien 80 roka. V tomto súbore bolo vyšetrených 467 seniorov z piatich bratislavských domovov dôchodcov. Sledovaním sa zistili významné rozdiely v hodnotách celkového cholesterolu, kde normálne hodnoty celkového cholesterolu malo 68% mužov a 54% žien. Ženy mali častejšie hranične zvýšený a vysoký celkový cholesterol. V ostatných zložkách lipidového spektra, či kombinovanej hyperlipidémie nebola pozorovaná významná rozdielnosť medzi mužmi a ženami. Pre porovnanie výskytu hyperlipidémie v iných industrializovaných, ekonomicky vyspelých krajinách, ktoré s určitou reprezentuje i Severná Amerika, možno povedať, že viac ako jedna polovica dospelých Američanov má hladiny celkového cholesterolu vyššie ako 5.2 mmol/l a jedna tretina má vyššie hodnoty než 6.2 mmol/l. Je to alarmujúce, ak si uvedomíme, že tento konzumný spôsob života sa pomaly, ale isto, dostáva aj do Európy. I keď americký spôsob života nemožno vo všeobecnosti aplikovať aj na európsku populáciu. V Českej republike, ktorá je svojím spôsobom a zastúpením obyvateľstva k našej populácii naj-

bližšie, museli konštatovať, že minimálně dve tretiny eskej populácie m dyslipidémiu. Hodnoty lipidov u tejto hyperlipidemickej populácie sa pohybujú: celkov cholesterol 5.88 mmol/l (muži) a 5.82 mmol/l (eny). Len 50% mužov a 24% žien malo optimln LDL - cholesterol. Stoji to za povšimnutie, ak vieme, že vo všeobecnosti zvyenie LDL cholesterolu o 1% vedie k nárastu 2% až 3% rizika ICHS. Optimln HDL cholesterol sa vyskytol u 11% mužov a 6% žien. Už Framinghamsk štdia dokázala, e zvyen hladiny LDL - CH koreluj so zvyenm rizikom ICHS, ale ak je scasne znizen hladina HDL - CH je riziko oveľa vyššie. Priemerné hodnoty v našej HDL -CH v populácii sú 1.1 - 1.4 mmol/l (muži aj ženy), ale až 75% koronrnch príhod sa vyskytuje u pacientov s HDL-CH pod 0.9 mmol/l. V našom súbore približne dve tretiny vyšetrených malo HDL cholesterol pod urovou optimálnej hladiny. Na dôležitosť vyhovujúcich hladině HDL-CH ukazuje štdia PROCAM (Prospective Cardiovascular Munster), ktor dokázala, e hladiny nad 1 mmol/l významne redukujú výskyt koronrnch príhod. Hladina HDL-CH je osobitne významným faktorom ovplyvňujúci kardiovaskulárne riziko v situáciách, keď hladina LDL-CH je nízka -i už prirodzene, alebo po znizen statínom. Nie je len doleit vedieť o rizikových faktoroch kardiovaskulrnch ochorení, ale je potrebné ich aj správne ovplyvniť, a tm dobre liečiť pacienta - probanda. Už spomenut štdia EUROASPIRE II odhalila, že len polovica pacientov s hypolipidemickou liečbou dosahuje cieľové hladiny celkového cholesterolu pod 5 mmol/l. Vea pacientov nedosahuje cieľové hodnoty LDL - CH. Z nízkorizikových pacientov dosahuje cieľové hladiny 59% pacientov, ktorí sú na diéte, alebo majú dostaton fyzick aktivitu a 70% pacientov na medikamentóznej terapii. Z vysokorizikových pacientov cieľové hladiny dosahuje 21% pacientov na diéte alebo so zvyenou fyzickou aktivitou a 40% pacientov na medi-

kamentznej terapii. Z pacientov s ICHS cieľové hodnoty LDL - CH dosahuje 8% pacientov na diéte, alebo so zvyenou fyzickou aktivitou a 18% pacientov na medikamentóznej terapii. Do štúdie boli zahrnuté fluvastatn, lovastatn, pravastatn, simvastatn, gemfibrozil, sekvestranty žlčových kyselín, niacin, alebo kombinovn liečba. Percento pacientov nedosahujcich cieľové hladiny LDL - CH na základnej dávke, a po prvej dávke statnu bolo pri atorvastatne 68%, resp. 47%, pri simvastatne 78%, resp. 61%, pri lovastatne 90% resp. 69%, pri fluvastatne 99% resp. 90%. Celkovo nedosahovalo cieľové hladiny na základnej dávke 83% pacientov a po prvej upraví 66% pacientov. V štúdii NEMESYS bo-lo len 15,4% pacientov liečených statínmi a 2,4% pacientov uiavalo fibrty. V svetle týchto poznatkov sme i my sledovali liečbu hyperlipidémie, pričom sme hodnotili správnosť liečby. Zistili sme, že neadekvátne liečených obyvateľov bratislavských domovov dôchodcov bolo 39% mužov a 39% žien. U 16% mužov a 13% žien sme novodiagnostikovali poruen metabolizmus lipidov a len 46% mužov a 48% žien malo pri liečbe hypolipidemikami vyhovujúce hodnoty celkového cholesterolu a triacylglycerolov. Najastejim statínom bol simvastatn a fibrtom fenofibrt, nikto neuival kombinovn medikamentzn liečbu. Je to vhodné na zamyslenie, ak si uvedomíme, ako málo seniorov dosahovalo pri hypolipidemick liečbe vyhovujúce hodnoty lipidového spektra a ak výskyt manifestnej ischemickej choroby srdca bol u tejto skupiny probandov prtomn. Príčinu tejto situácie treba hada vo viacerých rovinách, a to sociálnej, ekonomickej, medicínskej - v nedostatočnom vyuit potenciálu kombinovanej medikamentóznej liečby, kde na jednej strane stoji lekár so svojimi vedomosťami a sprvnm prístupom k vyriešeniu problému resp. ovplyvnen chorobyi rizikového faktora, a na druhej strane je pacient so svojim prístupom. Vo vzťahu lekár - pacient treba mylie aj na to, že ani

lekár nie je často nevinný a tiež svojou mierou prispieva k tomuto nelichotivému výsledku.

Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie, celosvetovo trpí nadhmotnosťou 700 miliónov ľudí a ďalších 300 miliónov je obéznych. V Európe je obéznych 10 - 25% populácie, 57 - 70% populácie má nadhmotnosť. Dve tretiny populácie v USA trpia nadhmotnosťou a z nich 33% je obéznych. Je to o 25% viac ako pred 10 rokmi. Epidemiologické údaje o obezite na Slovensku poukazujú na jej vzostupný charakter. V celej populácii je 35% občanov s nadváhou a 24% s obezitou. Od rokov 1960 - 1970 doteraz stúpa prevalencia obezity o 5% až 10% na 7-10 rokov. V našom súbore malo vyhovujúci BMI 44% mužov a 33% žien, zvyšní obyvatelia DD mali nadváhu alebo obezitu. Treba si však uvedomiť, že 8% mužov a až 21% žien bolo imobilných. U týchto obyvateľov sa nedá vypočítať BMI aj napriek tomu, že seniori mali známky nadváhy alebo obezity, čo sa však nedalo dokumentovať daným výpočtom, a preto boli zaradení do skupiny imobilných seniorov. Z toho vyplýva, že konečné čísla môžu byť ešte vyššie. Je potrebné na to u týchto seniorov myslieť a zamerať pozornosť na iné príznaky a vyšetrovacie metódy, ktoré by mohli odhaliť ich zvýšenú hmotnosť, ako je napríklad pomer obvodu pása a bokov, aj keď dnes sa dáva prednosť už len obvodu pása. Za hlavnú príčinu obezity sa považuje nepomer medzi nadmerným kalorickým príjmom a zníženým výdajom energie. V tejto vekovej kategórii sa na tomto stave a nízkej telesnej aktivite podieľa okrem morbiditu postihujúcej pohybový aparát aj sedavý spôsob života, nízka úroveň rekreačnej fyzickej aktivity.

Celosvetovo sa očakáva dramatický nárast incidencie diabetu. Podľa odhadov je vo svete približne 170 miliónov chorých, z nich až 150 mil. tvorí diabetus mellitus 2. typu. Za 25 rokov by ich počet mal narásť na 300 mil. V posledných 30 rokoch sa napríklad v Nemecku zvýšil počet diabeti-

kov 6-násobne. S podobnými číslami musia rátať aj iné európske krajiny: postihnutých je 5% obyvateľov vo veku od 18 do 79 rokov, z toho je 10% chorých na typ 1 a 90% na typ 2. Značná časť diabetikov nie je ešte ani diagnostikovaná a preto sa predpokladá, že skutočná incidencia je vyššia. V roku 2002 sa v SR evidovalo 272 496 diabetikov. U žien bola prevalencia 5 498,6, u mužov 4 607,6. Pre porovnanie v roku 1980 to bolo 120 000 a v roku 1990 takmer 200 000. Za posledný rok bolo diagnostikovaných viac ako 22 000 nových diabetikov. V roku 2002 bolo evidovaných 730 úmrtí na DM. Z celkového počtu úmrtí bolo 73,3% evidovaných u 65-a viacročných. Vzhľadom na vysokú prevalenciu DM je nízky počet úmrtí síce optimistický, ale určite nezodpovedá realnej situácii. Čo sa týka hospitalizácie u 65 - a viacročných išlo o 782,2 hospitalizácií/100 000 obyvateľov. Naše vyšetrenie zistilo signifikantné rozdiely a to, že 48% mužov a 36% žien malo porušený metabolizmus sacharidov. Tieto údaje, tak ako u zisťovania obezity, nemožno pokladať úplne za konečné, pretože u 6% mužov a 7% žien neboli k dispozícii údaje ohľadom diagnózy DM. Chýbala dokumentácia, alebo bola diskrepancia medzi údajom od pacienta a samotným údajom v chorobopise. Obyvatelia bratislavských domovov dôchodcov sú najčastejšie liečení perorálnymi antidiabetikami (PAD) 52% muži vs. 64% žien. Diabetickou diétou bolo liečených 24% mužov vs. 14% žien. Inzulín užívalo 14% mužov a 13% žien, kombinovaná liečba (PAD+Inzulín) bola nájdená v 10% u mužov a 9% u žien. Prečo majú muži viac zastúpené poruchy metabolizmu sacharidov? Možno je to zvýšeným príjmom nasýtených tukov - vysoká prevalencia abnormálnej obezity, častejším fajčením väčšieho množstva cigariet, častejším pitím alkoholu.

Podľa údajov svetovej zdravotníckej organizácie konštatujeme, že 2/3 jedincov nad 65 rokov trpia artériovou hypertenziou (AH). Sú k dispozícii údaje zo štúdií o

jednoznačnom benefite liečby AH starších (aj nad 80 rokov) jedincov, kde správna liečba AH viedla k poklesu ich mortality a morbidity.(4). Artériová hypertenzia je u starších osôb podstatne častejšia, ako hypertenzia mladšej populácie a týka sa to systolicko - diastolickej, ale predovšetkým izolovanej systolickej artériovej hypertenzie (ISAH). Výskyt ISAH stúpa vekom. Vo vekovej skupine 60 - 69 ročných hypertonikov je výskyt ISAH 5%, vo vekovej skupine 70 - 79 rokov 12.6% a u 80 - 89 ročných 23.6% (5). Pri sledovaní tohto RF sme zistili, že 51% mužov a 67% žien malo rôznu stupeň hypertenzie. Nie je to príliš povzbudzujúci výsledok ak si uvedomíme, že AH zvyšuje 2 - krát riziko vývoja ICHS, 3 - krát riziko vývoja chronického srdcového zlyhania a NCMP. Kardiovaskulárne riziko stúpa, ak sa pridružia k hypertenzii aj zmeny na EKG v oblasti ST a T vlny (pri hypertenzii vo veku 65 - 94 rokov tak stúpne riziko zo 7.4% na 30.2%). Ďalším zistením bolo, že len 43% mužov a 42% žien bolo adekvátne liečených. Zvyšok tvorila skupina neadekvátne liečených a neliečených seniorov a pomerne veľká časť ani nevedela o svojej hypertenzii. V našom súbore u probandov s artériovou hypertenziou sme zistili, že ISAH malo 19% mužov a 25% žien, systolicko - diastolickú artériovú hypertenziu malo 72% mužov a 66% žien, zvyšok tvorili seniori s izolovanou diastolickou artériovou hypertenziou. Tieto výsledky nie sú príliš optimistické, ak uvažujeme o komplikácii hypertenzie v podobe srdcového zlyhania, obličkového poškodenia, ktorých výskyt je častejší u jedincov s priemerným vekom nad 60 rokov. Porovnaním sme nezistili významné rozdiely v liečbe hypertenzie medzi oboma pohlaviami. Z toho vyplýva, že je úplne jedno či je to muž alebo žena. Obaja sú v liečbe AH na tom rovnako, t. j. ich liečba je nedostatočná. Príčinu tohto stavu treba hľadať jednak v nedodržiavaní aktuálnych odporúčaní pre diagnostiku a liečbu AH a jednak v nedostatočnom využití účinnosti antihypertenzív. Najčastej-

šie používanými liekmi pri liečbe AH boli u týchto obyvateľov ACEi.

Záver

Ochorenia kardiovaskulárneho systému predstavujú v Slovenskej republike najčastejšiu príčinu úmrtia (55.2%). Za tieto ochorenia sú v prevažnej miere zodpovedné orgánové komplikácie aterosklerózy. Jedným z jej kľúčových rizikových faktorov je artériová hypertenzia a spolu s dyslipidémiou, a nadváhou sa podieľajú na 70% výskyte rizikových faktorov v slovenskej populácii (12). Tieto najčastejšie RF a ich orgánové komplikácie sú dominantné z príčin invalidizácie a úmrtia chorých. Na základe predkladanej správy sme dospeli k záverom:

- Výsledky poukazujú na vysokú incidenciu rizikových faktorov, artériovú hypertenziu, dyslipoproteinémiu, diabetes mellitus alebo porušenú toleranciu glukózy u staršej populácie.
- Zistené údaje poukazujú na nedostatočne kontrolovanú resp. liečenú artériovú hypertenziu, dyslipoproteinémiu. Pomerne vysoké percento novodiagnostikovanej dyslipoproteinémiu resp. hyperlipidémie, porušeného metabolizmu sacharidov.
- Najčastejšie lieky pri liečbe artériovej hypertenzie boli blokátory angiotenzín konvertujúceho enzýmu, beta blokátory, diuretiká, blokátory vápnikových kanálov. Nízke užívanie kombinovaných antihypertenzív. Pri liečbe dyslipoproteinémiu nikto z probandov neužíval medikamentóznou kombinovanú hypolipidemic-kú liečbu.
- Muži mali významne častejšie prítomnú manifestnú formu ischemickej choroby srdca, ako ženy.
- Výsledky sú alarmujúce, poukazujú na potrebu zvýšiť starostlivosť a súčasne zintenzívniť terapiu v tejto vekovej kategórii.

Situácia pri liečbe a ovplyvňovaní KV rizikového profilu nedosahuje požadova-

nú úroveň i napriek zvýšenej starostlivosti zo strany lekárov. Je len málo oblastí v medicíne založenej na dôkazoch, kde sa tak jednoznačne preukázal efekt v ovplyvňovaní morbidity a mortality. Napriek dôkazom z klinických štúdií, ale aj dobrej informovanosti lekárov o platných odporúčaníach pre liečbu DLP, artériovú hypertenziu atď., stále veľká časť pacientov nedosahuje požadované cieľové hodnoty frakcií lipidového spektra, krvného tlaku, hmotnosti. Primárnou požiadavkou pre prax je zlepšiť túto situáciu starostlivejším monitorovaním pacientov pri liečbe, ale aj agresívnejším prístupom a tým dosiahnuť, aby riziko ohrozenia individuálneho pacienta bolo čo najnižšie. Hlavným predpokladom na zmenu tohto stavu je úlohou lekára získať pacienta na dlhodobú spoluprácu, čo predpokladá jeho správnu edukáciu, iniciatívnu ochotu sa zúčastňovať na pravidelných odberoch laboratórnych

vyšetrení, ale aj pravidelne a v dostatočnej dávke užívať doporučené lieky.

Literatúra

1. National Center for Health Statistics. Vital statistics of the United States, 1989, vol.II:mortality, part A. DHHS Publication(PHS): 93-1101. Washington, DC: Government Printing Office,1993

2.GORDON, DJ, RIFKING, BM. Treating high blood cholesterol in the older patient, Am J Cardiol 1989; 63(16):48H-52H

3. BANSKA, K. Fajčenie: najviac rozšírený spoločensky tolerovaný návyk. Lekárske Listy 2004; 28: 15-16.

4. OGDEN, LGL, LYDLICK, E, at al. Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VII risk stratification. Hypertension 2005; 35: 539-543

5. KAPLAN, NM. Arterial hypertension. Mosby 2003; 350s.

Adresa autora:

MUDr. J. O.

Štefánikova 29, 811 05 Bratislava

Cardiovascular profile of seniors living in old people's houses in Bratislava

J. Odráška, Z. Mikeš, P. Hlivák

Summary

Cardiovascular diseases are the commonest cause of death in Slovakia (55.2%). Mostly organ complications of atherosclerosis are responsible for these diseases. One of key risk factor is arterial hypertension that together with dyslipidemia, and overweight present 70% of occurrence of risk factors in Slovak population (12). These risk factors (RS) and organ complications are dominant causes of invalidization of patients and deaths. We present following conclusions on the basis of the report:

- Results show high incidence of risk factors, arterial hypertension, dyslipoproteinemia, diabetes mellitus or impairment of glucose tolerance in elder population.
- Findings reveal insufficiently controlled or treated arterial hypertension, dyslipoproteinemia, and high percentage of newly diagnosed dyslipoproteinemia, or hyperlipidemia and sugar metabolism impairment.
- Most frequent drugs administered in arterial hypertension were ACE blockers, beta blockers, diuretics, calcium channels blockers. Low administration of combined antihypertensives. In treatment of dyslipoproteinemia no proband took combined hypolipidemic therapy.
- Significantly higher occurrence of manifested form of ischemic heart disease was found in men than in women.
- Results are shocking and point out the need of higher care and more intensive therapy in this age category.

Key words: seniors - old people's houses - cardiovascular profile

Diogenesov syndróm (senilné zrútenie, senilný syndróm zanedbania)

85
Geriatrics
2/2007

T. Hanisková

(Katedra geriatry a gerontológie SZU, Bratislava
SENIOR – geriatrické centrum n.o., Modra)

Súhrn

Diogenesov syndróm, tiež známy pod menom senilné zrútenie, spoločenské zrútenie a senilný syndróm zanedbania, sa vzťahuje na tento stav a je charakterizovaný extrémnym sebazanedbávaním, zanedbanou domácnosťou, izoláciou a excesívnym hromadením odpadkov (sylogomania). Zvyčajne postihuje ľudí žijúcich osamotene. Symptómy zahŕňujú telový zápach, iné príznaky zanedbania osobnej hygieny a somatické ochorenia ktoré s tým súvisia, ako sú napríklad parazitárne ochorenia.

Kľúčové slová: Diogenesov syndróm – sebazanedbávanie – izolácia

Úvod

Diogenesov syndróm je poruchou správania, ktorá sa vyskytuje vo vyššom veku.

V roku 1966 McMillan a Shaw, prvýkrát zaradili zrútenie osobnosti a starostlivosti o svoje prostredie starého človeka medzi syndrómy (1). Clark a spolupracovníci ho označili názvom “Diogenesov”, inšpirovaní starogréckym filozofom Diogenesom zo Sinopi (4. stor. pred.n.l., Diogenes za základ šťastia a ctnosti pokladal opovrhovanie spoločenskými normami, odmietnutie bohatstva, slávy, všetkých zmyslových pôžitkov, dosiahnutie nezávislosti a vnútornej slobody, obhajoval princípy radikálnej autonómie a jednoduchého života). Tvrdili, že toto ochorenie môže byť stresom podmienený obranný mechanizmus starých ľudí, alebo prejav normálneho stárnutia (2). Pre tento syndróm existujú aj alternatívne názvy ako Havishamovej a Plyuskinov pochádzajúce od postáv v literatúre (3).

Etiológia

Ochorenie nieje typické pre určitú socio-ekonomickú skupinu. Prevalencia je najvyššia u mužov a žien medzi 60- 90 rokom života. Incidencia je 0.5 prípadu na 1000 obyvateľov nad 60 rokov žijúcich doma, viac ako polovica z nich má demenciu ale-

bo inú psychiatrickú diagnózu (4). Ľudia trpiaci týmto syndrómom, sú väčšinou slobodní, alebo vdovci. Ich úpadok trvá niekoľko rokov. Mnohí boli v minulosti nadpriemerne inteligentní, úspešní v práci a mali stabilné rodinné zázemie. Clark a spolupracovníci vo svojej štúdií na 30 prípadoch s Diogenesovým syndrómom, ktorí boli prijatí na akútne oddelenia v priebehu 10 mesiacov zistili, že u 50% nebola diagnostikovaná žiadna psychiatrická diagnóza (2). Preto sa v súčasnosti uvádzajú 2 typy Diogenesovho syndrómu. Primárny typ, pri ktorom nieje prítomná psychická porucha a sekundárny typ, ktorý je viazaný na psychiatrickú diagnózu (5). K nim patrí **obsedantno-kompulzívna porucha** (kompulzívne hromadenie vecí, obsedantná anxieta, rituály), **porucha osobnosti** (schizoidná, schizotypová, vedú k izolácii, minimálnemu sociálnym kontaktom, vyháňavému správaniu), **závislosť na návykových látkach** (sebazanedbávanie, žitie v nevyhovujúcich podmienkach, malnutricia), **demencia** (degenerácia frontálneho laloku mozgu spôsobuje apatiu, znížený záujem o svoj zovňajšok, zníženie záujmov), **neskorá schizofrénia** (bludy a halucinácie).

Kľúčovú úlohu v patogenéze tohto syndrómu však zohráva premorbídna osobnosť pacienta. Jaspers predpokladá že ide o dl-

hotrvajúcu poruchu osobnosti, najčastejšie schizoidnú alebo paranoidnú, ktorá sa v starnutím postupne prejaví sociálnou izoláciou a sebazanedbávaním. Táto zmena môže byť odštartovaná negatívnou životnou udalosťou, stratou životného partnera, alebo somatickým ochorením (6).

Hlavné príznaky

Pre pacientov s Diogenesovým syndrómom je príznačné extrémne sebazanedbávanie, špinavá domácnosť, excesívne hromadenie odpadkov (sylllogomania), ľahostajnosť, izolácia a odmietanie pomoci (3). Častou príčinou vyšetrenia u lekára je pád a kolaps, pričom sa nájdu i iné somatické ochorenia. Deficit železa, folátov, vitamínu B 12, C a D, kalcia, proteínov, vody a kália je príznačný. Pacienti vzhľadom k znečistenému prostrediu, v ktorom žijú sú rizikový pre vznik parazitárnych infekcií a stúpa aj riziko popálenín zo vzbĺknutých odpadkov.

Liečba

Hlavnou prekážkou je averzia pacientov k liečbe a pomoci, ktorá je im ponúkaná. Denná starostlivosť v domácom prostredí má prednosť pred hospitalizáciou. Dôležité je najst' rovnováhu medzi potrebou rešpektovať pacientove individuálne práva a želania a medzi tým čo potrebuje zo zdravotného hľadiska. Najpodstatnejšie je nájsť niekoho kto pacientovi pomôže či už z rodiny, priateľa, ošetrovatel'ku alebo všeobecného lekára.

Prvým krokom je liečiť pridružené somatické ochorenia. Nasleduje vyšetrenie kognitívnych funkcií, ktoré je často problematické a výsledok je negatívne ovplyvnení pre pacientov nezaujím a minimálnu

spoluprácu. Opakované ohodnotenie je veľmi dôležité kvôli stanoveniu terapeutického plánu. Ten sa deje v spolupráci geriatra a psychiatra, ktorý určí či je u pacienta prítomná psychiatrická diagnóza, ktorá môže vznik syndrómu vysvetliť a následne určí vhodnú liečbu. Niektoré štúdie potvrdzujú efekt SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors). Atypické antipsychotiká sa používajú pri výskyte paranoidných symptómov.

Prognóza

Prognóza pacientov je veľmi zlá, 46% pacientov zomiera do 5 rokov, na somatické komplikácie (6).

Literatúra

1. MACMILLAN D., SHAW P.: Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. British medical journal. 1966, 2, s.1032- 1037
2. CLARK A.N., MANKIKAR G.D., GRAY I.: Diogenes syndrome. Clinical study of gross neglect in old age. Lancet. 1975, 1, s.366- 368
3. COLE A.J., GILLET T.P.: A case of senile self-neglect in a married couple: 'Diogenes a deux'. Int J Geriatr Psychiatry. 1992, 7, s.839-41
4. CLARKE A.N.G., MANIKAR G.O., GRAY I.: Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. Lancet. 1975, s.366-8
5. REYES-ORTIZ C.A.: Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. Compr Ther. 2001. 27, s.117-121
6. HANON C., PINQUIER C., GADDOUR N.: Diogenes syndrome: Transnosographic approach. Encephale. 2004, 4. s.315-322

Adresa autora

MUDr. H. T.
Katedra a klinika geriatrie SZU
Krajinská 91
825 56 Bratislava

Diogenes syndrome (senile collapse, senile self-neglect syndrome)

T. Hanisková

Summary

Diogenes syndrome, also known as senile collapse, social collapse and senile self-neglect syndrome, is characterized by extreme self-neglect, domestic squalor, isolation and excessive hoarding of rubbish (sylllogomania). It usually affects the elderly who live alone. Symptoms involve body odor, low personal hygiene, related somatic diseases, e.g. parasitic diseases.

Key words: Diogenes syndrome - self-neglect - isolation

Kalendár zahraničných podujatí na rok 2007

September 10-15

World Social Security Forum 29th ISSA General Assembly
Moscow Russia
www.issa.int

September 27-29

38. Jahrestagung, Österreichische Gesellschaft f. Innere Medizin, Congress
Innsbruck
www.oegim.at

October 1-3

Vivir 50+ (age), Symposium on the development of the approved law
on the protection of dependent people CEOMA,
www.ceoma.org

November 5

NGO-Forum, RIS +5 (5 Years anniversary of the Regional Implementation Strategy
for the Madrid International Plano of Action on Ageing 2002,
León, Spain
www.monitoringris.org

November 6-8

Conference of UNECE-Ministers on the „Renew and Appraisal of UNECE-Regional
Implementation Strategy for the Madrid International Plano f Action on Ageing“.
www.monitoringris.org

87
Geriatrics
2/2007

Prehľadné referáty / Review Articles

Kalendár akcií na rok 2007 / Calendar 2007

História a súčasnosť diabetes mellitus z pohľadu geriatra

M. Babčák*, F. Németh**, V. Vargová***

(* I. Interná klinika, FNsP Prešov, prednosta MUDr. Babčák Mariám, PhD.,

** Klinika geriatrie, FNsP Prešov, prednosta MUDr. Németh František, PhD.,

*** III. Interná klinika LF UPJŠ a FNsP Košice,
prednosta prof. MUDr. Tkáč Ivan, PhD.)

Súhrn

V článku sa uvádzajú podstatné historické momenty pri odhaľovaní záhad úplavice cukrovej. Pretože až 90 % pacientov, ktorí trpia cukrovkou je vo veku nad 60 rokov, stáva sa táto choroba vážnym sociálnym a v posledných rokoch aj ekonomickým problémom geriatrickej populácie.

Ako absolventi Košickej lekárskej fakulty autori upozorňujú aj na svojho učiteľa profesora Rudolfa Koreca, ktorý experimentálnymi výsledkami a objavmi v oblasti cukrovky získal svetové uznanie.

Kľúčové slová: diabetes mellitus-úplavica cukrová - história - objavy - R. Korec

Úplavica cukrová, diabetes mellitus, alebo aj cukrovka je chronické ochorenie, ktorého priebeh a komplikácie vedú k vysokej morbidite a mortalite vo všetkých krajinách sveta. S rozvojom civilizácie, zmenou životného štýlu, v ktorom dominuje nízky energetický výdaj a vysoký kalorický príjem, stúpa počet pacientov, u ktorých diagnostikujeme cukrovku. Toto ochorenie často stigmatizuje pacienta, pri naša sociálne, ekonomické i psychologické problémy, ktoré musí riešiť diabetik, jeho najbližšie okolie, ale v neposlednej miere samotná spoločnosť ako taká. Týmto sa diabetes mellitus a jeho liečba stávajú závažným verejno-zdravotníckym problémom (1, 4, 6, 13).

Podľa Svetovej zdravotnickej organizácie (WHO) sa počet diabetikov vo svete odhaduje na 100 miliónov. Z dostupnej literatúry na Slovensku je registrovaných približne 300 000 pacientov, ktorí majú diabetes mellitus (4, 6,12, 14).

Už najstaršie civilizácie v povodí rieky Níl mali vo svojom spoločenstve lekárov, ktorí na svoju dobu boli veľmi zruční a opýľovali výborným pozorovacím talentom. V roku 1500 pred n. l. v Ebersovom papyruse nachádzame zmienku o rade liekov,

ktoré účinkujú pri veľkej strate moča (9,11).

Aj na indickom subkontinente nájdeme kus histórie tejto choroby. Indická veda len čaká na pochopenie nás, Európanov, aby sme z nej prevzali to, čo je dobré. 1000 rokov pred n. l. Sušruta popísal ochorenie, ktoré má príznaky ako diabetes mellitus. V roku 230 pred n. l. Appolonius z Memphisu považoval cukrovku za určitý druh edému (11).

Autorom, ktorý ako prvý použil názov ochorenia – diabetes je Arataeus z Kapadocie 200 rokov po narodení Krista. Inšpirovalo ho zrejme nadmerné močenie pacientov, preto použil grécke slovo diabetes, ktoré možno voľne preložiť ako sífón. „Diabetes je čudesa choroba...Mäso a kosti sa pri nej spolu rozpyávajú v moči... Chorí nikdy neprestanú vylučovať moč, práve naopak, neprestajne vyteká z ich otvorených stavidiel. Od vzniku ochorenia po jeho rozvinutie uplynie dlhý čas, no keď je choroba v rozvinutom štádiu, možno pokladať dni pacienta za spočítané, pretože choroba rýchlo postupuje a po biednom a bolestivom živote nastáva rýchla smrť“ (9).

Obdobie stredoveku nebolo vhodným obdobím z hľadiska rozvoja medicíny a

tobôž z hľadiska cukrovky. Velikán svetovej medicíny Avicena (Abú Ibn Sina), ktorý žil v rokoch 960 až 1037 a pôsobil na území dnešného Afganistanu, Iraku a Iránu ako prvý vydal súborné dielo o medicíne pod názvom Canon medicinae. Pri cukrovke odporúča zvýšiť pohybovú aktivitu, cvičenie a jazdu na koni a vyhýbať sa liekom s diuretickým účinkom (12).

Až v období renesancie dochádza k nebyvalému rozkvetu vedy a vzdelávania. William Cullen v r. 1787 pridáva k diabetes prislovku mellitus - sladký. Po ňom Rollo v r.1798 potvrdil u pacientov s diabetes mellitus nadmerné množstvo cukru v krvi. Claude Bernard v r.1855 nachádza vzťah medzi cukrovkou, pečenu a nervovým systémom. V roku 1869 Paul Langerhans popisuje ako prvý v pankrease ostrovčeky, ale nepozná ich funkciu. Až patofyziológovia Oskar Minkowski a Joseph von Mering po pankreatektómii psa v r. 1889 zisťujú kauzálny vzťah medzi pankreasom a cukrovkou (9, 11).

20. storočie je storočím modernej vedy s aplikovaným výskumom. Na začiatku storočia priekopníci, ako bol M. A. Lane, rozlišujú v pankrease ostrovčeky alfa a beta. V r.1921 svet konečne dostáva do daru aktívny hormón, ktorý znižuje hladinu cukru v krvi a to zásluhou Fredericka Bantina a Charlesa Besta. Tento hormón nazývajú isletin. Kanadskému fyziológovi F. G. Bantingovi (1891 - 1941) a poslucháčovi medicíny CH. H. Bestovi (1899 - 1978) sa podarilo prakticky izolovať klinicky využiteľný inzulín. V praxi sa však presadil názov, ktorý mu dal Jean de Mayer - inzulín - a to v roku 1912 (9). V nadväznosti na experimenty s odstraňovaním podžalúdovej žľazy sa uplatnil názor, že príčinou cukrovky je nedostatočná sekrécia Langerhansových ostrovčekov pankreasu. Podarilo sa to preukázať tak, že pod kožu pokusných zvierat s umelo vyvolanou cukrovkou transplantovali časť pankreasu a príznaky cukrovky vymizli. Aj pri podviazaní vývodov, ktorými sa odvádzajú do dvanástnika vonkajšie sekréty slinivky

brušnej, zostali ostrovčeky zachované a cukrovka sa nerozvinula. Nemecký internista G. L. Zulzer izoloval účinný preparát v r.1903, lenže už v r.1909 musel pre nezládnuteľné toxické - alergické reakcie a predávkovania, svoje pokusy zastaviť. Aj rumunský vedec Faulescu mal k objaveniu inzulínu veľmi blízko. Nedostatočné čistenie látky mu však nedovoľovalo robiť pokusy na ľuďoch. V júli 1921 v čase dovolení dal riaditeľ fyziologického ústavu v Toronte J. J. Macleod (1876 - 1935) mladému lekárovi F. G. Bantingovi k dispozícii laboratórium, 10 pokusných psov a ako asistenta 21 ročného poslucháča medicíny CH. H. Besta. Banting získaval extrakt pomocou roztoku kuchynskej soli z rozdrobených Langerhansových ostrovčekov. Tento extrakt podával intravenózne psom, u ktorých vyvolali cukrovku. Obaja bádatelia hľadali aj jednoduchší spôsob ako získať inzulín. Zadovážili si podžalúdočnú žľazu zo štvormesačných pľodov teliat a extrahovali substanciu acetónom a okysleným alkoholom. Rozhodujúce experimenty sa realizovali v čase medzi 7. a 14. augustom 1921. K získaniu čistejšieho inzulínu významnou mierou prispel J. B. Collip. 11 januára 1922 boli výskumy korunované úspechom na 14 ročnom chlapcovi, ktorého stav bol beznádejný (9).

Na objav účinku inzulínu reagovali aj českí lekári. Fyziológ V. Laufberger sa zaoberal účinkami inzulínu a v r.1924 ho pripravil v čistom stave. Použitím inzulínu v klinickej praxi sa zaoberal zakladateľ českej endokrinológie J. Charvát (1897 -1984) (8, 12).

Po druhej svetovej vojne sme svedkami priam záračnej akcelerácie poznatkov nielen zo všeobecnej medicíny, ale aj z diabetológie. Frederick Sanger v r. 1955 objavuje štruktúru inzulínu, neskôr v r. 1960, sa darí stanoviť metódami RIA jeho hladina v krvi zásluhou S. A. Bersona a kolektívu.

Sedemdesiate a osemdesiate roky minulého storočia priniesli prvé metódy, ktoré umožnili stanoviť C - peptid. Génovým

inžinierstvom sa začali vyrábať rekombinantné inzulíny. K tomu pristupuje snaha transplantovať Langerhansove ostrovčeky. Priekopníkmi sa stali v r. 1972 Lazarov, Lacy, Ballinger, Kemp a ďalší (9, 11).

Aj Slovensko, zásluhou profesora Rudolfa Koreca, má veľký podiel na rozvoji diabetológie v rámci celého sveta. Synonymom československej diabetológie zostane meno profesora Koreca, ktorého krédom bolo: „*Experimentátor výsledky neskresľuje a je ochotný súkromne i verejne vzdať sa svojich hypotéz a teórií a priznať, že sa mylil, ak fakty hovoria proti nemu. Naopak experimentátor má byť neochvejným zástancom ním objavenej pravdy, ak je o nej na základe faktov presvedčený. Nikdy ju však nemá vyhlasovať za absolútnu, za dogmu a je povinný umožniť aj iným jej overenie*“ (8).

Profesor Korec už v r.1947 začal svoje experimentálne kroky na aloxámdiabetických potkanoch, neskôr tieto pokusy rozšíril ešte o cukrovku vyvolanú subtotálnou alebo totálnou pankreatektómiou podľa Shapira. V r. 1960 sa začal venovať výskumu cukrovky vyvolanej antibiotikom Streptozotocínom (2, 8). V ďalšom vedeckom bádani pokračoval experimentmi - dočasnou ligatúrou v. portae a v. hepaticae u potkanov. Zistil, že po i. v. podaní glukózy táto mizne z cirkulácie pri temer nezmenenej asimilačnej konštante, a že pridaný i. v. inzulín ju zvyšuje, čo dokazuje prevažne periférny účinok i. v. podaného inzulínu, zatiaľ čo intraportálne podaný inzulín zvyšuje hepatálnu retenciu glukózy podobne, ako inzulín vyplavený z B - buniek pankreasu po orálnom podaní glycidovej potravy alebo glukózy, a to tak u normálnych, ako aj u diabetických potkanov (8). Neskôr sa venoval aj výskumu prediabetu a latentného diabetu, ktoré vyvolával 90% pankreatektómiou alebo subdiabetogénnou dávkou 25 mg/ kg aloxánu i. v.. Snaha priateľov prof. Koreca - prof. Lacyho a prof. Lazarova bola vyliečiť diabetikov na dlhšiu dobu transplantáciou kolagenázou izolovaných Langerhansových ostrovčekov už v r.1973, a to intraportálne

do heparu alebo intraperitoneálne. Profesor Korec získal darom kolagenázu od prof. Lacyho zo St. Louis (USA) a podarilo sa mu intraportálne - hepatálnou transplantáciou vyliečiť prvé dve streptozocindiabetické potkanie samičky v r. 1975 dlhšie ako na pol roka. Neskôr sa odhodlal k renálne-subkapsulárne alo/homo transplantáciám rozstrihaných 3 - 5 neonatálnych pankreasov za imunosupresie azatioprinom. Ako jeden z prvých sa pokúsil dokázať, že rejekcia je špecifický imunitný proces a opakované transplantácie sú úspešnejšie, čím je kompatibilnejší darca alebo intenzívnejšia imunosupresia. V anglickej monografii „*Experimental and spontaneous diabetes mellitus in the rat and mouse*“ zhrnul poznatky o hypoglykémii a spontánnom diabete 1. typu u BB potkanov a NOD myši (2, 8). Ako prvý na svete transplantoval pankreas a obličky prof. Sutherland v r.1984. U nás ako prvý vykonával transplantáciu pankreasu v Banskej Bystrici Hampl v r.1999 (5, 1).

Prof. Korec bol doslova a do písmena medicínskym polyhistorom. Je známe, že vyštudoval fyziku a chémiu na Prírodovedeckej fakulte UK v Bratislave. Známe sú jeho práce o voľnej a viazanej glukóze v moči, ku ktorým sa vraciame aj dnes pri štúdiu glykácie proteínov. Na novom pracovisku v Košiciach sa venoval aj biochémiu, kde intenzívne propagoval a uplatňoval patofyziologické postupy pri štúdiu diabetes mellitus. Napísal prvú slovenskú monografiu biochémie „*Metabolizmus*“ (2).

V súčasnosti do popredia vystupuje naliehavosť potreby základných vedomostí v diabetológii nielen u všetkých lekárov a zdravotníckych pracovníkov, ale predovšetkým u laickej verejnosti. Naliehavým problémom je aktuálna, cielená a podrobná edukácia pacienta a jeho okolia o choroobe, jej komplikáciách, liečbe i diéte. Diabetik sa musí stať aktívnym spolutvorcom svojej liečby (1, 14).

Transformácia nášho zdravotníctva vyžaduje od pacienta, aby finančne prispieval do systému, čo prináša so sebou celý

rad nových problémov. Doplčanie na perorálne antidiabetiká a inzulínové prípravky finančne vyčerpáva geriatrickú populáciu, u ktorých často jediným zdrojom príjmov je dôchodok, ktorý len o málo prevyšuje krytie základných potrieb a mesačných poplatkov (3). Podľa autorov tohto článku z uvedených dôvodov až 60 % cukrovkárov - seniorov vynecháva z jedálneho ovocia, zeleniny, kupuje si lacné, väčšinou nekvalitné mäsové výrobky. Pri návšteve lekára dávajú si predpisovať z perorálnych antidiabetík po jednom balení liekov, vitamínové prípravky sú nedostupné. Nemajú financie na kúpu zdravotne nezávadnej obuvi (vznik diabetickej nohy), v prípade podávania inzulínových injekcií často nemá im kto pomôcť.

Týmto sa cukrovka, ktorá má takú vzrušujúcu históriu, s kvalitnými možnosťami liečby v súčasnosti, stala nielen zdravotníckym problémom, ale výsostne verejným, sociálnym a ekonomickým (3, 7, 10, 14).

Literatúra

1. BABČÁK, M., MERČIAKOVÁ, M., KMEC, J.: Diabetes mellitus 2.typ a artériová hypertenzia - najnovšie poznatky Diabetes a obezita, ročník 4, č. 8, november 2004, s.15 - 41
2. ČÁRSKY, J.: Podiel prof. MUDr. R. Koreca, DrSc, na rozvoji biochémie na Slovensku Diabetes a obezita, ročník 5, číslo 9, Máj, 2005 . s.13 - 15
3. HEGYI, L.: Dopady reformy zdravotníctva v SR na seniorov, Geriatria XII, 2/2006, s. 51 - 54

4. KVAPIL, M.: Možnosti prevencie kardiovaskulárnych ochorení u diabetes mellitus, Postgraduálna medicína, Preventívna kardiológia, 2006, ročník 8, 53 - 57
5. MOKÁŇ, M., GALAJDA, P., PRÍDAVKOVÁ, D., TOMÁŠKOVÁ, V., ŠUTARÍK, L., KRUCINSKÁ, L., BUKOVSKÁ, A., RUSNÁ-KOVÁ, G.: Prevalencia diabetes mellitus a metabolického syndrómu na Slovensku, Diabetes a obezita, ročník 6, číslo 12, November, 2006, 18 - 29
6. ROSOLOVÁ, H.: Metabolický syndrom a kardiovaskulárne riziko, Postgraduálna medicína, Preventívna kardiológia, mim. príloha, 2006, ročník 6, 53 - 57
7. ROSOLOVÁ, H.: Why is Hypertension Management in 21 Century still Challenging International Cardiovascular Summit, Prague, Dec 3 rd, 2006
8. RYBKA, J.: Čím prispel Prof. MUDr. R. Korec DrSc, diabetológii, Diabetes a obezita ročník 5, číslo 9, Máj, 2005, 8 - 13
9. SCHOT, H. Kronika medicíny, Fortuna Print, 1994
10. SKYLER, J., P., ODDO, C.: Diabetes trends in the USA, Diabetes Metab. Res. Rev., 2002, 18 (Suppl. 3): 21-26
11. SMATANOVÁ, S.: Krátka história objavenia a liečby diabetes mellitus, Diabetes a obezita 1,1, Máj 2001, 57 - 58
12. VOZÁR, V., KREZE, A., KLIMEŠ, I.: Diabetes mellitus, Bratislava, SAP, 1998, 229
13. WENZEL, H.: Value of In Vitro Diagnostics The Case of Diabetes Disease, Management IVD Forum Budapest, June 21 - 23, 2006
14. ZIMMET, P., ALBERTI, K.G., SHAW, J.: Global and Social Implications of the Diabetes Epidemic, Nature, 2001, 414: 782-787

Adresa autora:

MUDr. M. B., PhD
FN J.A.Reimana v Prešove,
Hollého 14, 081 81 Prešov
mail: babcak.mar@pobox.sk

History and presence of diabetes mellitus from the aspects of a geriatrician

M. Babčák, F. Németh, V. Vargová

Summary

The article surveys historical moments in revealing mystery of diabetes mellitus. Because more than 90% of patients suffering from diabetes are over 60 yrs old the disease is a serious social and economic problem of geriatric population. Authors are graduates of the Medical school in Kosice and they emphasize the work of their teacher professor Rudolf Korec who is well-known for his experimental results and findings about diabetes.

Key words: diabetes mellitus - history - discovery - findings - Rudolf Korec

Kongres SGGS 2007
Prešov 19. 21. 9. 2007

Predbežný program

Správy / News

STREDA 19. 9. 2007

Prezentácia účastníkov kongresu, Krajský úrad 7:30 – 17:00

Otvorenie kongresu 8:30

Z., Mikeš, S., Krčméry S, F., Németh

Ošetrovatelstvo, mobilita a senior Predsedajúci: A., Eliášová, F., Németh 8:45 – 9:45
1. I., Uher, M., Brtková, F., Németh (Košice, Rožňava, Prešov) Funkčná zdatnosť slovenských seniorov na základe SFT testu ♦ **2. A., Longauerová, D., Magurová (Prešov)** Význam a obmedzenia pohybu u geriatrického pacienta ♦ **3. W., Mukuláková, K., Kociová, M., Ondečková (Prešov)** Využitie labilných plôch vo fyzioterapii ako prevencia pádov u geriatrických pacientov ♦ **4. K., Kociová, S., Fischerová, W., Mukuláková, M., Ondečková (Prešov, Košice)** Význam fyzioterapie v prevencii, diagnostike a terapii gerontov

*Prestávka***Ošetrovatelstvo – prednášky zahraničných hostí** 10:00 – 11:00

Predsedajúci: L., Derňárová, profesor z Polska

1. Poľskí hostia ♦ 2. Poľskí hostia ♦ 3. Praha**Sympóziu fy Berlin Chemie** 11:15 – 12:15

1.1. Z. Mikeš (Bratislava): Nebivolol - nový pohľad na osvedčený liek ♦ **1.2. P. Lesný (Bratislava):** Chronické zlyhanie srdca u geriatrických pacientov ♦ **1.3. J. Lietava (Bratislava):** Metabolický syndróm a liečba blokátormi kalciových kanálov

Obed

12:15 – 13:45

Sympóziu fy MSD – Schering Plough 13:45 – 14:45**Manažment cholesterolu dnes – redukcia LDL – c pomocou inhibície absorpcie a syntézy cholesterolu****Cievy seniorov I** Predsedajúci: Š., Koval, Š., Krajčík 14:45 – 16:00

1. Š., Krajčík, P., Mikus (Bratislava) Starnutie kardiovaskulárneho systému – prehľad anatomických a funkčných zmien ♦ **2. I., Bartošovič, D., Bartošovičová, A., Tašká (Skalica)** Cieвне ochorenia v geriatrii ako príčina úmrtnosti ♦ **3. T., Hanisková, M., Palkovič (Modra)** Screening aneurizmy abdominálnej aorty ♦ **4. M., Grocký (Prešov)** Chronické srdcové zlyhanie ako následok poruchy diastolickej funkcie ľavej komory ♦ **5. Š., Koval (Košice)** Erektálna dysfunkcia vo vyššom veku

Prestávka

16:00 – 16:15

Varia Predsedajúci: T., Drobná, M., Babčák 16:15 – 17:30

1. M., Babčák, M., Merčiaková, O., Ráč, M., Slivka, F., Németh (Prešov, Košice) Epidemiológia diabetes mellitus 2. typu a jeho komplikácií u hospitalizovaných pacientov ♦ **2. J., Kmec (Prešov)** Fibrilácia predsiení a srdcové zlyhanie u pacientov v staršom veku ♦ **3. K., Kyslan, M., Policián, P., Pastierik, K., Kyslan ml. (Prešov)** Špecifítnosť náhlych príhod brušných v pokročilom veku

lom veku ♦ **4. I., Minčík, L., Petričko, J., Havrilla** (Prešov) Hodnota prostatického špecifického antigénu a biopsie prostaty pre včasnú diagnostiku karcinómu prostaty ♦ **5. F., Németh, M., Babčák, M., Baník, E., Knišová, M., Abu-Zaid** (Prešov) Výsledky základných funkčných vyšetrení seniorskej populácie okresu Prešov

Veľká dvorana, budova Kolegia – Slávnostné otvorenie kongresu – 18.30 – 20:00

Slávnostné otvorenie kongresu – prof. MUDr. Zoltán Mikeš, DrSc. prezident SGGS

Prihovory hostí ♦ **Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.**, viceprezident SGGS: Storočnica primára Gressnera a stav geriatrickej na Slovensku ♦ **MUDr. Štefan Trenkler, PhD.**, predseda Spolku lekárov v Prešove: J. A. Reiman – fyzikus mesta Prešov ♦ **Doc. PhDr. Anna Eliášová, PhD.**, dekan Fakulty zdravotníctva PU v Prešove: Quo vadis - II. ročník

Kultúrny program

Welcome Party 20:00 – 22.30

93
Geriatrics
2/2007

Správy / News

ŠTVRTOK 20. 9. 2007

Prezentácia účastníkov kongresu, Krajský úrad 7.30 – 15.00

Sympóziu Slovenskej internistickej spoločnosti: Žena, srdce a cievy po menopauze

Predsedaajúci: A., Dukát, J., Hromec 8:30 – 10:00

1. J., Hromec (Trnava) Komplexný pohľad internistu na problematiku menopauzy ♦ **2. M., Čaprnda** (Bratislava) Oxydatívny stres a kardiovaskulárne ochorenia ♦ **3. A., Dukát** (Bratislava) Prevalencia abdominálnej obezity na Slovensku: IDEA Slovakia ♦ **4. I., Vacula** (Bratislava) Prediktívne faktory kaudikácie u žien s metabolickým syndrómom

Prestávka 10:00 – 10:15

Anglicky prezentované prednášky zahraničných hostí 10:15 – 11:00

Predsedaajúci: Z., Mikeš, L., Hegyi

1. B., Boga, (20 min) ♦ **2. K., Wieczorowska** (20 min)

Prestávka 11:00 – 11:15

Sympóziu fy Solvay Pharma: Hypertenzia, ani dyslipidémia nebolia... (Je prevencia kardiovaskulárnych ochorení v SR dostatočná?) 11:15 – 12:45

Predsedaajúci : S., Krčméry, (Bratislava)

1. M., Dúbrava, (Bratislava) Centrálna antihypertenzíva ako alternatíva a /alebo doplnok ? ♦ **2. P., Jonáš**, (Košice) ACE-I a ich miesto v liečbe hypertenzie ♦ **3. J., Hromec**, (Trnava): Slovenská štúdia: Bezpečnosť a účinnosť Tanatrilu u pacientov s esenciálnou hypertenziou a pridruženými ochoreniami ♦ **4. P., Najmik**, (Košice) Dyslipidémia – súčasť metabolického syndrómu a problém u pacientov s diabetom ♦ **5. S., Krčméry**, (Bratislava) Slovenská štúdia: Je fenofibrát dostatočne účinný a bezpečný pre pacientov s dyslipidémiou?

Obed 12:45 – 14:00

Sympóziu fy Novartis Predsedaajúci: Z., Mikeš, J., Murin 14:00 – 15:00

1. Z., Mikeš (Bratislava) ♦ Valsartan a hydrochlorotiazid – výhodná kombinácia v liečbe hypertenzie seniorov. ♦ **2. J., Murin** (Bratislava) T.b.a. ♦ **3. S., Krčméry** (Bratislava) Vyberte si svoj statín – dlhodobá bezpečná liečba hyperlipidémie

- 94 Geriatria 2/2007 Správy / News**
- 94 Prednášky hostí z ČR** Predsedajúci: P., Weber, F., Németh 15:05 - 16:00
1. H., Zavázalová, K., Zikmundová, V., Zaremba, F., Németh, H., Eliášová (Plzeň, Prešov): Kvalita života seniorov v dvoch regiónoch ♦ **2. P., Weber** (Brno): T.b.a. ♦ **3. R., Bužgová, K., Ivanová** (Ostava) Kvalitatívni výzkum vnímaní dôstojného stáří a dôstojné péče klientu a zaměstnanců domovu pro seniory v Ostravě
- Prestávka* 16:00 - 16:15
- Sympóziu fy Gedeón - Richter:** Predsedajúci: Z., Mikeš, J., Lietava 16:15 - 17:15
1. Z., Mikeš, J., Lietava (Bratislava) NEMESYS - zrkadlo metabolického syndrómu ♦ **2. J., Benetin** (Bratislava) Cavinton v prevencii kognitívnej dysfunkcie na Slovensku ♦ **3. H., Jakubiková** (Bratislava) Farmakologický pohľad na algický syndróm
- Komunikácia, edukácia** Predsedajúci: A. Eliášová, Š., Koval 17:20 - 18:20
1. A., Hudáková, V., Berdisová, L., Derňárová (Prešov) Komunikačné bariéry vo vzťahu sestry - imobilný pacient ♦ **2. L., Majerníková, A., Obročníková** (Prešov) Špecifiká v edukácii seniorov ♦ **3. A., Hudáková, L., Majerníková** (Prešov) Možnosti edukácie u diabetikov - gerontov ♦ **4. H., Galdunová, A., Schlosserová, D., Kvašňáková** (Prešov) Pôrodná asistentka v úlohe koordinárky pri edukácii žien v období klimaktéria ♦ **5. M., Szantová, M., Kaščáková** (Prešov) Ošetrovateľská starostlivosť o imobilného pacienta - edukácia príbuzných

PIATOK 21. 9. 2007

- Prezentácia účastníkov, Krajský úrad 7:30 - 12:00
- Cievny seniorov II** Predsedajúci: L., Gerlich, J., Vaško 8:30 - 9:30
1. Š., Krajčík, I., Bartošovič, P., Mikus (Bratislava, Skalica) Multimorbidita a polyfarmácia u pacientov s cievnyimi chorobami vo vyššom veku ♦ **2. P., Majdák, L., Gerlich** (Bojnice) Flebotrombóza a malignita vo vyššom veku ♦ **3. T., Hanisková, M., Palkovič** (Modra) Skrining aneurizmy abdominálnej aorty ♦ **4. M., Dúbrava a kol.** (Bratislava) T.b.a. ♦ **5. J. Kmec** (Prešov) Sekundárna prevencia aterotrombotických príhod z pohľadu kardiológa
- Prestávka* 9:30 - 9:45
- Britsko - slovenské geriatrické sympóziu** 9:45 - 11:30
 predsedajúci: T. Bayer, Š. Krajčík
1. T. Hasan (U.K.) Teaching geriatric medicine to medical students. ♦ **2. S. Conroy** (U.K.) Training in geriatric medicine in the UK. ♦ **3. Š. Krajčík** (Bratislava) T.b.a.
- Obed* 11:30 - 13:30
- Cievny seniorov III: Pohľad chirurga** Predsedajúci: Š. Krajčík, Š. Trenkler 13:30 - 15:15
1. J., Vaško, P., Kováč, M., Leško, P., Šeliga, A., Macková, A., Béreš (Prešov) Aktívny prístup k liečbe pacientov s periférnym artériovým ochorením ♦ **2. P., Šeliga, A., Macková, A., Béreš, J., Vaško, P., Kováč, M., Leško** (Prešov) Komplikácie chirurgických infrainguinálnych revaskularizačných výkonov u pacientov v geriatrickom veku ♦ **3. J., Vaško, P., Kováč, M., Leško, P., Šeliga, A., Macková, A., Béreš** (Prešov) Moderný pohľad cievného chirurga na liečbu hĺbkovej žilovej trombózy ♦ **4. A., Macková, J., Vaško, P., Kováč, M., Leško, P., Šeliga, A., Béreš** (Prešov) Význam karotickej endarterektómie v geriatrickom veku ♦ **5. J., Vaško, P., Kováč, M., Leško, P., Šeliga, A., Macková, A., Béreš** (Prešov) Dôležitosť účinnej antiagregačnej liečby u cievného pacienta

SOBOTA 22. 9. 2007

95
Geriatría
2/2007

Správy / News

Prezentácia účastníkov, Krajský úrad 7:30 - 12:00

Duchovno a senior Predsedajúci: Š., Koval, M. Jakubíková 8:30 - 9:45

1. I., Farský, K., Žiaková, I., Ondrejka (Martin) Význam zmysluplnosti v živote seniora ♦ 2. A., Jakabovičová, L., Majerníková (Košice, Prešov) Etické aspekty v preventívnom ošetrovateľstve ♦ 3. M., Jakubíková, I., Ondriová (Prešov) Predpoklady humánneho prístupu v geriatrickej praxi ♦ 4. G., Feckaničová, J., Bačišinová (Prešov) Kompetencie sestier v uspokojovaní spirituálnych potrieb pacientov ♦ 5. Z., Novotná, D., Balková, A., Javorská (Prešov) Úloha sestry pri rozpoznávaní depresívnych stavov vo vyššom veku ♦ 6. A., Šuličová, T., Šantová (Prešov) Úloha sestry pri uspokojovaní bio-psycho-socio potrieb starších ľudí

Prestávka 9:45 - 10:00**Intervencia sestry a senior** Predsedajúci: K., Strácová, S. Kapová 10:15 - 11:15

1. S., Kapová, M., Jakubíková, J., Cinová (Prešov) ♦ Problematika prevencie u gerontov v komunitnom ošetrovateľstve ♦ 2. I., Ondriová, J., Slaninková (Prešov) Zaočkovanosť populácie nad 65 rokov proti chrípke ♦ 3. I., Bóriková, M., Volfová (Martin) Farmakoterapeutická compliance u seniorov ♦ 4. K., Malíková (Ružomberok) Úloha sestry v prevencii pádov u seniorov ♦ 5. J., Cinová, P., Kloc, D., Magurová (Prešov) Problematika zlomeniny krčka stehennej kosti u seniorov - preventívne opatrenia ♦ 6. J., Cinová, T., Šantová, M., Kaščáková (Prešov) Intervencie sestry v jednotlivých fázach procesu umierania u geriatrického pacienta

Prestávka

11:15 - 11:30

Ošetrovateľstvo: Varia Predsedajúci: T., Drobná 11:30 - 12:30

1. A., Hudáková, A., Obročníková (Prešov) Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti v geriatrickej praxi ♦ 2. M., Zamboriová, V., Simočeková, D., Potočeková, E., Fedáková (Košice) Vybrané zdravotné problémy u seniorov ♦ 3. B., Paľšová, I., Michalčová (Bardejov) Vplyv sociálnych faktorov na opakované hospitalizácie seniorov ♦ 4. D., Balková, Z., Novotná, S., Mrosková (Prešov) Sestra v procese plánovaného prepustenia pacientov ♦ 5. K., Sendeková, J., Bačišinová (Prešov) Kvalita života seniorov s karcinómom prostaty

Záverečná úvaha T., Hanisková (Modra) 12:30 - 12:50

Som po atestácii z geriatrickej praxe a čo ďalej...

Ukončenie kongresu Z., Mikeš, H., Eliášová, S., Krčméry, F., Németh 12:50**Spoločenský program:**

Streda 19. 9. 2007 Welcome party - 20.00 - 23.00 Kolegium, Hlavná 139 - Pre účastníkov slávnostného otvorenia kongresu - **Štvrtok 20. 9. 2007** - Recepčia - 19.30 - 24.00 hod., Čierny orol, Hlavná 50 - Pre účastníkov kongresu - **Piatok 21. 9. 2007** - Koncertný recitál bratov Dvorských, 19.00 hod. kostol sv. Mikuláša - Na vstupenky - Pokoncertný raut - 22.30 hod. Múzeum vín, Floriánova 2 - Pre pozvaných účastníkov - **Sobota 22. 9. 2007** - Výlet na Pieniny - Odchod autobusu z parkoviska za hotelom Dukla o 8.30 hod. - Návrat plánovaný na cca 15.00 hod. - Pre prihlásených účastníkov

Prim MUDr. František Németh, PhD., jubiluje

V najkrajšom mesiaci roku sa prim. MUDr. František Németh, PhD. dožíva okrúhleho životného jubilea. Zdá sa akoby to bolo včera, keď sme sa navzájom radili, čo a ako urobiť a podniknúť, aby sme zanidovali geriatriu vo Východoslovenskom regióne... Vtedy sme si hádam obaja pripadali ako mladíci a dnes už takto.

MUDr. Németh František pochádza zo Spiša. Lekársku fakultu ukončil v 1971 r. s červeným diplomom na LF UPJŠ v Košiciach. Celý svoj profesionálny život strávil v Prešove. Niekoľko rokov pracoval na Internom oddelení, vtedajšej NsP, kde sa zaujímal okrem iného o funkčné vyšetrenie pľúc, potom 4 roky pôsobil na poliklinike v Sabinove. Po otvorení Geriatrického oddelenia v NsP Prešov v r. 1983 stal sa zástupcom primára a od roku 1991 primárom tohto oddelenia. Pod jeho vedením sa oddelenie v septembri 2006 stalo Klinikou geriatrie.

Klinika geriatrie poskytuje svoje služby pre celú polmilionovú prešovskú spádovú oblasť. Preto ani neprekvapuje, že prevláda každodenný medicínsky dril, boj o zdravie pacientov, snaha pripraviť pracovisko na prijatie ďalších nových a nových pacientov.

Pri takom intenzívnom kolotoči prekvapuje, že si jubilant nachádza čas aj na nadstavbu. Nepamätám sa, aby sa nezúčastnil dôležitejšej odbornej akcie, nepamätám sa, žeby, keď už nie prednáškou, aspoň zaujímavou diskusiou nedoplnil naše odborné geriatrické podujatia.

Dlhé roky jeho „srdcovou“ záležitosťou bol Spolok lekárov v Prešove. Vo funkcii vedeckého sekretára pôsobil 12 rokov, vo funkcii predsedu SL 14 rokov. Dlhé roky bol v prípravnom výbore, ktorý organizoval známe a uznávané Reimanové dni, potom dlhé roky stál na jeho čele. Trikrát v rámci Reimanových dní zorganizoval celoštátnu geriatrickú konferenciu, raz geriatrický kongres s medzinárodnou účasťou, vždy

s vysokou odbornou a spoločenskou úrovňou. Opakovane sa podieľal na organizácii Východoslovenských lekárskech dňoch, ktoré sa zväčša organizovali vo Vysokých Tatrách. Za túto prácu obdržal zlatú Reimanovu medailu, ktorú udeľuje výbor SL v Prešove, od výboru Slovenskej lekárskej spoločnosti bol poctený medailou „PROPTER MERITA“.

Už druhé funkčné obdobie pracuje vo výbore SGGS, je členom redakčnej rady časopisu GERIATRIA, klinickú geriatriu vyučuje na Fakulte zdravotníctva PU. V spolupráci s Ústavom sociálnej práce LF Plzeň zúčastňuje sa aplikovaného medzinárodného výskumu.

V poslednom období skončil kombinovanú formu doktorandského štúdia a na Karlovej univerzite v Prahe získal titul „Philosophiae doctor“. S manželkou Lubicou, očnou lekárkou, sa tešia dvom potomkom, teraz už aj dvom vnúčatám-dvojčikám.

Všeobecne najznámejšia záľuba MUDr. F. Németha, PhD. je futbal. Futbalová partia prešovských lekárov futbalistov bola a je známa po celom regióne. Zúčastnili sa nejedného turnaja, nejedného stretnutia, zúčastnili sa aj na zápasoch mimo republiky (Maďarsko, Česko). S futbalom a jubilatom súvisí aj jedna rarita. Vo „futbalovom“ Prešove bol prvým „nechirurgickým“ lekárom vtedy ešte prvoligových futbalistov Tatrana Prešov, ako lekár bol dvakrát pri dorasteneckom mužstve, ktoré získalo titul majstra republiky.

60-ročné jubileum pre geriatra je výzvou pre nový životný program. Zdá sa, že náš milý Fero ten program má – aktivita a optimizmus zostáva, a už nikto mu nemôže siahť na jeho sny. Je vážený a obľúbený nielen doma, v nemocnici, ale aj v meste. V Prešove ho poznajú ako skromného a múdreho lekára, kolegovia ako erudovaného odborníka.

Veľa zdravia a povestné ad multos annos!

Štefan Koval