

Vedúci redaktor

Ladislav Hegyi

Zástupca vedúceho redaktora

Silvester Krčméry

Výkonný redaktor

Miroslav Palát

Tajomník redakcie

Katarína Ďuranová

Redakčná rada

Martin Dúbrava

Zdeněk Kalvach

Štefan Koval

Eduard Kolibáš

Štefan Krajčík

Zoltán Mikeš

František Németh

Jaroslav Přehnal

Eva Topinková

Pavel Weber

Zdeněk Zadák

Helena Zavázalová

Redakčný kruh

Ladislav Badalík (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 (BRD)

Christoph Lucke (D)

František Makai (SK)

William Molloy (CND)

Jiří Neuwirth (CZ)

Vladimír Pacovský (CZ)

Mario Passeri (I)

Jozef Pogády (SK)

F.M.E. van Schendel (NL)

Jörg Schulz (D)

Vappu Teipale (SF)

Karol Virsik (SK)

Vladimír Zaremba (CZ)

Obsah

Editorial

L. Hegyi: Súčasná možnosť sociálnej geriatricy 99

Originálne práce

M. Dúbrava, S. Cagán, S. Wimmerová, I. Besedová,

Z. Mikeš, J. Jánošiová, B. Zacharová:

Akútny infarkt myokardu na Slovensku

- starší chorí (I. časť) 103

H. Dolanský, H. Zavázalová, K. Zikmundová, V. Zaremba:

Výskyt rizikových gerontologických faktorů

u osob nad 60 let ošetrovaných agenturami

domáci zdravotní péče 115

Prehľadné články

P. Weber: Diabetes mellitus - etiopatogeneza

a klinika ve stáří 120

K. Kanáliková, I. Šimková: Pohľad kardiológa

na kardiouchirurgické výkony vo vekovej skupine

pacientov nad 70 rokov 127

K. Gazdíková, F. Gazdik: Medicínske a ekonomické

aspekty očkovania proti chrípke

u geriatrických pacientov 135

Recenzie kníh 119

Jubileá

L. Hegyi, E. Topinková: Prof. MUDr. Vladimír Pacovský,

DrSc. - 75 ročný 143

Všetky články

v tomto čísle časopisu sú venované
prof. MUDr. Vladimírovi Pacovskému, DrSc.
pri príležitosti jeho 75. narodenín

Úvahy o starnutí trvajú už po tisícročia. Jeho medicínske a sociálne aspekty sa nevyhli žiadnej spoločnosti. Kým **sociálna gerontológia** sa zaoberá sociálnou problematikou seniorov ako spoločenskej skupiny, teda z hľadiska celej populácie, **sociálna geriatric** sa zaoberá možnosťami sociálnej intervencie u jednotlivca (1). Pre vyšší vek sú určujúce najmä jeho zdravotné a sociálne charakteristiky:

K **zdravotným charakteristikám** starého človeka patrí najmä:

- biologický vek s jeho štruktúrnymi a funkčnými charakteristikami,
- polymorbidita,
- zmenená symptomatika a priebeh chorôb,
- sklon ku komplikáciám,
- sklon k adaptačnému zlyhaniu,
- sklon k chronicite,
- zmenená reakcia na lieky,
- psychosociálne príznaky a
- špecifické geriatrické syndrómy.

Pokiaľ ide o **sociálne charakteristiky**, tak skupinu starších ľudí odlišuje od zbytku populácie najmä:

- veková kategória
- strata profesijných rolí
- obmedzená dostupnosť zdrojov obživy
- dostupnosť životných potrieb
- nižší ekonomický štandard
- nižší sociálny status
- rozhodovanie o sebe
- ekonomická, sociálna a zdravotná diskriminácia

K závažným **sociálnym dôsledkom** starnutia patria:

- strata priateľov a rodiny,
- izolácia,
- strata komunikácie, strata pocitu potrebnosti,
- nedostatok možností sebarealizácie,
- potreba pomoci pri všedných činnostiach,
- sociálne dôsledky polymorbidity a blízkosť smrti.

Úroveň sociálnych vzťahov významne

ovplyvňuje telesné i duševné zdravie. Hospodárska chudoba ako stresový faktor ovplyvňuje strednú dĺžku života nielen vysokou doženskou úmrtnosťou, kvalitatívnu alebo kvantitatívnu podvýživou, infekčnými chorobami, napr. opakovaným vzostupom incidence tuberkulózy alebo hnačkovými ochoreniami detí, ale i stresom z neslobody, existenčnej neistoty, strachom z budúcnosti.

Vzťah medzi chorobami, resp. úmrtnosťou a chudobou existuje vo všetkých krajinách, či už rozvojových, alebo vyspelých.

V roku 1982 bol v USA uskutočnený jedinečný multifaktorový rizikový intervenčný experiment MR - FIT, ktorého sa zúčastnilo viac ako 300 000 mužov. Muži boli rozdelení do 12 tried podľa príjmu. Čím nižší bol príjem, tým vyššia bola štandardizovaná úmrtnosť. **Úmrtnosť v skupine s najnižším príjmom bola dvakrát vyššia, než v skupine najbohatších /81 a 41 na 10 000/ (2).**

Stres zo sociálnych vzťahov postihuje takisto ekonomicky dobre zabezpečené vrstvy vysokým pracovným vypätím, konkurenčným prostredím a z toho plynúcim stálym existenčným ohrozením.

Zníženie adaptačných schopností a z toho plynúce zdravotné a sociálne riziká sú modelovým príkladom **prepojenia zdravotnej a sociálnej problematiky** zvlášť vo vyššom veku. Demografický trend, charakterizovaný starnutím populácie, spolu s rozvojom civilizačných ochorení a poznaním toho, že každá chronická choroba má svoje sociálne črty, podčiarkuje význam skutočnosti, že v 21. storočí bude ťažiskovým problémom medicína chronických chorôb.

Pripravenosť spoločnosti na tento vývoj je nedostačujúca. **Absentuje** dlhodobá štátna a zdravotná politika v prospech seniorov, dostatok spolupráce medzi rezortom zdravotníctva a sociálnych vecí na vládnej úrovni, absentuje širšia miera akceptácie prepojenia zdravotnej a sociálnej politiky zo strany zdravotníkov. Toto

| Sociálna pomoc v geriatrickej starostlivosti | |
|--|----------------------------------|
| detekcia a signalizácia potreby sociálnej pomoci | sociálna intervencia |
| <ul style="list-style-type: none"> ● sestra v Agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti ● sociálna sestra ● zdravotná sestra u praktického lekára ● praktický lekár ● odborný lekár geriatry ● odborné oddelenie v ústavnej starostlivosti | <p><i>sociálny pracovník</i></p> |

sa prejavuje pri poruchách zdravia najmä prevahou orgánového prístupu nad holistickým pojatím a ignoráciou sociálnych okolností vzniku, vývoja a dôsledkov ochorení. Takisto ale absentuje dostatok prevencie v oblasti sociálnej práce v geronto-

a predpisov o druhoch sociálnej pomoci, jednak neschopnosťou si túto pomoc na úradoch vybaviť. Zo strany zdravotníkov pritom chýba detekcia a signalizácia týchto potrieb. Súčasný systém odvádza lekára od snahy o sociálnu intervenciu, bez ktorej ale nemôže existovať komplexná a plnohodnotná geriatrická starostlivosť.

Dobrá sociálna adaptácia je potrebná v každom veku, ale zvlášť v rizikových obdobiach života človeka, ku ktorým patrí najmä vyšší vek. Sociálnym problémom adaptácie môže predchádzať sociálna prevencia.

Záverom by som chcel poznamenať, že postavenie seniorov v spoločnosti je odrazom kultúrnej a sociálnej úrovne spo-

| Sociálna prevencia adaptačných problémov v starobe | | |
|---|---|--|
| Predpoklady vzniku adaptačných problémov v starobe | Najčastejšie prejavy adaptačných problémov v starobe | Možnosti prevencie |
| <ul style="list-style-type: none"> ● zdravotná charakteristika seniorov ● sociálna charakteristika seniorov ● sociálne dôsledky starnutia ● nízka kvalita života ● postavenie seniorov v spoločnosti | <ul style="list-style-type: none"> ● geriatrický maladaptačný syndróm ● geriatrické sociálne syndrómy | <ul style="list-style-type: none"> ● dobrá štátna a sociálna politika ● lepšie prepojenie a spolupráca medzi rezortom zdravotníctva a sociálnych vecí ● aktivity sociálnych pracovníkov |

lógii a účelná spolupráca geriatrov a sociálnych pracovníkov.

Oblasti uplatnenia sociálnych pracovníkov sú celkom zrejme v penitenciárnej sfére, v sociálnej pediatrii a sociálnej psychiatrii, v rómskej problematike, v politike zamestnanosti a v niektorých ďalších. Málo sa hovorí v tejto súvislosti o starostlivosti o starých ľudí. Prítom polymorbidný starý pacient takmer vždy vykazuje **deficit v sociálnej oblasti**. Tento deficit býva spôsobený jednak neznalosťou zákonov

ločnosti. Riešenie ich problémov by nemalo ostávať v deklaratívnej podobe.

Doc. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

Literatúra:

HEGYI, L.: Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starých ľudí. Trnava: Slovak Academic Press, 2001, s. 128, ISBN 80-88908-80-9

SYME, S.L.: To prevent disease: the need for a new approach. In: Health and social organization (Ed.: D. Blane et al.), London: Routledge, 1996

Akútny infarkt myokardu na Slovensku - starší chorí (I. časť)

M. Dúbrava¹, S. Cagán^{2, 3}, S. Wimmerová², I. Besedová^{2,3},
T. Trnovec², Z. Mikeš¹, J. Jánošiová¹, B. Zacharová¹

(¹ Klinika geriatrickej Lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Bratislava

² Ústav preventívnej a klinickej medicíny, Bratislava

³ Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava)

Súhrn

Východiská: Podrobnejšie komplexnejšie dáta o reálnej situácii u chorých s akútnym infarktom myokardu (AIM) nie sú na Slovensku k dispozícii. Túto medzeru postupne zapĺňa projekt AUDIT. **Cieľ článku:** Podat prvú časť pohľadu na realitu AIM starších chorých v SR. **Pacienti a metódy:** Celoslovenská prospektívna multicentrická štúdia realizovaná v rokoch 1997 - 1998, analyzujúca 3123 chorých s AIM. Porovnávala sa skupina mladších (do 65 rokov, priemerný vek 54 rokov, 24 % žien) a starších (65-ročných a starších, priemerný vek 73 rokov, 50 % žien) chorých. **Výsledky:** Ľudia starší ako 64 rokov predstavujú v SR 53 % chorých prijatých na hospitalizáciu pre AIM. Starší chorí mali častejšie sprievodné ochorenia (okrem hyperlipoproteinémie), komplikovaný AIM (čo bolo dané najmä častejším srdcovým zlyhávaním, kardiogénnym šokom), boli častejšie prechodne kardiostimulovaní i resuscitovaní. Kalendárny vek sám o sebe nespôsobil žiadne podstatné predĺženie hospitalizácie. AIM sa vo včasnom období podarilo diagnostikovať temer u troch pätin starších chorých. Smrtnosť starších chorých bola vysoká (19 %; 3,7x vyššia než u mladších). Za alarmujúcu musíme považovať frekvenciu, s ktorou sa počas priemerne 17/19 (mladší /starší chorí) dňovej hospitalizácie realizoval submaximálny záťažový test (u mladších v 32 %, u starších v 8 %), resp. s ktorou sa odporúčal pri ukončení hospitalizácie symptómami limitovaný záťažový test (u 25 % mladších a 13 % starších chorých). **Záver:** AIM u starších chorých predstavuje v SR významný problém svojou frekvenciou, početnými komplikáciami, z toho vyplývajúcou ekonomickou náročnosťou, vysokou smrtnosťou. Existujú rezervy v jeho manažovaní.

Kľúčové slová: starí pacienti - akútny infarkt myokardu - multicentrická štúdia - SR

Výskyt rizikových gerontologických faktorů u osob nad 60 let ošetřovaných agenturami domácí zdravotní péče

5
Geriatrics
3/2003

H. Dolanský, H. Zavázalová, K. Zikmundová, V. Zaremba
(Ústav sociálního lékařství LF UK v Plzni
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna Ostrava - Vitkovice)

Souhrn

Byla provedena analýza rizikových gerontologických faktorů, které byly důvodem poskytování domácí zdravotní péče. Pouze u 10% evidovaných osob se vyskytl jen 1 rizikový faktor (převážně špatný zdravotní stav). U 90% starých osob se kumulovalo 2 a více gerontologických rizik. U všech sledovaných osob se jednalo o špatný zdravotní stav, tedy faktor medicínský. Často byl spojen s faktorem sociálním – osamělostí, nesoběstačností, bezdětností a vysokým věkem. Činnost agentur domácí zdravotní péče je nesporně významnou službou pro staré handicapované osoby. Tato pomoc oddaluje nutnost ústavní péče a výrazně zlepšuje kvalitu života starým lidem v jejich vlastním domácím prostředí, s možností zajištění potřeby péče druhou osobou.

Klíčová slova: staří lidé - rizikové faktory - domácí zdravotní péče

Diabetes mellitus – etiopatogeneza a klinika ve stáří

P. Weber

(Klinika geriatric, ošetrovatelství a praktického lékařství FN a LF MU Brno,
Česká republika)

Souhrn

Skutečnost, že diabetes mellitus (DM) postihuje v 7. dekádě až 20% osob a dalších 20% trpí porušenou glukózovou tolerancí, způsobuje, že jde o klinicky nejvýznamnější metabolické onemocnění vyššího věku. U seniorů jde převážně o DM typu 2 (nad 70 roků až 95%). Za rozvoj DM 2 jsou zodpovědné zejména: 1. **inzulinová rezistence**; 2. **porucha inzulinové sekrece**; 3. **porucha suprese glukoneogeneze**. DM2 ve stáří vzniká *interakcí genetické predispozice a vlivů zevního prostředí*. Při volbě terapie DM je třeba vzít v úvahu: **1) všeobecnou způsobilost nemocného** – tj. soběstačnost nebo závislost na jiných osobách, stupeň mobility, mentální status; rodinné prostředí a ekonomické poměry; stravovací zvyklosti (vč. stavu chrupu); věk - včetně předpokládané délky dalšího života; **2) přítomnost makro- a mikroangiopatických komplikací**; **3) jiné závažné choroby** - včetně handicapů psychických, motorických, zrakových a sluchových; **4) ostatní užívané léky** (interakce). Cílem terapie DM ve stáří je: a) terapií DM přispět ke zlepšení kvality života, nikoli ho starému diabetikovi komplikovat nebo ho poškodit léčbou; b) optimální metabolická kompenzace DM - tj. stav bez subjektivních potíží (gl. nalačno 8-11 mmol/l; HbA_{1C} < 8,5 %); c) zpomalit a oddálit možný vznik pozdních cévních komplikací a v případě jejich vzniku je sledovat a léčit.

Klíčová slova: Diabetes mellitus - inzulinová rezistence - stáří - etiopatogeneza - diagnostika - klinický obraz - komplikace

Pohľad kardiológa na kardiochirurgické výkony vo vekovej skupine nad 70 rokov.

P. Kanáliková, I. Šimková*

(Slovenský ústav srdcových a cievnych chorôb Bratislava, SR
Klinika srdcovej chirurgie, prednosta prof. MUDr. V. Fischer, CSc.

*Kardiologická klinika, prednosta prof. MUDr. I. Riečanský, CSc.
SÚSCH Bratislava)

Súhrn

Predĺženie priemernej dĺžky života a pokroky v operačných a perioperačných technikách vedú k narastaniu počtu kardiologických pacientov starších vekových skupín, vyžadujúcich kardiochirurgický výkon.

V predloženej práci súhrnne hodnotíme pacientov vo vekovej kategórii nad 70 rokov z pohľadu kardiológa: ich klinický stav, indikácie na operáciu, predoperačnú prípravu, pooperačnú starostlivosť a niektoré odlišnosti v technike operačného výkonu na otvorenom srdci. Zdôrazňujeme potrebu individuálneho prístupu k indikáciám na kardiochirurgický výkon v súvislosti s mentálnym stavom pacienta a s extrakardiálnymi ochoreniami.

Kľúčové slová: operácia srdca - pacienti nad 70 rokov veku

Medicínske a ekonomické aspekty očkovania proti chrípke u geriatrických pacientov

K. Gazdíková, F. Gazdík

(Klinika farmakoterapie, Ústav preventívnej a klinickej medicíny,
Limbová 14, 833 01 Bratislava)

Súhrn

Chrípka je akútne infekčné ochorenie spôsobené vírusom chrípky. Na Slovensku sa uvádza rozptýl jej chorobnosti 24 000-38 000 na 100 000 obyvateľov. Medzi rizikové skupiny s výskytom komplikácií chrípky patria seniori nad 65 rokov ako aj jedinci všetkých vekových skupín s chronickým ochorením dýchacieho (vrátane bronchiálnej astmy) a kardiovaskulárneho systému, renálnymi a metabolickými (vrátane diabetes mellitus) ochoreniami a pacienti, užívajúci imunosupresívnu liečbu. Jediným účinným profylaktickým opatrením je očkovanie proti chrípke tak, aby sa v dostatočnom predstihu pred jej výskytom vytvorili ochranné protilátky.

Účinnosť očkovania sa u jedincov bežnej populácie udáva v rozpätí 70-90%, zatiaľ čo u jedincov nad 60 rokov v 60-80%. Preventívne očkovanie geriatrických pacientov proti chrípke má význam z viacerých hľadísk. Z medicínskeho aspektu u tejto skupiny jedincov je častejší výskyt zníženej obranyschopnosti a súčasne sa u nich často vyskytuje polymorbidita so zvýšenou incidenciou iných závažných ochorení, najmä zo skupiny srdcovocievnych, ktoré sa v priebehu akútneho ochorenia vo zvýšenom percente môžu dekompenzovať. Ďalším nezanedbateľným faktorom sú zvýšené finančné náklady pre spoločnosť, súvisiace s liečbou chrípky a jej komplikácií, ako aj zvýšené nepriame náklady, súvisiace s práceneschopnosťou.

Kľúčové slová: chrípka - komplikácie chrípky - očkovanie proti chrípke - účinnosť očkovania - geriatricí pacienti - obranyschopnosť