

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, I. Rovný: Výchova k zdraviu u seniorov 147

Originálne práce

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

Z. Mikeš, J. Jánošíková, B. Zacharová:

Akútny infarkt myokardu na Slovensku

- starší chorí (II. časť) 151

I. Dóci, M. Medvecký, M. Kovářová:

Porovnanie psychofarmakologickej liečby
osôb nad 60 rokov na Psychiatrickej klinike

v Košiciach v rokoch 1993 a 2002 161

Prehľadné články

Š. Krajčík, T. Hanisková, I. Bartošovič:

Poruchy prehľadania v starobe 166

Y. Berner: Nutrition and Aging 172

Recenzie kníh 165, 186

Register autorov 187

Obsah ročníka 2003 188

Jubileá

Š. Krajčík: Životné jubileum

prof. MUDr. Evy Topinkovej, CSc. 190, 191

Plán akcií SGGS na rok 2004 192

Výchova k zdraviu u seniorov

Pre charakteristiku zdravia seniorov veľmi dobre vyhovuje všeobecne známa definícia zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie, pretože nevyklučuje prítom-

nosť ochorenia ale zdôrazňuje schopnosť s ním sa vyrovnáť. Zdravotný stav populácie výrazne ovplyvňujú determinanty zdravia (1):

Determinanty zdravia	Charakteristika	Podiel na zdravotnom stave populácie
Úroveň zdravotníctva	Odborná úroveň, komplexnosť, sústavnosť, dostupnosť preventívnej a liečebnej starostlivosti	15 - 20 %
Genetické danosti populácie	Genetické poruchy populácie, genetická záťaž a znižovanie tohto rizika celospoločenskými opatreniami	10 - 15 %
Prostredie	Čistota ovzdušia, kvalita pitnej vody, starostlivosť o hygienu potravín a stravovania, výživu, starostlivosť o pôdu, obytné a pracovné prostredie, odstraňovanie odpadu, pracovné podmienky, kontrola expozície ionizujúcim a neionizujúcim žiarením, chemickými, fyzikálnymi, biologickými a behaviorálnymi faktormi z prác a životného prostredia, poznanie prírodných ohnisk a endemických oblastí nákaz, vplyvu prostredia na behaviorálne faktory a iné.	20 - 30%
Životný štýl obyvateľstva	Správanie sa človeka na podklade vzájomného pôsobenia životných podmienok, sociálno-ekonomických faktorov a osobnostných vlastností, spôsob života, ovplyvnený výživou, spoločenskou komunikáciou, zvládnutím psychosociálnej záťaže, voľnočasovými aktivitami, požívaním alkoholu, omamných a psychotropných látok, fajčením a i.	50 - 60 %

Najväčší podiel na utváraní zdravotného stavu populácie má životný štýl, ktorý je ovplyvniteľný najmä primárnou prevenciou a zvlášť významne výchovou k zdraviu a podporou zdravia.

Výchova k zdraviu (*Health education*) je špeciálny odbor lekárskeho vied a zdravotníctva, ktorého cieľom je utvárať vedomosti a rozvíjať konanie, zameranie na zachovanie zdravia jednotlivcov i populačných skupín spoločnosti. K tomu je treba dosiahnuť, aby občania získali správne vedomosti o svojom zdraví, nadobudli správne postoje a návyky, vyvíjali aktívnu, uvedomelú osobnú

efektívnu ochranu individuálneho a spoločenského zdravia. Pre seniorov to znamená aplikovať v praxi známe poznatky o zdravom starnutí, ale zároveň aj odporúčania pre životospripravu pri chronickom ochorení.

Podpora zdravia (*Health promotion*) má umožniť ľuďom kontrolu nad vlastným zdravotným stavom a zvýšiť zodpovednosť za svoje zdravie, výrazne ovplyvniť spôsob života ľudí, umožniť im výber spôsobu života na základe objektívnych informácií a znížiť výskyt ochorení v populácii. Podpora zdravia sa realizuje aj aktívnymi opatreniami a investíciami do zdravia zo strany spoločnosti. Žela-

ným výsledkom podpory zdravia je pokles výskytu ochorení, zníženie úmrtnosti a dlhší a kvalitnejší život ľudí.

Výchova k zdraviu a podpora zdravia patria k významným metódam prevencie v medicíne. Pôsobia na všetky vekové skupiny populácie a samozrejme tiež na po-

pulačnú skupinu starších ľudí. Vzhľadom k multimorbidite sa v skupine seniorov uplatňujú okrem primárnej prevencie i prevencia sekundárna a terciárna.

Starnutie populácie prináša so sebou niektoré dôsledky pre zameranie výchovy k zdraviu (2):

Zameranie výchovy k zdraviu u seniorov	
1	Výrazne narastá podiel starších ľudí na celkovej populácii, čo znamená zároveň nárast cieľovej skupiny pre zdravotnú výchovu.
2	Vytvára sa populačná skupina, počtom presahujúca pätinu celkovej populácie, ktorá má odlišnú zdravotnú charakteristiku, odlišné sociálne prostredie a do istej miery odlišné záujmy a postoj k životu.
3	Pre túto populačnú skupinu sú príznačné chronické choroby, polymorbidita, polypragmázia, sklon ku komplikáciám, sklon k adaptačnému zlyhaniu, odlišná symptomatika a priebeh chorôb a výrazná sociálna črta ochorenia.
4	Ťažiskovým cieľom medicínskej intervencie v geriatríi nie je restitutio ad integrum, ale predchádzanie zhoršenia chorôb, udržanie funkcie orgánov a systémov, udržanie sebestačnosti, odsunutie bezvládnosti a odkázanosti na pomoc a zachovanie dobrej kvality života. Tieto ciele tvoria náplň sekundárnej a terciárnej prevencie.
5	V popredí úloh medicínskej intervencie u seniorov je očkovanie proti chripke, pneumónii, prevencia rizikových faktorov adaptačného zlyhania, rehabilitácia, racionálna farmakoterapia, dispenzárna starostlivosť, vytváranie priaznivých podmienok životného prostredia pre seniorov a ďalšie.
6	Výchova k zdraviu, zameraná na seniorov, sa musí vyrovnávať s novými témami, ako je napríklad eutanázia a hospicová starostlivosť.
7	Výhodou výchovy k zdraviu je záujem cieľovej skupiny o zdravie a ochota spolupracovať, nevýhodou nedostatočný záujem spoločenského systému o prevenciu a populačnú skupinu starších ľudí.
8	Podporným faktorom pre rozvoj výchovy k zdraviu so zameraním na seniorov je existencia medzinárodných dokumentov, ako je Zdravie pre všetkých v 21. storočí (cieľ č.5: Zdravé starnutie) a dokumenty Svetového zhromaždenia OSN o starnutí v Madride (2002).
9	Prírodným spojencom a partnerom pri realizácii zdravotnej výchovy so zameraním na seniorov sú nevládne, charitatívne, svojpomocné a iné seniorské organizácie.

Zdravie vo vyššom veku má iný rozmer ako zdravie v mladosti a dospelosti, preto i preventívne opatrenia musia zodpovedať zmeneným podmienkam organizmu v starobe. Záujem o zdravé starnutie je trvalým záujmom ľudstva a súčasťou aktivít každej modernej spoločnosti.

Literatúra

- ROVNÝ, I.: Konceptia verejného zdravotníctva. Prednáška na medzinárodnom seminári: Zlepšovanie kvality vzdelávania vo verejnom zdravotníctve, SZU, Bratislava, 13. 11. -14. 11. 2003
- HEGYI, L.: Starnutie populácie a zdravotná

výchova seniorov. In: 50. výročie prevencie, ochrany a podpory zdravia na Slovensku. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie XXIX. Dni zdravotnej výchovy Ivana Stodolu. Bratislava: Štátny fakultný zdravotný ústav SR, 2002, s. 38-44, ISBN 80-7159-139-4
Doc. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.*
h.doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD.**

(*Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity, vedúci: Doc. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.,

** Štátny fakultný zdravotný ústav v Bratislave, riaditeľ: h.doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD)

Akútny infarkt myokardu na Slovensku - starší chorí (II. 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 zaplňa projekt AUDIT. Úvodnú časť ním získaných informácií o AIM starších chorých v SR sme publikovali v prvej časti tohto článku. **Cieľ:** Podat' druhú časť pohľadu (terapeutické aspekty) 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:** Pred prijatím do nemocnice sledované lieky v mladšej skupine neužívalo temer 40 % chorých, u starších to nebolo ani 20 %. Hoci sa mladší a starší chorí nelíšili v dĺžke nemocničného oneskorenia trombolytickej liečby (TLL), starší chorí dostali TLL zriedkavejšie (len štvrtina chorých), neskôr (viac ako dve pätiny podanej TLL bolo po štyroch hodinách od vzniku ťažkostí) a zrejme s menšou úspešnosťou (52 % vs 65 % u mladších). Betablokátoary počas hospitalizácie dostávala len niečo viac ako tretina starších chorých. Lepšia bola situácia pri ACE inhibítoroch, ktoré počas hospitalizácie dostávali dve tretiny starších chorých. Počas hospitalizácie sa znížila frekvencia podávania digoxínu, ale aj tak ho dostávalo 12 % starších chorých. Vysoká bola počas hospitalizácie i preskripcia diuretik (podávané štvrtine starších chorých). Farmakoterapia odporúčaná pri prepustení priniesla oproti včasnému štádiu hospitalizácie ďalšie zvýšenie percenta pacientov, ktorí mali odporúčené lieky z jednotlivých farmakoterapeutických skupín. Antihyperlipemiká boli odporúčené len pätine starších chorých. Starší chorí boli 2,5x častejšie prechodne kardiostimulovaní a významne častejšie resuscitovaní, než mladší chorí. Pri prepustení z hospitalizácie lekári starším chorým odporúčali urobiť perkutánnu transluminálnu koronárnu angioplastiku alebo aortokoronárny bypass 2,6x zriedkavejšie, ako mladším chorým. **Záver:** AIM u starších chorých predstavuje v SR významný problém aj z terapeutického pohľadu. Existujú rezervy v jeho farmakologickej i invazívnej liečbe. Vzniká paradox, keď starší chorí s väčšími rizikami dostávajú relatívne menej liečby.

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

Porovnanie psychofarmakologickej liečby osôb nad 60 rokov na Psychiatrickej klinike v Košiciach v rokoch 1993 a 2002

5
Geriatría
4/2003

I. Dóci¹, M. Medvecký¹, M. Kovářová²
(¹ Psychiatická klinika LF UPJŠ a FNŠP, Košice
² Ústav sociálneho lekárstva LF UPJŠ, Košice)

Súhrn

Spektrum podávaných liekov, podávaných pacientom nad 60 rokov na Psychiatrickej klinike v Košiciach, sa za 9 rokov výrazne zmenilo. V roku 1993 bol tejto skupine pacientov najčastejšie podávaný haloperidol, thioridazini hydrochlorid a amitriptylinum. Tieto liečivá sa už v roku 2002 v liečbe uvedenej skupiny pacientov takmer nepoužívali. Najviac podávanými liečivami v prvom polroku 2002 boli anxiolytiká, risperidon, thiapridi hydrochloridum a antidepresíva zo skupiny SSRI. Nastal aj nápadný ústup elektrokonvulzívnej liečby a zmenilo sa spektrum diagnóz. Najvýraznejšia zmena nastala v skupine diagnóz, označujúcich zneužívanie alebo závislosť od alkoholu alebo iných psychotropných látok. V roku 1993 malo túto diagnózu len 1,5% pacientov vo veku nad 60 rokov, v roku 2002 už 15% hospitalizovaných z uvedenej vekovej skupiny. Tento nárast je alarmujúci.

Kľúčové slová: vyšší vek - psychické poruchy - liečba

Poruchy prehĺtania v starobe

Š. Krajčík¹, T. Hanisková¹, I. Bartošovič²
(¹ Katedra geriatrickej a gerontologickej SZU
² Neštátna geriatrická ambulancia, Skalica)

Súhrn

Poruchy prehĺtania sa vyskytujú v starobe častejšie a vzhľadom na svoje komplikácie (aspirácia, malnutícia) predstavujú závažný problém, ktorému sa v súčasnosti u nás nevenuje dostatočná pozornosť. Článok prináša prehľad príčin dysfágie, diagnostických postupov, rehabilitácia kompenzačných postupov.

Kľúčové slová: dysfágia - poruchy prehĺtania - rehabilitácia

Výživa vo vyššom veku

Yitshal N. Berner

Súhrn

Malnutricia sa často hodnotí ako normálny fyziologický dôsledok starnutia. Medzi najčastejšie klinické prejavy malnutricie vo vyššom veku patria pokles chuti do jedla a odpor k mäsu. U hospitalizovaných alebo inštitucionalizovaných starších pacientov sa často používajú nákladné a sofistikované liečebné postupy, ale zanedbáva sa adekvátna výživa a pitný režim. Nedostatky v stravovacích režimoch u starších majú za následok nedostatočný prívod základných živín, vitamínov a stopových prvkov, čo prispieva k vzniku a zhoršeniu mnohých chorôb. Viaceré patofyziologické, psychologické a sociálne vplyvy významne prispievajú k malnutricii u starších. Sarkopénia a niektoré iné procesy v priebehu starnutia budú vyžadovať ešte ďalšie vedecko-výskumné aktivity.

Kľúčové slová: malnutricia - neadekvátny príjem potravy - sarkopénia - stopové prvky