

XXIV. BRNĚNSKÝ GERIATRICKÝ DEN
a
14. BRNĚNSKO-BRATISLAVSKÉ
GERONTOLOGICKÉ SYMPOZIUM

14. 6. 2022



MUNI
MED

MASARYKOVA
UNIVERZITA

Brno 2022

© 2022 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-280-0075-2

**XXIV. BRNĚNSKÝ GERIATRICKÝ DEN
14. BRNĚNSKO-BRATISLAVSKÉ
GERONTOLOGICKÉ SYMPOZIUM**

Pořádají:

Česká geriatrická a gerontologická společnost ČLS JEP

Spolek lékařů v Brně ČLS JEP

Klinika interní, geriatric a praktického lékařství FN a LF MU Brno

Slovenská geriatrická a gerontologická spoločnosť

Pod záštitou:

- Mgr. Jan Grolich – hejtman Jihomoravského kraje
- JUDr. Markéta Vaňková – primátorka statutárního města Brna
- Mons. ThLic. Vojtěch Cikrle – biskup brněnský
- prof. MUDr. Martin Repko, Ph.D. – děkan Lékařské fakulty MU Brno
- MUDr. Ivo Rovný, MBA – ředitel Fakultní nemocnice Brno

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

předsedkyně ČGGS

MUDr. Milan Kuman

předseda Spolku lékařů v Brně ČLS JEP

prof. MUDr. Pavel Weber, CSc.

koordinátor pracovního dne

XXIV. BRNĚNSKÝ GERIATRICKÝ DEN

14. BRNĚNSKO-BRATISLAVSKÉ GERONTOLOGICKÉ SYMPOZIUM

14. 6. 2022

Místo konání: **konferenční sál FN Brno-Bohunice**

14. 6. 2022

Slavnostní zahájení 8:15 hod.

Odborný program

Slavnostní zahájení 8:15 hod.

1. blok 8:55–10:20 hod. – předsedající: Krčméry S., Kvapil M.

1. Starý člověk v rodině – aspekty sociální a duchovní – Mikulášek J. (Brno)
2. Močové infekce u starších pacientů, zejména diabetiků – Krčméry S. (Bratislava)
3. Srdcové zlyhávání, diabetes mellitus a stárnutí – Mikus P. (Bratislava)
4. Diabetická neuropatie senzitivní, motorická a autonomní ve vyšším věku – Kvapil M., Nováková M. (Praha)

Přestávka

Minisymposium firmy Bayer – cca 10:00 hod.

1. Xarelto v první linii léčby nevalvulární fibrilace síní – Souček M. (Brno)
2. Současný pohled na prevenci komplikací aterosklerotického kardiovaskulárního postižení u geriatrických pacientů – Tábořský M. (Olomouc)

Přestávka

2. blok 11:45–13:05 hod. – předsedající: Teplan V., Bartošovič I.

1. Obezita, diabetes, nutriční a postižení ledvin u seniorů – Teplan V., Gojiš O. (Praha)
2. Syndrom diabetické nohy – Pecová J. (Brno)
3. Diabetická retinopatie – Hanák L. (Brno)
4. Diabetes mellitus a polyfarmakoterapie u seniorů v sociálních zařízeních – Bartošovič I., Zrubáková K., Mikus P. (Skalica, Bratislava)

Přestávka

3. blok 13:25–14:45 hod. – předsedající: Weber P., Vaňková H., Ničovský J.,

1. Frailty – syndrom geriatrické křehkosti. Jak může geriatr podpořit pacienta (nejen) s diabetem? – Vaňková H.
2. Problematika nutrice polymorbidních seniorů v pozdním séniu – Stolička M. (Ostrava)
3. Ischemická choroba srdeční a diabetes mellitus – Ničovský J.
4. Diabetes 2 vyššího věku – možnosti a specifika terapie – Weber P. (Brno)

Předpokládáný konec 14:00 hod.

Přestávka – Postery

1. Rychlá progresse delirantního stavu – myslíme na všechno? – Bielaková K.
2. Atypické bolesti na hrudi u pacienta s bradykardií – Lekeš D., Výška O.
3. Polyfarmakoterapie v self-režii polymorbidní geriatrické pacientky – kazuistika – Weberová D.
4. Proměna životní dráhy „plujících seniorů“ – Bretšnajdrová M., Juríčková L.

Adresa sekretariátu pracovního dne:

Hana Cahová – sekretariát Kliniky interní, geriatric a praktického lékařství

FN Brno, pracoviště Bohunice, Jihlavská 20, 625 00 Brno,

tel.: 532 233 262; e-mail: Cahova.Hana@fnbrno.cz, fax: 532 232 118

ZÚČASTNĚNÉ A SPONZORUJÍCÍ FIRMY

Generální partner

BAYER



BOEHRINGER INGELHEIM spol. s r.o.



CHARING CROSS SCIENTIFIC a.s.

Nutrego



ZENTIVA GROUP, a.s.

ZeNTIVA

SBORNÍK ABSTRAKTŮ

Starý člověk v rodině – aspekty sociální a duchovní

Mons. Jiří Mikulášek

Emeritní generální vikář Biskupství brněnského

Délka lidského života se stále prodlužuje. Mnoho lidí, kteří přicházejí do důchodového věku, má před sebou 15, 20, i 30 let života. Je to poměrně dlouhá doba, ve které člověk ještě může mnoho poznat i vykonat. Jaký smysl dát tomuto úseku života? Jak si zachovat kvalitu života v stáří?

Přes svoje těžkosti je stáří životním obdobím, ve kterém nám život nabízí něco vzácnějšího, než nám bere. Také ve stáří je důležitým zázemím rodinné prostředí, vztah k partnerovi, a zvláště k vnoučatům a pravnoučatům. Avšak ani ti, kterým nebylo dáno prožívat stáří po boku svého životního partnera, anebo se nemohou radovat z dětí a vnoučat, nemají se cítit zbytečnými. Ve stáří je možno zrát k lidské plnosti.

Člověk je bytost, která vzniká z láskyplného vztahu muže a ženy. Každý je tedy přirozenou součástí rodiny a má v ní trvale své místo. Model třígenerační rodiny se změnil v rodinu dvougenerační, ba někdy dokonce v rodinu nukleární. Zdravě se vyvíjející vztahy mezi rodiči a dětmi však nekončí odchodem dítěte z rodiny za svým partnerem, založením nové rodiny. Citová vazba i komunikace pokračují a mají pokračovat přes prostorovou vzdálenost. Svazek muže a ženy sbližuje dva rody a manželský slib se v jistém smyslu stává zárodkem nové větve stromu života. Prarodiče jsou poutem s minulostí a těmi, kdo předávají hodnoty přejaté od předků, přitom však ověřené a obohacené vlastním životem.

Dnešní babičky a dnešní dědečkové mají často málo společného s deficitním obrazem starých lidí, jaký jsme si kdysi vytvořili. Prodlužování aktivního života, kterého jsme svědky, proměnilo mnohé prarodiče v podnikavé a o aktuálních otázkách

života dobře informované důvěrníky svých vnoučat. Z babičky a z dědečka může i v dnešním hektickém světě vyzařovat klid a vyrovnanost. A také radost z důvěrného vztahu s vnoučaty. Staří lidé bývají ochotni s vnoučaty nebo i jinými mladými lidmi „ztrácet čas“ – ve skutečnosti však právě tomuto času dávají trvalou hodnotu. Jestliže se člověk někomu daruje, najde jinak nepoznatelné štěstí. Nebylo by však moudré nechat se od dětí a vnoučat zcela „obsadit“.

Mladí lidé mají tendenci brát život jako samozřejmost. Člověk pokročilého věku si lépe uvědomuje, že již život sám o sobě je vzácný dar. Lépe využívá čas a více si váží každého dne. Není třeba se trápit, ubývá-li nám fyzických sil. Zanechání mnohdy vyčerpávající práce poskytuje drahocenný čas nezbytný k sebereflexi. Jdu správným směrem? Nenastal již čas, abych vykonal to, co jsem vždy považoval za podstatné, ale stále odsouval do budoucnosti? Ve stáří přichází doba užitečnosti jiného druhu než určované fyzickou výkonností. Poslání staršího člověka může být nejen správně hodnotit věci, ale také najít si čas pro druhé, umět je vyslechnout. Dezorientace mladé generace je do značné míry zaviněna právě tím, že na ni nikdo nemá čas.

Plnohodnotné stáří má být aktivní fází života, a také příležitostí k činnosti (například sebevzdělání), pro kterou nebyl dříve čas. Kombinace svobody a dobrovolnosti může a má přinést vyrovnanost tak potřebnou v každém věku.

Močové infekcie u starších pacientov, najmä diabetikov

prof. MUDr. Silvester Krčméry, CSc.

II. klinika geriatric LF UK a UNsP Milosrdní bratia, Bratislava

Srdcové zlyhávanie, diabetes mellitus a starnutie

MUDr. Peter Mikus, PhD.

Klinika geriatric LF SZU a UNB, Bratislava

Incidencia a prevalencia srdcového zlyhávania aj diabetu mellitu vekom rastie. Zaujímavý je vzájomný vzťah normálneho starnutia srdca, diabetu mellitu a srdcového zlyhávania.

Je známe, že starnutím dochádza k zmenám v myokarde, ktoré uľahčujú vznik srdcového zlyhávania. Sú to progresívny úbytok kardiomyocytov, spomalenie rýchlosti napätia kardiomyocytu, nárast medzibunkového väzivového tkaniva, dochádza k zmenám v diastolickej funkcii, najmä k poruche relaxácie. Nezanedbateľnú úlohu majú aj zmeny myokardu, ku ktorým dochádza vplyvom zvyšovania systolického tlaku krvi spôsobenej zvýšeným odporom starnúcich artérií.

Prognóza pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním je horšia u tých, ktorí majú diabetes mellitus oproti tým, ktorí ho nemajú. Diabetes mellitus je významným rizikovým faktorom koronárnej choroby srdca a jej akútnych komplikácií, čo môže viesť k zlyhávaniu srdca. Diabetes však aj priamo poškodzuje myokard a môže viesť k takzvanej diabetickej kardiomyopatii. Tá je charakterizovaná fibrózou myokardu, dysfunkciou mitochondrií, zhoršenou inzulínovou metabolickou signalizáciou, zvýšeným oxidatívnym stresom, zvýšenou hladinou koncových produktov pokročilej glykácie, zhoršenou výmenou kalcia v kardiomyocytoch a mitochondriách, zvýšenou zápalovou aktivitou a ďalšími humorálnymi a regulačnými dysbalanciami. To všetko vedie spočiatku s diastolickej dysfunkciou a neskôr aj k poruche systolickej funkcie ľavej komory.

Zaujímavý je aj vzťah liekov používaných pri liečbe diabetu k srdcovému zlyhávaniu. Metformín sa ukazuje stále liekom voľby, jeho negatívne účinky pri

srdcovom zlyhávaní sa nepreukázali. Zároveň je bezpečným liekom aj u starších pacientov. Tiazolidindiony sú pri srdcovom zlyhávaní v štádiách III/IV kontraindikované. DPP-4 inhibítory sú spojené so zvýšenou hospitalizáciou pre srdcové zlyhávanie. Podávanie derivátov sulfonylurey a inzulínu má rozporuplné dáta vo vzťahu k srdcovému zlyhávaníu. Agonisti receptorov GLP-1 s dlhým účinkom sú spojené s redukcíou kardiovaskulárnych príhod vrátane srdcového zlyhávaníu. Najsľubnejšou skupinou antidiabetík vo vzťahu k srdcovému zlyhávaníu sa ukazujú inhibítory SGLT2, ktoré majú včasný efekt na riziko vzniku srdcového zlyhávaníu. Budúcnosť ukáže možnosti ich širšieho využítia u pacientov so srdcovým zlyhávaním.

Vzájomný vplyv starnutia, diabetu mellitu a srdcového zlyhávaníu je pre medicínsku verejnosť stále výzvou a výsledky ďalšieho výskumu nám otvárajú nové terapeutické možnosti aj u starších diabetikov so srdcovým zlyhávaním. Fakulta zdravotníckych odborov (1)., Fakulta športu (2) PU v Prešove

Diabetická neuropatie senzitivní, motorická a autonomní ve vyšším věku

prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MUDr. Martina Nováková

Geriatrická interní klinika 2. LF UK a FN Motol; Praha

Epidemiologie

Incidence a zejména prevalence nezánětlivého poškození periferních nervových systémů se zvyšuje zejména s věkem, přidruženými metabolickými onemocněními, nikotinismem, chronickým abusem alkoholu (toxonutritivní etiologie). V populaci osob starších 65 let je uváděna prevalence 7%, u osob starších 80 let je prevalence 65%. S ohledem na skutečnost že v populaci České republiky starší 65 let je každý

třetí diabetikem, je diabetes považován za nejčastější příčinu neuropatie ve vyšším věku. Skutečná prevalence neuropatie v populaci není přesně známa, neboť její příznaky v prvních fázích vývoje nejsou alarmující a s ohledem na omezené možnosti terapie není brána neuropatie jako příčina potíží nemocného často v potaz.

Diabetická neuropatie (DN) patří mezi nejčastější komplikace diabetes mellitus. Jedná se o typ neuropatie s nejvyšším výskytem v západním světě. Data o její prevalenci se v jednotlivých studiích značně rozcházejí a to od 25 až do 90 %. Tento rozdíl je dán odlišnými diagnostickými metodami a hlavně mírou vyšetřování diabetiků. Diabetická neuropatie se u nemocných manifestuje po různé době trvání diabetu. Neuropatie s poškozením tenkých vláken může diagnózu diabetes mellitus dokonce předcházet. Několik studií prokázalo asociaci prediabetu a diabetické neuropatie.

Etiologie a patofyziologie

Neuropatie (včetně diabetické) je nezánettivé poškození struktury a funkce nervů. Morfologicky jde o axonopatii s primárním postižením distálních senzorických a autonomních vláken. Motorické axony a senzorická ganglia jsou postiženy až sekundárně. Na rozvoji se u diabetiků podílí i endoteliální dysfunkce s přestavbou vasa nervorum, která vede ke ztrátě nervových vláken.

Klinické symptomy

Mezi typické klinické příznaky senzitivní periferní neuropatie patří parestezie, dysestezie, hypestezie a anestezie (v pokročilých stádiích). Neuropatie motorických nervů se projevuje různě závažnými dysfunkcemi motoriky. Mezi nejčastější příznaky autonomní neuropatie řadíme gastrointestinální příznaky, klidovou tachykardii (prodloužení QTc), ortostatickou hypotenzi, otoky dolních končetin, zhoršené hojení ran dolních končetin, poruchy sudomotoriky, inkontinenci, zhoršenou reakci na

oslnění, erektilní dysfunkci. Při ambulantním vyšetření krevního tlaku je příznakem tzv. „non-dipping“ fenomén – ztráta snížení krevního tlaku během noci (spánku).

Stanovení diagnózy

Zlatým standardem je klinické vyšetření neurologem a EMG. Běžně lze použít vyhodnocení sady základních testů diagnostikujících senzitivní neuropatii (monofilamentum, vibrační cití ladičkou, citlivost na teplo/chlad). Specifičtější je vyšetření sudomotorických poruch. Dalšími diagnostickými metodami pro autonomní neuropatii jsou vyhodnocení variability R-R intervalu, reakce variability na jednotlivé manévry (hluboké dýchání, ortostáza, Valsavův manévr) a reakce tlaku na ortostázu – vyšetření na nakloněné rovině. Mezi další specializované testy na autonomní neuropatii patří například vyšetření rychlosti vyprazdňování žaludku (scintigrafické), manometrické testy gastrointestinálního a urologického traktu.

Velmi přínosným vyšetřením je v poslední době dostupná konfokální korneální mikroskopie. Jediná metoda, která umožňuje morfologické zobrazení periferní inervace (i s hodnocením efektu terapie). Invazivní morfologickou metodou je histologické vyšetření bioptického vzorku.

Klinické důsledky

Zejména u osob vyššího věku je neuropatie vysoce rizikovou situací. Vyšší riziko pádů se všemi důsledky. Zpomalení reakční doby zvyšuje pravděpodobnost dopravních nehod. Zhoršení orientace prostoru zvyšuje riziko úrazů. Rozvoj syndromu diabetické nohy s terminální komplikací – amputací. Kardiální autonomní neuropatie zvyšuje riziko náhlé smrti. Ortostatická hypotenze zvyšuje riziko synkop. Důsledkem neuropatie je také zhoršení schopnosti udržet rovnováhu.

Terapie

Základním počinem musí být odstranění rizikových faktorů (vynechat alkohol, zlepšit kvalitu přijímané stravy, zajištění dostatečného přísunu vitaminů, vynechání kouření, intenzivní terapie diabetu s cílem, pokud je to možné a bezpečné, dosažení těsné kompenzace – normoglykémie).

Prakticky stejně důležité je poučení nemocného, důsledná edukace o prevenci důsledků neuropatie, vybavení potřebnými pomůckami, revize terapie (náhrada všech farmak, které mohou potencovat hypotenzi).

Symptomatická terapie je účelná pouze u nemocných se subjektivně významnými klinickými potížemi. Zahrnuje celou škálu analgetik, antiepileptik, antidepressiv a jejich novějších derivátů. Jedinou léčivou látkou, o které existují důkazy o etiopatigenetickém efektu, je kyselina thioktová.

Závěr

Periferní senzitivní, senzomotorická, motorická a autonomní neuropatie je rizikovým stavem, jehož prevalence se zvyšuje s věkem. Na přítomnost neuropatie by mělo být pomýšleno u všech seniorů, které vykazují jakýkoliv klinický symptom, který může být jejím projevem. Potvrzení diagnózy by mělo být následováno preventivními a terapeutickými opatřeními, které sníží riziko závažných dopadů neuropatie.

Xarelto v první linii léčby nevalvulární fibrilace síní

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika LF MU a FN U svaté Anny, Brno

Od 1.11.2020 je rivaroxaban 15 mg a 20 mg možno předepisovat jako lék 1. volby v primární i sekundární prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolizace bez nutnosti podmíněné kontraindikace warfarinem, a to jak stávajícím pacientům s nevalvulární fibrilací síní (NVFS) na warfarinu, tak nově diagnostikovaným.

Dle původního vymezení úhrad pojišťovnami bylo možno předepsat NOAK u tzv. „kontraindikací warfarinu“: nemožnost udržet INR v terapeutickém rozmezí, imobilní pacienti, nemožnost absolvovat pravidelné kontroly INR, rezistence na warfarin, nežádoucí účinky warfarinu.

Studie ORBIT-AF prokázala, že 42 % pacientů léčených warfarinem bylo mimo terapeutické rozmezí a pouze 1 z 10 pacientů dlouhodobě léčených warfarinem měl všechny hodnoty INR v terapeutickém rozmezí během 6 měsíčního pozorování. ESC doporučení 2020 pro diagnostiku a management pacientů s fibrilací síní preferuje u pacientů vhodných k antikoagulační terapii NOAK před antagonisty vitamínu K.

Rivaroxaban byl prověřen i u vysoce rizikových skupin pacientů s NVFS, z toho bylo 44 % starších 75 let. Při srovnání s warfarinem byla jeho účinnost v prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolie o 21 % lepší a byla prokázána i bezpečnost jeho podání především u symptomatického krvácení do kritické oblasti nebo orgánu. Rivaroxaban také nabízí prověřenou prevenci pro pacienty s fibrilací síní a diabetes mellitus a pro pacienty se sníženou funkcí ledvin.

Výhody rivaroxabanu jsou jednak v duálním vylučování, kdy jeho hladina v plazmě narůstá i přes zhoršenou funkci ledvin jen mírně, nastavení dávky se řídí pouze jedním parametrem a to clearance kreatininu (CrCl) při hodnotě CrCl pod

50 ml/min je dávka snížena z 20mg na 15 mg, tedy jednoduché dávkování, také převod z warfarinu na rivaroxaban je možný v celém terapeutickém rozmezí INR.

Rivaroxaban je podáván pouze jednou denně, tedy lepší compliance pro pacienty, bez pravidelné kontroly INR, bez dietních opatření, má také méně lékových interakcí. Prokázáno je významné snížení cévní mozkové příhody a systémové embolie.

Současný pohled na prevenci komplikací aterosklerotického kardiovaskulárního postižení u geriatrických pacientů

prof. MUDr. Miloš Tábořský, CSc., FESC, MBA

I. IKK FNOL a LF UPOL Olomouc

Každý pacient, který prodělá akutní infarkt myokardu (IM), je automaticky ve velmi vysokém riziku recidivy základního onemocnění a jeho komplikací. Cíle hypolipidemické léčby jsou dle aktuálních doporučení velmi ambiciózní – LDL cholesterol má být < 1,4 mmol/l a současně má být splněno kritérium redukce o více než 50 % výchozí hodnoty. Je praktickou otázkou, zda uvedené schéma je skutečně aplikovatelné pro starší pacienty s řadou závažných komorbidit, jako je renální insuficience, srdeční selhání, diabetes mellitus, COPD a další. Stabilizace aterosklerotického plátu a prevence trombotického uzávěru tepny se děje nejen na základě intenzivní hypolipidemické terapie, ale především díky moderní protideštičkové léčbě. Pokud pacient toleruje po dobu 12 měsíců po IM duální protideštičkovou léčbu a nemá krvácivé komplikace, je vhodné extendovat léčbu kombinací kyseliny acetylsalicylové (ASA) 100 mg s malou dávkou rivaroxabanu

(Xarelto) 2×5 mg denně a to bez omezení délky této terapie. Studie COMPASS prokázala v primárním kombinovaném endpointu výrazně lepší prognózu takto léčených pacientů proti standardní léčbě samotnou ASA.

Doporučené potupy ESC/ČKS takového schéma plně doporučují (viz obr. 1).

Možnosti dlouhodobé antitrombotické léčby po AKS

Lék	Dávka	Indikace
Duální antitrombotická léčba (zahrnuje ASA 75-100 mg)		
Rivaroxaban (Studie COMPASS)	2,5 mg 2x denně	Nemocní s ICHS nebo ICHDK s vysokým ischemickým rizikem
Duální protidestičková léčba (zahrnuje ASA 75-100 mg)		
Klopidogrel (Studie DAPT)	75 mg 1x denně	Po IM, tolerující DAPT po dobu 1 roku
Prasugrel (studie DAPT)	10 mg 1x denně (5 mg při >75 let/<60 kg)	Po PCI pro IM, tolerující DAPT po dobu 1 roku
Tikagrelor (Studie PEGASUS-TIMI 54)	60 mg 2x denně	Po IM, tolerující DAPT po dobu 1 roku

Guidelines ESC 2020

KOMPLEXNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ CENTRUM

Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

I. INTERNÍ KLINIKA
KARDIOLOGICKÁ
Národní referenční centrum

Obr. 1: Dlouhodobá antitrombotická léčba po IM

Obezita, diabetes, nutrice a postižení ledvin u seniorů

prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc., MUDr. Ondřej Gojiš, Ph.D.

*Subkatedra nefrologie IPVZ/IKEM Praha, Interní a kardiologická klinika FN
Katedra interních oborů LF OU Ostrava, AmbiCare Praha
ÚPMD a AmbiCare, Praha*

Řada studií prokazuje těsný vztah mezi obezitou, diabetem a onemocněním ledvin u seniorů. Může se jednat o přímé poškození při obezitou indukované nefropatii či léze spojené s hypertenzí a diabetem. Mechanismus, kterým obezita vede k poškození nefronů v ledvinách, není dosud plně objasněn, jedná se nepochybně o kombinaci vlivu hemodynamických, metabolických a místně zánětlivých.

Obezita spojená s ukládáním viscerálního tuku představuje závažný rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění a řadu metabolických poruch často spojených s diabetem 2. typu. Dosud méně pozornosti bylo věnováno vztahu mezi obezitou a chronickým onemocněním ledvin (CKD), ačkoliv v této oblasti byla již řada studií prokazující těsnou korelaci mezi tělesným tukem viscerálního typu a poškozením ledvin. Významnou roli zde hraje několik často souběžných mechanismů, především hypertenze, hyperglykemie, dyslipidemie, chronický zánět a progredující ateroskleróza. Spolu se zvýšenou aktivitou sympatického nervového systému a hyperurikemií jsou tyto poruchy přiřazovány k tzv. metabolickému syndromu. Nadbytek viscerálního tuku pak představuje primární metabolickou poruchu pro dynamiku změn metabolického syndromu a to včetně poškození ledvin. Byla prokázána přímá korelace mezi prevalencí obezity a výskytem CKD vedoucí následně až k selhání funkce ledvin s nutností její náhrady formou dialýzy či transplantaci ledviny, což mj. představuje enormní ekonomické výdaje. Po adjustaci na věk, pohlaví, rasu a komorbiditu mají pak pacienti s CKD významně vyšší mortalitu ve srovnání s nemocnými bez CKD.

Chronické onemocnění ledvin spojené s viscerální obezitou má úzké spojení s nejčastějšími příčinami CKD, což jsou hypertenze a diabetes. Dle současných studií nadváha a obezita představují zvýšení rizika rozvoje esenciální hypertenze o 65–70 %. Diabetes 2. typu, který představuje více než 90 % případů diabetu, je téměř vždy spojen se zvýšením viscerální obezity. Hypertenze a diabetes spolu s dalšími metabolickými poruchami zahrnovanými do metabolického syndromu působí synergicky na zvýšení rizika CKD a progresu chronického onemocnění ledvin. Jsou však i údaje potvrzující, že obezita může vést k renálnímu poškození i nezávisle na diabetu a hypertenzi.

Přesný mechanismus, kterým obezita vede k poškození nefronů v ledvinách, není dosud plně objasněn. Aktivace sympatického nervového systému (SNS) a systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS) a také mechanické komprese může vést k rozvoji hypertenze, která spolu s metabolickými změnami (především diabetes), glomerulární hyperfiltrací a zánětem vede k poškození ledvinné tkáně, i když kvantitativní podíl jednotlivých složek dosud neznáme.

Syndrom diabetické nohy

MUDr. Pecová Jana

II. interní klinika FN u sv. Anny, diabetologická a podiatrická ambulance

Syndrom diabetické nohy (SDN) představuje jednu z pozdních komplikací diabetu mellitu. WHO definuje SDN jako postižení tkání nohy distálně od kotníku (včetně kotníku) ve spojitosti nejčastěji s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemie dolních končetin. V praxi je SDN charakteristický heterogenitou klinických projevů od povrchových kožních ulcerací na chodidle až po flegmóny, nekrózy, gangrény,

osteomyelitidy nebo neuropatií způsobené deformity nohy včetně neuroosteoartropatické Charcotovy nohy (CHOAP).

V léčbě SDN je důležitý komplexní přístup k nemocnému a multioborová spolupráce zahrnující podiatrické ošetřování nohou, terapii ulcerace, chirurgické ošetření (incize, drenáž, nekrektomie, malá amputace), včasné podání antibiotik v případě infekce nohy, úpravu metabolických parametrů a pokus o revaskularizaci v případě ischemie.

Za úspěšnou léčbu se považuje vyhojení ulcerace a zachování funkční končetiny. V praxi fáze zhojení střídají relapsy ulcerací, mnohdy komplikované torpidní infekcí. Komplikujícím faktorem hojení jsou komorbidity pacienta. Závažnost ischemie a přítomnost komorbidit vypovídá o prognóze více než samotná velikost rány. Nechtěným řešením stavu pak může být vysoká amputace. SDN bývají častěji postiženi muži.

Důraz je kladen na preventivní podiatrickou péči a dlouhodobé sledování rizikových pacientů, u kterých pravidelné ošetřování preulcerozních lézí a nehtů na nohou oddaluje riziko vzniku ulcerací. Nezbytností je edukace všech pacientů s diabetem k samostatné péči o nohy, k výběru vhodné obuvi a eliminaci vnějších rizikových faktorů jako jsou zranění nohou při pedikúře, chůzi na boso, popálení atd.

Zdravotnická statistika ÚZIS eviduje diabetickou nohu od roku 1993. V roce 1993 bylo se syndromem diabetické nohy evidováno celkem 40 444, v roce 2011 44 011 nemocných. V roce 1993 bylo 4 185 pacientů po amputaci, v roce 2011 bylo po amputaci pod kotníkem 6 469, nad kotníkem 3 939 nemocných.

Podiatrické ambulance lze dohledat na www.diab.cz

Diabetická retinopathie

Prim. MUDr. Lubomír Hanák, MBA

*Oddělení nemocí očních a optometrie,
Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno*

Diabetická retinopathie (DR) představuje jeden z nejvážnějších celosvětových oftalmologických problémů. Spolu s VPMD (věkem podmíněnou makulární degenerací) je nejčastější příčinou slepoty ve všech vyspělých zemích. Nárůst slepoty z důvodu DR je trvalý a dramatický. Současné globální metaanalytické studie ukazují, že až 34,6 % všech diabetiků má nějakou formu DR, asi 6,96 % má proliferativní formu, 6,81 % má diabetický makulární edém a 10 % je ve fázi bezprostředně ohrožující zrak (VTDR – vision-threatening diabetic retinopathy). Odhaduje se, že v současné době má asi 95 milionů diabetiků různý stupeň DR a 29 milionů z nich je ve fázi bezprostředního ohrožení zraku. Riziko slepoty je u diabetiků 1. typu nejvyšší ve věkové skupině 30 až 40 let, u diabetiků 2. typu je riziko oslepnutí nejvyšší kolem 60 let. Přes velké pokroky v diagnostice, prevenci a léčbě DR je toto onemocnění ve svém průběhu velmi nevypočitatelné. Laserová terapie, i když je to v podstatě destruktivní a mutilující zákrok je i po 50 letech prakticky jedinou efektivní léčbou. Velký pokrok zaznamenala vitroretinální chirurgie, i když se zabývá spíše až pokročilými a komplikovanými formami DR a také aplikace anti VEGF preparátů.

Přáním každého oftalmologa je, aby k těmto komplikacím nedocházelo a aby léčba s jistými výsledky byla použita již v počátečních stádiích. K tomu pomůže i včasná diagnostika, protože rozvoj DR je mnohdy ovlivnitelný již v asymptomatickém období. Podstatou komplikovaného a nepředvídatelného průběhu DR je velké množství vzájemných vlivů, které na ni působí. Jejich vzájemné interakce jsou stále předmětem výzkumu. Je známa celá řada rizikových faktorů i nesporný genetický vliv na vznik DR. Diabetická retinopathie v konečných stádiích může končit úplnou i oboustrannou slepotou diabetika. Slepota tak přináší diabetikovi další velký

problém. Ztráta zraku, a tím samozřejmě nemožnost provádět selfmonitoring, aplikovat si inzulin, vede mnohdy k dalšímu celkovému zhoršení zdravotního stavu, k depresím, k snížení tělesné aktivity a tím samozřejmě dále k obtížné kompenzaci DM. I pro oftalmologa je oslepnutí pacienta v důsledku DR velmi stresujícím momentem.

Prevence a léčba DM vyžaduje komplexní přístup, vyžaduje velmi těsnou spolupráci oftalmologa a diabetologa. Cílem tohoto sdělení je pohled oftalmologa na tuto problematiku, diagnostiku, prevenci a léčbu diabetické retinopathie.

Diabetes mellitus a polyfarmakoterapia u seniorov v sociálnych zariadeniach

**doc. MUDr. Ivan Bartošovič, Ph.D., PhDr. Katarína Zrubáková, Ph.D.,
MUDr. Peter Mikus, PhD.**

*Geriatricka ambulancia NsP Skalica, Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita
Ružomberok), (Univerzitná nemocnica Bratislava,
Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity Bratislava)*

Úvod

Starnutie populácie je najväčšou demografickou výzvou pre 21. storočie. Nie je tomu inak ani na Slovensku. K 31. decembru 2020 malo Slovensko 5 459 781 obyvateľov, veková skupina 65+ ročných tvorila 17,07 % populácie, v porovnaní s rokom 2010 sa zvýšil počet seniorov v tejto vekovej skupine o 38,5 %. Podľa prognóz sa v rokoch 2017–2060 zvýši počet seniorov 65 ročných a starších o 87 %, vo veku nad 80 rokov až 2,5 násobne.

Na Slovensku bolo k 31.12.2020 v dispenzárnej starostlivosti diabetologických ambulancií celkom 352 130 pacientov s diabetom (= 6449,6 prípadov na 100 000 obyvateľov). Výskyt DM 2. typu má stúpajúci dlhodobý trend, miera prevalencie

v porovnaní s rokom 2009 vzrástla o 5,1 % na 100 000 prípadov. Hoci miera incidencie novozisteného DM 2. typu v roku 2020 klesla, najviac novozistených pacientov v roku 2020 bolo v seniorských vekových skupinách 70–74 ročných a 75–79 ročných.

Diabetes mellitus je závažným problémom aj pre seniorov v inštitúciách. Vytvára „extra“ zdravotnú záťaž pre obyvateľov vzhľadom na ich vek, polymorbiditu, krehkosť a dizabilitu. Medzi hlavné ciele liečby diabetikov v inštitúciách patrí minimalizácia infekcií, vyhnúť sa zbytočným hospitalizáciám, prevencia hypoglykémii a zabránenie výskytu diabetickej nohy.

Cieľ práce

Cieľom našej práce bolo potvrdiť vysoký výskyt diabetu a prediabetických stavov u seniorov v sociálnych inštitúciách a porovnať ich farmakoterapiu i polyfarmáciu k ostatným obyvateľom.

Metóda práce

V rokoch 2001, 2010 a 2019 sme sa zaoberali farmakoterapiou seniorov, žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb. V roku 2019 sme zisťovali užívanie liekov v dvoch zariadeniach u 237 seniorov, ktorí mali priemerný vek 80,5 rokov. Medzi seniormi bolo 84 obyvateľov (35,4 %), ktorí mali diabetes melitus a 19 seniorov (8 %) s prediabetickými stavmi. Obyvateľov sme rozdelili do dvoch súborov: súbor seniorov s diabetom i prediabetickými stavmi a súbor seniorov bez diabetu. Na porovnanie sme použili t-test a χ^2 test v kontingenčných tabuľkách.

Výsledky

Najčastejším spôsobom liečby v 84 člennom súbore diabetikov bola liečba inzulínom u 33 obyvateľov (39,3 %). Kombináciou inzulínu a perorálnych antidiabetík sa liečilo

13 seniorov (15,5 %), perorálnymi antidiabetikami 25 rezidentov (29,7 %) a bez farmakologickej liečby bolo 13 (15,5 %) diabetikov.

Pri porovnaní farmakoterapie seniori s diabetom a prediabetom užívali štatistiky významne viac liekov (priemerne 10,49 liekov, ostatní seniori 7,6 liekov) oproti obyvateľom bez diabetu. Tento výsledok sa potvrdil aj pri porovnaní týchto súborov podľa pohlavia a vekových skupín (do 74 rokov a 75 ročných a starších). Zistili sme významnú polyfarmáciu u seniorov v inštitúciách. Polyfarmácia v súbore diabetikov a prediabetikov bola štatisticky významne častejšia v porovnaní s ostatnými obyvateľmi. Päť a viac liekov užívalo 95,1 % seniorov s diabetom a prediabetickými stavmi (81,3 % nediabetikov); desať a viac liekov užívalo 60,8 % diabetikov a prediabetikov (30,3 % obyvateľov bez diabetu). Bez farmakoterapie boli len traja seniori bez diabetu.

Záver

Vo vyspelých krajinách sa používa viacero smerníc pre starostlivosť o diabetikov v inštitucionálnej starostlivosti. Tieto odporúčania rozdeľujú seniorov do skupín podľa štádií chronických ochorení, výskytu kognitívnych porúch a sebestačnosti v základných (bežných) denných činnostiach. Ciele liečby diabetu pre seniorov v dlhodobej starostlivosti sú voľnejšie, so snahou vyhnúť sa hypoglykémiami i hyperglykémiami, individualizáciou liečby s ohľadom na preferencie pacienta/rodinných príslušníkov.

V našom súbore obyvateľov zariadení pre seniorov sme potvrdili vysokú prevalenciu diabetu i prediabetických stavov v inštitúciách sociálneho typu a zároveň sme zistili významnú polyfarmáciu.

Frailty – syndrom geriatrické křehkosti. Jak může geriatr podpořit pacienta (nejen) s diabetem?

MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.

Interní klinika 3. LF UK a FNKV European Geriatric Medicine Society

Křehkostí je označován pokles potenciálu zdraví, tj. zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu, spojený s věkem, který je provázený kumulací funkčních deficitů. Křehkost je syndrom, nejedná se o nemoc.

Existuje řada nástrojů a škál používaných ke screeningu frailty. Základním nástrojem k vyhodnocení fenotypu frailty jsou kritéria dle Friedové. Rozšířený koncept frailty zahrnuje nad rámec Fried Frailty Criteria také psychosociální rozměr frailty.

Syndrom geriatrické křehkosti, frailty, je intervenovatelný, může být reverzibilní.

Komplexní geriatrické vyšetření je optimálním nástrojem k holistickému vyhodnocení frailty a k nastavení intervence.

Problematika nutrice polymorbidních seniorů v pozdním senu

MUDr. Milan Stolička, Ph.D.

FN Ostrava – LDN Klokočov

Jedním z hlavních rysů demografického vývoje světové populace 21. století je absolutní i relativní růst počtu seniorů. Stárnutí populace je z demografického hlediska důsledkem stálého prodlužování střední délky života a klesající porodností. Zásadní roli přitom sehrává rostoucí životní úroveň a pokroky medicíny. Na lůžkách akutní a také následné péče přibývá pacientů vyššího věku trpících polymorbiditou a četnými geriatrickými syndromy. K hlavním problémům v péči o tyto nemocné se často stává prevence a léčba malnutrice. Příjem potravy doznává se zvyšujícím se věkem podstatných změn daných souborem fyziologických, psychických, sociálních i ekonomických faktorů, které se navzájem ovlivňují a stávají se prediktory poruch výživy. Rozvoj malnutrice má u polymorbidních seniorů často vzájemně provázané mnohočetné příčiny, často chronického a obtížně ovlivnitelného charakteru. Ty vedou k nedostatečnému příjmu základních složek výživy, vitamínů, stopových prvků a minerálů. V klinické praxi je proto nezbytné aktivně vyhledávat nemocné seniory s malnutricí, případně jejímu rozvoji předcházet. Soubor intervencí je velmi široký. V některých případech, však tyto intervence přináší sporný efekt, protože jejich vliv na kvalitu života, zlepšení kognitivních funkcí či obnovu ztracené soběstačnosti je minimální. Výsledkem může být jen dočasné pozastavení selhávání mnoha tělesných systémů jako výsledek terminální geriatrické deteriorace. Z etického hlediska bude v budoucnu nutné hledání optimálních přístupů a indikací vhodných intervencí zejména u polymorbidních seniorů s těžkou demencí, trvale imobilních, inkontinentních s přítomnou pokročilou svalovou atrofií s minimálním potenciálem úspěšného zlepšení kvality života.

Ischemická choroba srdeční a diabetes mellitus

MUDr. Jiří Ničovský, Ph.D.

*Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie
Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno*

Úvod: Operace pro ischemickou chorobu srdeční (ICHS) je nejčastější kardiochirurgickou operací. Více než 40 % pacientů s ICHS má zároveň diabetes mellitus. Kromě akcelerované aterosklerózy je u pacientů s diabetem často přítomna obezita, hypertenze a renální insuficience.

Metodika: Chirurgická léčba ICHS spočívá v provedení aortokoronárních bypassů, tj. přemostění stenotického nebo uzavřeného úseku koronární tepny cévním štěpem. Podle současných doporučení má být u diabetiků, při postižení více koronárních tepen, upřednostněna chirurgická léčba před perkutánní koronární intervencí (angioplastika, implantace stentů). Cévní štěpy jsou obecně děleny na tepenné a žilní. Nejčastější schéma při chirurgické léčbě ICHS je použití jednoho tepenného štěpu (levá mamární tepna) a jednoho nebo více žilních štěpů (vena saphena magna). U mladších pacientů (65 let a méně) dáváme přednost použití tepenných štěpů před žilními (obě mamární tepny, radiální tepna) pro jejich lepší dlouhodobou průchodnost. U nemocných s renální insuficiencí je doporučeno zvážit provedení aortokoronárních byypasů bez použití mimotělního oběhu.

Závěr: Pacienti s diabetem, kteří podstupují chirurgickou léčbu ICHS, mají vyšší riziko komplikací v porovnání s nediabetiky. Správným výběrem cévních štěpů a šetrnou chirurgickou technikou (operace bez mimotělního oběhu, miniinvazivní odběr žilních štěpů) je možné pooperační komplikace minimalizovat.

Diabetes 2 vyššího věku – možnosti a specifika terapie

prof. MUDr. Pavel Weber, CSc.

Klinika interní, geriatric a praktického lékařství LF MU a FN Brno

Cukrovka typu 2 (T2DM) je chronické a obecně preventabilní onemocnění, které může vést k závažným kardiovaskulárním komplikacím, slepotě, selhání ledvin, amputaci dolních končetin a smrti. Budoucnost léčby cukrovky v senu bude spojena s mnohem větší mírou prevence, než je tomu dnes, protože T2DM lze více a lépe předcházet. T2DM ve stáří může být řešen vedle diety a pohybu také užitím perorálních antidiabetik (PAD), případně v kombinaci s inzulínem. Ty vytváří společně paletu terapeutických možností T2DM.

Použití jakýchkoli perorálních antidiabetik u starších pacientů je spojeno s vyšším rizikem poklesu glykémie. Bývá to způsobeno vedle zvýšené sekrece inzulínu i sníženou funkcí ledvin a poruchou kontraregulačních mechanismů.

- Biguanidy (metformin) snižují produkci glukózy v játrech a zlepšují využití inzulínu v tkáních. Jsou indikovány u obézních starších lidí, kteří mají zjevnou inzulínovou rezistenci. Je však třeba důsledně respektovat a dodržovat jejich kontraindikace a nežádoucí účinky při zahajování i v průběhu terapie. Lze je považovat za první linii terapie PAD u starších lidí s diabetem 2. typu a jako doplněk k léčbě inzulínem u osob doporučených pro kombinovanou terapii, pokud splňují indikační kritéria s ohledem na případné komorbidity.

- Thiazolidindiony (pioglitazon) zlepšují využití inzulínu a snižují tvorbu glukózy v játrech. Jsou vhodné u obézních starších pacientů, kteří projevují rezistenci na inzulín tím, že zvyšují tkáňovou senzitivitu k němu. U vybraných pacientů, u nichž není vysoké riziko srdečního selhání, úbytku kostní tkáně nebo, kteří nemají

v anamnéze rakovinu močového měchýře, lze léčbu pioglitazonem považovat za léčbu druhé linie po metforminu.

- Inhibitory dipeptidylpeptidázy 4 (DPP4) = gliptiny (sitagliptin, vildagliptin, linagliptin, alogliptin, saxagliptin) lze také považovat za terapii druhé a třetí linie. Snižují vnitřní sekreci GLP-1 a GIP, a tím zvyšují produkci inzulínu glukózou a inhibují tvorbu glukagonu.

- Inkretinová mimetika: GLP1-agonisté = glukagonu podobný peptid (exenatid, liraglutid, lixisenatis, dulaglutid, senaglutid) lze užítu vybraných starších pacientů s BMI ≥ 35 , nebo tam, kde je špatná tolerance nebo nedostatečná odpověď na jiná PAD. Lze je považovat za terapii druhé a třetí linie. Podporují hubnutí ve většině, ale ne u všech diabetiků. Jsou indikovány jako monoterapie nebo v kombinaci s preparáty sulfonylmočoviny a/nebo metforminu.

- Sulfonylmočovina – SU: (gliklazid, glimepirid, glipizid, gliquidon atd.) zvyšují sekreci inzulínu z pankreatu. Ve stáří je výhodné aplikovat SU s kratším poločasem; nikdy glibenclamid a gliburid. SU se jeví jako možná volba u štíhlých starších lidí. Jsou odpovědné za až 50–70 % hypoglykemických epizod u starších lidí.

- Meglitinidy (nateglinid, repaglinid) zvyšují uvolňování inzulínu z pankreatu. Jsou spojeny s menším rizikem hypoglykémie než sulfonylmočovina a mohou být prospěšné u starších lidí, protože se zaměřují na postprandiální hyperglykémii.

- Inhibitory alfa-glukosidázy (akarbóza, miglitol) snižují gastrointestinální absorpci uhlohydrátů, čímž snižují postprandiální glykémii. Nežádoucí vedlejší účinky jsou hlavně gastrointestinální a zahrnují nadýmání, průjem a bolesti břicha a křeče.

- Glifloziny – inhibitory transportérů SGLT-2 (dapagliflozin, empagliflozin a kanagliflozin) představují novou třídu antidiabetik. Zvyšují uvolňování glukózy močí mechanismem selektivní a reverzibilní inhibice ko-transportéru sodík-glukóza SGLT-2 v proximálním tubulu ledviny. Kromě zlepšení kompenzace DM také snižují hmotnost a krevní tlak.

- Orální kombinovanou PAD terapii lze zvážit, není-li u monoterapie dosaženo optimální kontroly glykémie.
- Kombinovaná léčba PAD s inzulínem se u T2DM stává tradičně možností terapeutického přístupu. Je běžné aplikovat PAD během dne a inzulín (glargin, detemir, NPH inzulín) před spaním, aby se potlačila noční hepatální glukoneogeneze

Rychlá progresse delirantního stavu – myslíme na všechno?

MUDr. Katarína Bielaková, Ph.D., MHA

*Klinika interní, geriatric a praktického lékařství Lékařské fakulty
Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno*

Kazuistika poukazuje na zajímavé vyústění pravé příčiny úmrtí 72letého pacienta, který byl na Kliniku interní, geriatric a praktického lékařství přijat pro progredující delirantní stav s rychlým rozvojem a rigiditou, vznik po požití 1 tbl Rivotrilu 2 mg. V předchorobí nespavost, intermitentní nespavost. Provedeno CT mozku, kde bez patologie. Doplněna lumbální punkce, kde likvor nezánnětlivý, autoimunitní a paraneoplastické protilátky negativní. Rozvoj febrilií, nově zjištěna bronchopneumonie. Rychlá progresse stavu, nesoběstačnost, imobilita. Pokus o zavedení PEG, odložen pro krvácení z doudenálních vředů. Po zaléčení již PEG zaveden bez komplikací. Za hospitalizace přetrvávají febrilie, bez reakce na ATB. Po 42 dnech hospitalizace dochází k zástavě dechu a oběhu. Pacient odeslán na pitvu, kde prokázaná tuberkulosa s mikroabscesy v plicích.

Atypické bolesti na hrudi u pacienta s bradykardií

MUDr. Denis Lekeš, MUDr. Ondřej Výška

*Klinika interní, geriatric a praktického lékařství Lékařské fakulty
Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno*

Kazuistika pojednává o 70letém muži s anamnézou fibrilace síní přivezeného na nízkoprahový urgentní příjem pro bolesti na hrudi a bradykardii. Již od příjmu přítomna bradykardie – dle EKG fibrilace síní s pomalu odpovědí komor kolem 45–50/min se samovolnou regresí, vstupně pomýšleno na akutní koronární syndrom, nicméně EKG bez nálezu recentních ischemických změn, proto zvažována spíše vzhledem k bolestem na hrudi disekce aorty, nicméně pulzace na obou horních končetinách byly symetrické a krevní tlak také. Proto v rámci diagnostiky přistoupeno k akutnímu ECHOkardiografickému vyšetření kde nález 40 mm perikardiálního již mírně organizovaného výpotku – v diff dg. se mohlo jednat o hemoperikard, dále obraz swinging heart a známky incipientní tamponády. Proto přistoupeno k CTAG aorty kde nález disekce aorty s hemoperikardem – Stanford A – od odstupů aorty po etáž Th9/10. Pacient ihned referován do Centra kardiochirurgie a transplantační chirurgie, kam byl pacient převezen k urgentní operaci – náhrada ascendentní aorty v extrakorporálním oběhu. Operace proběhla bez komplikací, také pooperační průběh. Pacient ve stabilizovaném stavu, bez neurologického deficitu, propuštěn do domácí péče 13. pooperační den.

Polyfarmakoterapie v self-režii polymorbidní geriatrické pacientky – kazuistika

MUDr. Dana Weberová

*Klinika interní, geriatric a praktického lékařství Lékařské fakulty
Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno*

S prodlužující se délkou života roste i počet nemocných, kteří trpí více nemocemi současně, tzv. polymorbiditou. Při úrovni dnešní mediciny založené na Evidence-based medicine (EBM) jsou vytvořena příslušná guidelines pro jednotlivá onemocnění, která lékaři doporučují terapeutický postup. Tyto farmakoterapeutické postupy vycházejí z dat velkých klinických studií (RCT – randomized clinical trials), z nichž však naši typičtí polymorbidní starší nemocní byli obvykle (více než ve 2/3) vyřazeni pro nesplnění kritérií daných RCT (tedy pro exclusion criteria). Jejich byt' podle EBM oprávněné použití může někdy vést až k rizikové polymedikaci.

Jako polyfarmakoterapie je označováno současné dlouhodobé užívání ≥ 5 léků. Již při tomto počtu léků by měla být zvážena revize s případnou redukcí farmak. Jako extrémní polyfarmakoterapie potom ≥ 10 léků. V praxi se však běžně (a stále více) setkáváme u starších nemocných (80 + r.) s užíváním nejen deseti léků současně, mnohdy ale i dvaceti a více.

Preskripce a koordinace polyfarmakoterapie by měla být v režii především praktického lékaře, internisty či geriatra, s úzkou spoluprací s dalšími specialisty. Neméně důležitá je compliance pacienta s přihlédnutím k jeho povšechné individualitě. Polymorbidita a polyfarmakoterapie je v geriatrii fenoménem natolik rozšířeným a závažným, že se prakticky stává součástí velkých geriatrických syndromů (tzv. „geriatric giants“).

Uvádíme proto příklad 94leté významně polymorbidní pacientky užívající pravidelně 13 léků, 6 doplňků stravy a 25 dalších léčivých přípravků či doplňků stravy dle aktuálních potřeb. Seznam přiložených léků užívaných pacientkou se zásadně lišil od informací od praktického lékaře. V užívání léků hrála také významnou roli socio-ekonomická situace, ale také vzdělání nemocné – jednalo se o lékařku-internistku, jež si medikaci sama koordinovala a odmítala zevní zásahy do ní. Na základě aktuální morbiditu, významu jednotlivých nemocí, po opakované hospitalizaci a psychoterapeutickém přístupu se podařilo pacientce medikaci redukovat, upravit a zlepšit spolupráci nemocné, což vedlo ke zlepšení stavu bez nutnosti rehospitalizace v dalších měsících.

Závěrem lze na základě našich zkušeností i literatury (Scott IA(1), Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. Am J Med. 2012 Jun;125(6):529-37.) konstatovat, že redukce polymedikace představuje:

1. Benefit pro pacientovo zdraví.
2. Zlepšení adherence k léčbě.
3. Snížení nákladů na léky.
4. Žádná studie neprokázala, že by změny v polymedikaci redukovaly morbiditu nebo mortalitu seniorů.
5. Pokles nežádoucích účinků léků až o 35 %.
6. Nepředeepsání některého léku by mělo patřit k rutině v každodenní praxi.

Proměna životní dráhy „plujících seniorů“

**MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D., Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D.,
MUDr. Juričková Lubica**

*Fakultní nemocnice Olomouc, 2. interní klinika gastroenterologická a geriatrická.
Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav veřejného zdravotnictví*

Management propouštění seniorů z hospitalizace v současnosti zahrnuje zajištění návazné péče, zejména pro seniory multimorbidní a rizikové (křehké). Pokud je senior propuštěn do domácí péče, je mu ze strany nemocnice zajištěna služba „home care“. Cílem příspěvku je srovnání průběhu rehospitalizací u křehkých seniorů 80+ hospitalizovaných na oddělení geriatrické Fakultní nemocnice Olomouc v letech 2010 a 2020. Současně bylo zjišťováno, zda se „dráhy životní plavby“ seniorů změnily, či nikoliv. Metodou bylo studium zdravotnické dokumentace. V roce 2010 z celkového počtu propuštěných (n=461) bylo do domácího prostředí propuštěno 138 seniorů. V roce 2020 z celkového počtu propuštěných (n=408) bylo do domácího prostředí propuštěno 68 seniorů. V roce 2010 byla sledována životní dráha u 10 propuštěných seniorů a bylo zjištěno, že ve všech případech byli senioři do 6 měsíců od propuštění znovu rehospitalizováni na různých klinikách (celkem 23krát). Tento jev byl již dříve nazván „plující senior“. Na základě zjištění rehospitalizací u 10 vybraných seniorů v roce 2020 můžeme konstatovat, že se počet rehospitalizací nezměnil (celkem 22krát), ale změnil se směr životní dráhy. V roce 2010 dráha měla kruhový charakter: domů – nemocnice – různé odborné kliniky – geriatrické – domů atd. V roce 2020 byla dráha nejčastěji dvousměrná: domovy pro seniory – geriatrické – domovy pro seniory – geriatrické atd. Změnilo se rovněž spektrum nemocných v hodnocení kognitivních funkcí MMSE a soběstačnosti ADL. Došlo k navýšení počtů seniorů s kognitivním deficitem a seniorů vysoce závislých na pomoci druhé osoby.

Přesto, že geriatric je oborem, který posunuje a posiluje funkčnost seniora, podílí se na kompresi chronických onemocnění, na snížení akutních exacerbací s nastavením účelné a individuální farmakoterapie, přesto skutečnost nárůstu nemocných se syndromem kognitivního deficitu a hypomobility se stává důvodem umístění pacientů do domovů pro seniory. Domovy pro seniory se tak stávají jejich domovem.

Klíčová slova: senior, návazná péče, geriatric

XXIV. BRNĚNSKÝ GERIATRICKÝ DEN
a
14. BRNĚNSKO-BRATISLAVSKÉ
GERONTOLOGICKÉ SYMPOZIUM
14. 6. 2022

Uspořádal
Prof. MUDr. Pavel Weber, CSc.

Vydala Masarykova univerzita,
Žerotínovo nám. 617/9, 601 77 Brno

1. vydání, 2022

Tisk: FN Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno

ISBN 978-80-280-0075-2

M U N I
P R E S S