

# **Paliatívna medicína a liečba bolesti**



[www.solen.sk](http://www.solen.sk)  
ISSN 1337-9917

**ABSTRAKTY**

## **2. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCIA PALIATÍVNEJ MEDICÍNY**

27. október 2010, Bratislava

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# Zvýšenie príjmu energie nevedie pri nádorovom ochorení k štatisticky významnému zvýšeniu telesnej hmotnosti<sup>1</sup>

## Prečo?

Nádorová kachexia vzniká v dôsledku abnormálnych zmien metabolizmu = produkcia prozápalových cytokínov, PIF, LMF

### Nádorová kachexia verus jednoduché hladovanie<sup>2</sup>

	Nádorová kachexia	Hladovanie
Telesná hmotnosť	↓	↓
Aktívna svalová hmota (LBM)	↓ ↓	↓
Telesný tuk	↓	↓ ↓
Celkový energetický výdaj	↓	↓ ↓
Kľudový energetický výdaj	↑ ↑	↓ ↓
Rozklad bielkovín	↑ ↑	↓ ↓

## Riešenie:

# Prosure®

Špeciálny prípravok pre onkologických pacientov s vysokým obsahom energie, bielkovín a omega 3 mastnej kyseliny (EPA):

### Klinicky overený imunomodulačný efekt omega 3 mastnej kyseliny eikosapentaenovej (EPA)<sup>3,4,5</sup>:

- ↓ produkcia prozápalových cytokínov, PIF, LMF
- ↑ chuť do jedla
- ↓ APPR, bazálny metabolizmus
- normálny metabolizmus makronutrientov

#### Literatúra:

1. Ovesen et al.: *J Clin Oncol*, 1993;11:2043. 2. Adapted by Kotler DP: *Ann Intern Med*, 2000;133: 622-634. 3. Tisdale MJ, Beck S: Inhibition of tumor-induced lipolysis in vitro and cachexia and tumor growth in vivo by eicosapentaenoic acid. *Biochem Pharmacol*, 1991;41:103-107. 4. Wigmore SJ, Ross JA, Falconer JS, et al.: The effect of polyunsaturated fatty acid on the progress of cachexia in patient with pancreatic cancer. *Nutrition*. 1996;96:27-30. 5. Wigmore SJ, Plester CE, Richardson RA, et al.: Changes in nutritional status associated with unresectable pancreatic cancer. *Br J Cancer*. 1997;75:106-109.



Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti  
pre štúdium a liečbu bolesti SLS  
Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP  
Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti SLS  
Slovenská gerontologická a geriatrická spoločnosť

## 2. česko-slovenská konferencia paliatívnej medicíny

27. október 2010, City Hotel Bratislava, Bratislava

### **HLAVNÝ ORGANIZÁTOR:**

Sekcia paliatívnej starostlivosti Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti

### **ORGANIZAČNÝ VÝBOR:**

MUDr. Kristína Križanová  
MUDr. Hedviga Jakubíková  
MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.  
MUDr. Ondřej Sláma, PhD.

Podujatie bude ohodnotené 7 CME kreditmi

**Hlavný partner****Partneri**

GEDEON RICHTER

**Paliatívna medicína a liečba bolesti – Suplement 3**

Samostatne nepredajná príloha.

Citačný index: Paliat. med. lieč. boles., Supl.

Vychádza ako príloha časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

**Spracovala spoločnosť SOLEN, s. r. o.,**

vydavateľ časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti

**Adresa redakcie:** SOLEN, s. r. o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava,

www.solen.sk, e-mail: solen@solen.sk

**Redaktorka:** Ing. Jana Repiská, repiska@solen.sk

**Obchodné oddelenie:** Mgr. Jana Chrenková, chrenkova@solen.sk

**Grafická úprava a sadzba:** Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

ISSN 1337-9917

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

**STREDA, 27. 10. 2010**

9.00 – 9.55 Kongresová sála

**Slávnostné otvorenie konferencie****Križanová K., Kabelka L., Baumgartner J.**

- *Paliatívna starostlivosť v SR – Križanová K.* (10 min.)
- *Paliatívni péče v ČR 2010 – 2015 – Kabelka L.* (10 min.)
- *The Austrian way of hospice and palliative care – Baumgartner J. (Graz, Rakúsko)* (20 min.)

10.00 – 11.15 Kongresová sála

**Paliatívna starostlivosť v onkológii****Predsedníctvo: Križanová K., Sláma O.**

- *Prognostikácia v onkológii a v paliatívnej medicíne – Križanová K., Škripeková A.* (15 min.)
- *Lze klinicky definovat pacienta v „terminálním stavu“, a co je u takového pacienta postupem „lege artis“ – Sláma O.* (15 min.)
- *Endobronchiálna brachyterapia – paliatívna liečba pacientov s endobronchiálnymi metastázami – Chovanová V., Dolinská Z., Škripeková A.* (15 min.)
- *Syndróm krátkeho čreva v paliatívnej medicíne – Škripeková A.* (10 min.)

11.15 – 11.30

**Prestávka**

11.30 – 12.40 Kongresová sála

**Paliatívna starostlivosť u neonkologických ochorení****Predsedníctvo: Kabelka L., Krajčík Š.**

- *Paliatívna starostlivosť v geriatrici – Krajčík Š.* (15 min.)
- *Paliatívna starostlivosť o pacientov s terminálnym srdcovým zlyhávaním – Mikuš P.* (15 min.)
- *Problematika paliatívni léčby u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí – Tomíšková M., Skříčková J., Morvayová K.* (15 min.)
- *Indikátory geriatrické paliatívni péče – Kabelka L., Havlénová V.* (10 min.)

12.40 – 13.30

**Prestávka (Obed + Postery)**

13.30 – 14.45 Kongresová sála

**Paliatívna starostlivosť v systéme zdravotnej starostlivosti.****Kvalita starostlivosti****Predsedníctvo: Sláma O., Filip S., Križanová K.**

- *Ambulance domácí paliatívni péče jako součást nemocnice – Čulíková J.* (10 min.)
- *Ambulance paliatívni onkologické péče – její funkce a zařazení v systému poskytování zdravotní péče na regionální úrovni – Slováček L., Filip S., Šimková M., Priester P., Slánská I., Švecová D., Kopecký J.* (15 min.)

- *Indikátory kvality poskytování paliatívni onkologické péče na různých úrovních poskytované zdravotní péče – Centrum paliatívni onkologické péče v regionu – Filip S., Slováček L., Švecová D., Šimková M., Priester P., Slánská I., Kopecký J., Lukešová Š., Štuková R., Svobodová J. (15 min.)*

- *Ako ďalej v hospicovej starostlivosti? – Mičiaková K., Jagelková Ľ. (10 min.)*

- *Farmakoterapie u pacientů v závěru života. Je rozdíl mezi hospicem a jinými zařízeními? – Světláková L., Sláma O. (10 min.)*

13.30 – 14.45 Sála F2

## Sympóziu spoločnosti Nycomed

- *Instanyl (nazálny fentanyl) – Škripeková A., Nemčíková Ľ.*

14.50 – 16.00 Kongresová sála

## Domáca hospicová starostlivosť

**Predsedníctvo: Jasenková M., Sieberová J.**

- *Rozdíl medzi domácim hospicem a domácí péčí – Zemánková M. (10 min.)*

- *Symptómový manažment a starostlivosť o dieťa a rodinu v domácom prostredí (kazuistika) – Jasenková M. (10 min.)*

- *Benefity a nedostatky v poskytovaní paliatívnej starostlivosti agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti – Slamková E., Dobříková P. (10 min.)*

- *Hospicové občanské sdružení Duha: Centrum domácí hospicové péče Hořice – Sieberová J. (10 min.)*

- *Pacient s chronickou bolestí v domácí péči v ČR a v Kanadě – Kísvetrová H., Majkovičová P. (10 min.)*

14.50 – 16.00 Sála F2

## Psychospirituálne aspekty paliatívnej starostlivosti. Komunikácia

**Predsedníctvo: Jakubíková H., Prášilová M.**

- *Komunikácia s pacientom o život limitujúcom ochorení – Jakubíková H., Klímová E., Gaško R. (10 min.)*

- *Napĺňanie spirituálnych potrieb nevyliciteľne chorých a zomierajúcich – Prášilová M. (10 min.)*

- *Zařazení a funkce edukační sestry v rámci poskytování paliatívni onkologické péče, otázky a problémy (kazuistika) – Švecová D., Šimková M., Priester P., Slánská I., Slováček L., Filip S. (15 min.)*

- *Komunikácia s umierajúcim klientom – Odlerová A. (10 min.)*

- *Potreba multidisciplinárneho prístupu v hospici – Jagelková Ľ., Mičiaková K., Minarovičová Z. (10 min.)*

16.00

## Slávnostné ukončenie konferencie

## Postery

- *Problémy domácej paliatívnej starostlivosti o detských pacientov z pohľadu psychológie – Démuthová S.*
- *Kazuistiky péče o kožní defekty v paliatívni hospicovém prostředí – Šenkyříková K., Kirschová J.*

## Paliatívna starostlivosť na Slovensku

Križanová K. (*hlavná odborníčka  
Ministerstva zdravotníctva SR pre odbor  
paliatívna medicína, vedúca Subkatedry  
paliatívnej medicíny SZU*)

Oddelenia paliatívnej medicíny NOÚ,  
Bratislava

Niektoré štatistické údaje:

Obyvatelia:	5 416 958 (30 .6. 2009)
Mortalita:	53 164 (2008)
Incidenca nádorov:	19 575 364/100 000 obyvateľov
Mortalita na nádory:	11 525 214/100 000 obyvateľov
Incidenca demencie:	50 000 (odhad)

Klinickí onkológovia zvyčajne prehládajú rozdiel medzi paliatívnou terapiou nádoru a paliatívnou medicínou, resp. paliatívnou starostlivosťou. To isté platí pre väčšinu zdravotníckych pracovníkov aj v prípade rozdielu medzi sociálnou starostlivosťou o starých a imobilných a sociálnou starostlivosťou a hospicovou starostlivosťou o chorých a zomierajúcich. Nedorozumenia vznikajú pri komunikácii s pacientmi, s ich rodinnými príslušníkmi hlavne v terminálnych fázach ochorenia, kedy sa zväčša neodhadnú možnosti chorého podstúpiť niektorý z paliatívnych liečebných postupov.

Veľká spoluúčasť klientov na poskytované sociálne služby je v súčasnosti veľkou prekážkou v dostupnosti týchto služieb pre odkázané osoby a ich rodiny.

Vzhľadom na nedostatočné pokrytie služieb o starých a ťažko chorých, v zmysle nedostatku zariadení sociálnej starostlivosti a dlhodobej ošet-

rovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti – odhadujeme potrebu paliatívnych a hospicových postelí na Slovensku na 10 na 100 000 obyvateľov, spolu 540 na Slovensku. V súčasnosti je táto potreba pokrytá len čiastočne postelami oddelení paliatívnej medicíny v nemocniciach a postelami v hospicoch.

Národný onkologický ústav (NOÚ) v Bratislave má špecializované 19-postelové oddelenie paliatívnej medicíny a súčasne má aj jedinú ambulanciu paliatívnej medicíny na Slovensku. Je súčasne výučbovou základňou pre postgraduálne vyučovanie.

V niektorých ďalších nemocniciach majú paliatívne postele – Geriatrický ústav Košiciach, Nemocnice v Trstenej a Považskej Bystrici a Fakultná nemocnica Milosrdných bratov v Bratislave.

Za ostatných 10 rokov sa otvorili hospice v Bardejovskej Novej Vsi, Trenčíne, Nitre, Trsticiach, Palárikove, Ľubici a v Bratislave. Spolu majú asi 88 postelí. Platby zdravotných poisťovní sú však v porovnaní s nemocnicami ešte viac obmedzené a približne 60 % nákladov sa musí kryť z alternatívnych zdrojov, vrátane doplatkov od chorých.

Podľa slovenskej legislatívy môže pacienta navštíviť doma len praktický lekár a jeho sestra. Napriek tomu existujú aj mobilné hospicové tímy (napr. 10 mobilných hospicov Katolíckej charity funguje na území Spiša). Tieto však poskytujú najmä domácu starostlivosť pre chorých starých ľudí. T. č. iba súkromný mobilný hospic pre deti („Plamienok“), pôsobiaci v dosahu 100 km od Bratislavy, spĺňa kritériá pre mobilný hospic. Jeho financovanie je závislé na grantoch a daroch, služby nie sú až doteraz hradené zo zdravotného poistenia.

Vzdelávanie v paliatívnej medicíne sa postupne začleňuje do systému postgraduálneho vzdelávania.

Paliatívna medicína bola uznaná ako špecializačný odbor v roku 2006 a na Slovenskej zdravotnej univerzite vznikla subkatedra paliatívnej medicíny. Od roku 2008 sa začalo s výučbou lekárov, doteraz však neexistuje program pre sestry. Paliatívna medicína nie je súčasťou pregraduálnej výučby. V súčasnosti sa o štúdium paliatívnej medicíny zaujíma len málo lekárov, čo platí aj pre klinických onkológov.

Na Slovensku je myslenie bežných ľudí, ale aj lekárov, ešte stále silne ovplyvnené koncepciou „víťaziacej medicíny“. Našou úlohou je nájsť správny prístup paliatívnej medicíny ku kuratívnej medicíne tak, aby mohli vytvoriť trvalé partnerstvo v prospech pacientov, ktorí sa nachodia v tiesnivej situácii. Potrebujeme začať s výskumom a vniesť paliatívne prístupy do príbuzných odborov ako je geriatria alebo neurológia.

## The Austrian way of Hospice and palliative care

Baumgartner J.

Styrian Hospital Association,

Coordination Palliative Care Styria, Vice President Hospice Austria, Graz, Austria

The Austrian way of Hospice and palliative care began with the commitment of individuals to the ideas of hospice. Most of these people worked in the field of education. The first activities were seminars and workshops to promote the idea of hospice. More and more volunteers started to care for patients – often with the dream to establish a hospice house. Finally the first hospice and palliative care services – the home support palliative care team Vienna – started in 1989 and the first palliative care unit opened in 1990. During a continuous development over the years hospice and palliative care is now rather well developed in Austria.

One important and early step was the integration of palliative care into the professional education of the registered nurses by law in 1997. This was helpful for the further spreading and acceptance of this specialized field of work in the health care system. The integration of palliative care into the training of the medical students medical on the universities began several years later and is still insufficient. In 2010 there is only one chair for palliative care in the four medical universities in Austria.

Local pioneers did good work, they impressed also politicians and finally they got public money for projects. The structural integration of the hospice and palliative care services started in the year 2000. The palliative care units in public hospitals were accepted – with a public funding. In 2004 a federal working group accepted the concept of the graded

**Tab 1.** Levels of graded hospice and palliative care HOSPICE AUSTRIA, GÖG/ÖBIG 2004

Hospice and Palliative Care				
Primary care		Specialized Hospice and Palliative Care		
General care providers		Counseling and Support		Care
<b>Acute Inpatient Care</b>	Hospitals	Hospice Teams (Volunteers)	Palliative Care Hospital Support Teams	Palliative Care Units
<b>Long-Term Inpatient Care</b>	Nursing Homes		Mobile Palliative Care Teams	Inpatients Hospices
<b>Outpatient Care</b>	GPs, Therapist, Home Care Services			Day Hospices
Routine Situations 80 – 90 % cases of death		Complex Situations, difficult decision making 10 – 20 % cases of death		



hospice and palliative care provision. This concept describes, that palliative medicine has to be part of general medical care and in addition that there are 6 types of specialized hospice and palliative care facilities needed for the care of patients with more complex and difficult situations (See tab. 1).

Furthermore a need assessment was made to know how many facilities are needed in Austria for a nationwide and equal provision and access to the specialized hospice and palliative care services.

In 2010 the degree of the implementation of the services varies nationwide considerably between different types of services. More than 70 percent of all the planned palliative care units are already working. The main reason is the existing public regular funding. The lowest degree of implementation shows the hospital support teams. An ongoing challenge is to get a public funding for all types of services.

There is still a long way to go until everybody gets the care he or she needs.

## ***Paliatívna starostlivosť v onkológii***

### **Prognostikácia v onkológii a v paliatívnej medicíne**

Križanová K. (*hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR pre odbor paliatívna medicína, vedúca Subkatedry paliatívnej medicíny SZU*), Škripeková A. Odd. paliatívnej medicíny Onkologickej kliniky NOÚ, Bratislava

Podmienky pre poskytovanie multimodálnej onkologickej liečby sa zlepšujú vzhľadom na zlepšovanie prístrojového vybavenia rádioterapeutických pracovísk, špecializovaný onko-chirurgický prístup a dostupnosť nových tzv. targetových liekov. Predlžuje sa život pacientov s metastatickým kolorektálnym karcinómom, pacientok s karcinómom prsníka, už aj pacientov/-tok s karcinómom pľúc, ale aj pacientov s karcinómom prostaty. Ide o najčastejšie solídne nádory u dospelých. Napriek tomu je metastatické ochorenie v drvivej väčšine príčinou smrti chorého. Ukončenie protinádorovej liečby a prechod do starostlivosti odborníkov v paliatívnej medicíne bývajú náročné a zložité kroky. Hoci sa už roky hľadajú kritériá, ktoré by zlepšili odhad dĺžky života

pacienta s pokročilým metastatickým ochorením, prognostické skórovacie moduly sú najpresnejšie v skupine chorých, ktorá je najbližšie smrti. Čím „zdravší“ je takýto pacient, tým je prognózovanie dĺžky života nepresnejšie. Napriek tomu by sme potrebovali kritériá na odhad, či je možné pacientovi podať napr. analgetickú rádioterapiu alebo antidepresíva, prípadne ako odpovedať príbuzným na otázku, ako si majú zariadiť pracovné voľno, aby sa mohli starať o svojho blízkeho v poslednej fáze jeho života.

Protinádorová liečba, ktorá u kachektizujúceho pacienta so zlyhávaním vitálnych orgánov (pečeň, pľúca, obličky) vedie nevyhnutne ku toxicite bez protinádorovej aktivity sa má ukončiť.

Pôvodný orgán, pôvodné tkanivo, histologický nález, imunohistochemické a molekulárno-genetické vyšetrenie, veľkosť nádoru a jeho vzťah k okoliu, lokálne metastázovanie sú prognostické faktory, ktoré ovplyvňujú možnosť vyliečenia. Chemosenzitivita a rádiosenzitivita sú prediktívnymi faktormi odpovede na podávanú liečbu. Metastatické ochorenie – či už v čase diagnózy alebo pri rekurencii – stráca závislosť na primár-

nych charakteristikách a do popredia sa dostáva symptomatológia z postihnutia jednotlivých orgánových systémov a výkonnostný stav pacienta.

Pri prognózovaní sa najlepšie osvedčuje hodnota mediánu. Využíva sa aj u pacientov s primárne metastatickým ochorením a hodnotí sa vplyv metastáz v jednotlivých orgánoch (najmä kosti, pečeň a pľúca) na prežitie. Najkratšie prežívanie je vždy blízko hodnote mediánu, najdlhšie prežívanie pacientov s podobným postihnutím môže byť 3 – 4-násobok mediánu. Najpodobnejšie charakteristiky má skupina 50 % chorých medzi prvým a posledným kvartilom. Napriek tomu by sme potrebovali silnejšie prognostické piliere, ako máme doteraz. V prognózovaní je onkológia a paliatívna medicína viac umenie ako veda.

### **Lze klinicky definovat onkologického pacienta v „terminálním stavu“ a co je u takového pacienta péčí „lege artis“?**

Sláma O.

Masarykův onkologický ústav, Brno

„Terminální stav – TS“ představuje specifickou klinickou situaci, kdy se mění celkový kontext a cíle péče. Nejedná se však o typickou klinickou diagnózu, kterou by bylo možné formulovat pouze na základě klinických, laboratorních či zobrazovacích výsledků. Důležitou charakteristikou diagnózy TS je předpoklad, že probíhající patologické změny jsou zásadně nevratné a že nelze nebo s ohledem na stav pacienta nemá smysl o korekci těchto změn usilovat. Tím vystupuje do popředí druhý aspekt diagnózy „terminální stav“, totiž hodnotový soud, že pokus o nápravu selhávajících orgánů by nebyl pro pacienta přínosný, pouze by prodloužil a prohloubil jeho diskomfort v závěru života. Od takové léčby lze za určitých přesně definovaných

podmínek odstoupit. V Masarykově onkologickém ústavu v Brně jsme v roce 2009 formulovali kritéria, která klinicky popisují pacienta v TS

### **Klinická kritéria terminálního stavu (MOÚ 2009)**

Stav pacienta může být označen za terminální, pokud je u něj přítomno velké kritérium a alespoň jedno malé kritérium a ošetřující lékař je na základě komplexního zhodnocení klinického stavu přesvědčen, že onemocnění pacienta bezprostředně ohrožuje na životě a při obvyklém průběhu nemoci lze exitus očekávat v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů.

#### **Velké kritérium:**

1. Lokálně pokročilé nebo metastatické onemocnění, které nelze ovlivnit žádnou modalitou protinádorové léčby.

#### **Malá kritéria:**

1. Pokročilá progredující nádorová kachexie omezující funkční zdatnost pacienta na hodnoty KI menší než 30 %.
2. Progredující jaterní selhání při prokázaném nádorovém postižení. V případě maligní biliární obstrukce nemožnost zajištění biliární drenáže (operace, PTD, stent via ERCP).
3. Progredující renální selhání refrakterní na konzervativní léčbu.
4. Respirační selhávání v důsledku nádorového postižení plic nebo pleury, maligním pleurálním výpotku nebo ochablosti dechového svalstva při kachexii.
5. Srdeční selhání refrakterní na standardní léčbu.
6. Septický šok refrakterní na standardní léčbu.
7. Nezišitelné krvácení při krvácení z nádoru nebo paraneoplastické hemoragické diatéze (koagulopatie, trombocytopenie, trombocytopenie).

8. Závažná paraneoplastická hyperkalcémia a hyponatrémie refrakterní na standardní léčbu.
9. Subileozní nebo ileozní stav při maligní střevní obstrukci, který není řešitelný chirurgickou léčbou a je refrakterní na konzervativní léčbu.
10. Progredující neurologické a psychiatrické symptomy při metastatickém postižení CNS (delirium, sopor, kóma).
11. Závažné interní onemocnění (např. infarkt myokardu, plicní embolie), které s ohledem na celkový stav pacienta a přítomné orgánové dysfunkce nelze řešit intenzivní kauzální léčbou.

### Cíl léčby o pacienta v terminálním stavu

Cílem léčby je minimalizace dyskomfortu v závěru života, nikoliv prodloužení umírání. Postupem „lege artis“ je komplexní paliativní péče zaměřená k mírnění tělesných symptomů (bolest, dušnost, nevolnost), duševních symptomů (úzkost, deprese, delirium), ale také psychická, sociální a duchovní podpora pacienta. Resuscitační péče (např. KPCR, umělá plicní ventilace, hemodialýza) není u pacienta v terminálním stavu indikovaná. Je žádoucí, aby se pacient na rozhodování o rozsahu péče v závěru života co největší možnou měrou podílel.

### Endobronchiální brachyterapia – paliativní léčba pacientov s endobronchiálními metastázami

Chovanová V., Dolinská Z., Škripeková A. Národný onkologický ústav, Bratislava

Endobronchiální HDR brachyterapia (BT) je efektívna metóda na paliáciu symptómov metastatického alebo primárneho postihnutia prieduškového stromu tumorom.

Indikovaní sú pacienti s exofytickým a infiltratívnym postihnutím dolných dýchacích ciest

s týmito klinickými príznakmi: neutíchajúci vyčerpávajúci kašeľ, dýchavica, vykašliavanie krvi, postobštrukčná pneumónia. O vhodnosti tejto liečebnej modality rozhodujú spoločne radioterapeut, onkológ a pneumológ.

Za obdobie posledných 10 rokov túto liečbu absolvovalo v Národnom onkologickom ústave 435 pacientov s rôznymi primárnymi lokalizáciami nádorového ochorenia.

V práci rozoberajú autori jednotlivé indikácie, ústup symptómov, kontraindikácie a komplikácie BT u tejto skupiny pacientov.

### Syndróm krátkeho čreva v paliatívnej medicíne

Škripeková A.

Oddelenia paliatívnej medicíny a klinickej onkológie Onkologickej kliniky NOÚ, Bratislava

**Definícia:** Menej ako 200 cm tenkého čreva a/alebo menej ako 150 cm hrubého čreva. Sekrécia viac ako 1,5 l za 24 hodín zo stomie/fistuly.

Malnutrícia, ktorá je dôsledkom syndrómu krátkeho čreva, je spôsobená znížením funkčnej vstrebávacej plochy v tenkom a/alebo hrubom čreve. Okrem jednoduchej energetickej deplécie je prítomná aj porucha v udržiavaní rovnováhy elektrolytov a tekutín v organizme.

Najčastejšou príčinou syndrómu krátkeho čreva je resekcia tenkého čreva s rôznym stupňom resekcie hrubého čreva. U onkologického pacienta ide o resekcie s kuratívnu alebo paliatívnu intenciu a predstavujú problém, ktorý je nutné riešiť vzhľadom na perspektívu pacienta danou aktivitou jeho nádorového ochorenia.

Základné patofyziologické mechanizmy, ktoré sa uplatňujú pri syndróme krátkeho čreva sú:

- porucha rovnováhy pri sekrécii črevných štiav a absorpcii tekutín v závislosti od osmotickej nálože a úseku čreva, ktorý chýba,
- malnutrícia spôsobená zníženým vstrebávaním živín pri zníženej absorpčnej ploche,
- porucha vstrebávania jednotlivých nutrientov vypadnutím špecifickej funkcie jednotlivých úsekov tráviaceho traktu.

Adaptačné mechanizmy tenkého čreva:

- aká časť je zachovaná... lepšie, ak zostáva ileum,
- najlepšie do 6 mesiacov,
- možnosti včasnej enterálnej výživy

Všeobecné zásady terapeutického manažmentu pri syndróme krátkeho čreva:

- potreba parenterálnej hydratácie,
- kontrola hnačiek,

- udržiavanie rovnováhy tekutín a elektrolytov kombináciou i. v. a p. o. príjmu,
- zachovanie a udržiavanie energetického prísunu,
- suplementácia mikronutrientov,
- optimálne zabezpečenie aminokyselín, lipidov,
- parenterálna výživa,
- vyhnúť sa prerastaniu baktérií v tenkom čreve, seapse, cholestáze,
- farmakologické prístupy, ktoré zlepšujú adaptačné mechanizmy,
  - zväziť rastový hormón,
  - zvýšená koncentrácia sodíka v tenkom čreve?
  - optimalizácia príjmu aminokyselín,
  - optimalizácia príjmu lipidov.

## ***Paliatívna starostlivosť u neonekologických ochorení***

### **Paliatívna starostlivosť v geriatrici**

Krajčík Š.

Klinika geriatrici SZU a UNB, Bratislava

Paliatívna starostlivosť v geriatrici je veľmi aktuálnou témou vzhľadom na starnutie populácie a vyšší výskyt stavov, ktoré potrebujú paliatívnu starostlivosť vo vyššom veku. (10 % veľmi starých ľudí má chronické srdcové zlyhanie, 20 % ľudí starších ako 65 rokov má terminálne ochorenie obličiek 31 % ľudí o veku 85 – 90 rokov. 40 % vo veku 90 a viac rokov má Alzheimerovu chorobu, 2/3 pacientov s Parkinsonovou chorobou sú starší ako 70 rokov. Poskytovanie paliatívnej starostlivosti v starobe ovplyvňuje viacero faktorov (starnutie organizmu, multimorbidita, pokročilosť ochorení s akútnymi exacerbácia-

mi). Tieto faktory sa nevyskytujú u všetkých seniorov v rovnakej miere a preto sa zväčšujú rozdiely medzi jednotlivcami. Významné sú zmeny sociálnej situácie (deti v seniorskom veku, osamelosť). Z praktického hľadiska je rozdiel medzi komorbiditou, pri ktorej je 1 diagnóza hlavná a súčasne sú prítomné viaceré alebo špecifické stavy. Pri multimorbidite sa nedá posúdiť, ktorá choroba je hlavnou príčinou ťažkostí napr. pádov, delíria a pod. (multikausalita). Stav pacienta nie je možné popísať iba sumou jednotlivých diagnóz. Pri diagnostike sa klasicky postupuje od jednotlivých prejavov choroby k diagnóze. U geriatrických pacientov je diagnostický postup často obrátený (od prejavu napr. delíria

k jednotlivým príčinám). Následkom týchto zmien majú prejavy chorôb v starobe viaceré zvláštnosti. Priebeh môže byť oligosymptomatický. Mnohé klasické prejavy chorôb v starobe môžu chýbať (horúčka pri infekcii, bolesť pri IM, peritonálne dráždenie, meningové dráždenie, dýchavica). Následkom toho mnohé choroby zostávajú nepoznané (fenomén ladovca). V starobe sú častejšie nežšpecifické prejavy chorôb (depresia, chudnutie, opakované pády, delírium). Priebeh ochorení v starobe je charakterizovaný reťazením komplikácií. Ns vzniku komplikácií sa často podieľa i liečba. Nežiaduce účinky liekov s počas hospitalizácie vyskytnú u 6 – 17 % starých ľudí. Časté sú nozokomiálne nákazy. Riziko vzniku pneumónie zvyšujú neuroleptiká. Zavedenie permanentnej močovej cievky pre inkontinenciu štvornásobne zvyšuje úmrtnosť. Starí ľudia sú citliví na vznik klostítidíovej enterokolitídy, ktorá sa vyskytuje u starých ľudí 5 – 12 x častejšie. Častý je relokáčny syndróm (odmietanie potravy, depresia, poruchy správania, imobilita). Pre tieto dôvody je preferovaná starostlivosť v domácom prostredí. Choroby a starobné a starobné zmeny sú príčinou nestability, krehkosti, ktorá je latentná a manifestuje pri interkurentom ochorení, strese a zmenách vonkajšieho prostredia. Následkom je veľmi rýchle zhoršenie celkového stavu a strata sebestačnosti. Príspevkom geriatrickej starostlivosti o krehkých pacientov a pacientov potrebujúcich paliatívnu starostlivosť je komplexné geriatrické posudzovanie (comprehensive geriatric assessment), ktoré sa začína uplatňovať i v geriatrickej onkológii. Je zamerané na osobnosť pacienta, somatické a duševné zdravie, telesnú výkonnosť a se-

bestačnosť a sociálnu situáciu. Jeho výhodou je identifikácia problémov, inak nezistiteľných, sústredenie sa na problémy ako ich vníma pacient a zníženie nákladov a rizík

### **Paliatívna starostlivosť o pacientov s terminálnym srdcovým zlyhávaním**

Mikuš P.

Klinika geriatrickej SZU a UNB,  
Špecializovaná geriatrická nemocnica,  
Bratislava-Podunajské Biskupce

Prevalencia srdcového zlyhávania stúpa v celkovej populácii, ale najmä u starších. Napriek modernej liečbe, ktorá predlžuje život pacientov a znižuje morbiditu, je mortalita stále vysoká. V priebehu 5 rokov po stanovení diagnózy umiera 60 % pacientov. Posledné štádium srdcového zlyhávania je často spojené s veľkým utrpením pacienta, psychickou a emocionálnou záťažou príbuzných, zdravotníkov. Pre pacientov so srdcovým zlyhávaním, ktorí potrebujú starostlivosť na konci života je charakteristické, že sú často hospitalizovaní, sú v NYHA štádiu IV, majú zlú kvalitu života, obmedzené aktivity denného života, intermitentne potrebujú intravenóznú podporu, liečba zlepšujúca kvalitu života má prednosť pred liečbou predlžujúcou život. Nezanedbateľná je aj psychologická a spirituálna podpora a komunikácia s rodinou. Dôležitá je edukácia kardiológov a internistov o možnostiach paliatívneho prístupu, na druhej strane edukácia lekárov a ostatných zdravotníkov na paliatívnych oddeleniach a v hospicioch o terminálnom srdcovom zlyhávaní. Koordinovať starostlivosť o terminálne chorého kardiaka by mal všeobecný lekár.

## **Problematika paliativní léčby u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí**

Tomíšková M., Skříčková J., Morvayová K.  
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy  
LF MU a FN, Brno-Bohunice

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) patří k nejčastějším neonkologickým plicním onemocněním s rostoucí potřebou paliativní péče. Jedním z důvodů je četnost tohoto onemocnění, dalším je závažný průběh onemocnění u velkého počtu nemocných.

Chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) trpí odhadem 600 milionů obyvatel planety. Prevalence v České republice činí 8 % všech obyvatel. Je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí v USA a Evropě a v roce 2020 se dostane na třetí místo. V roce 2002 zemřelo na CHOPN 4,7 milionů lidí světa.

Mortalita CHOPN je ve 2 letech po první akutní hospitalizaci na JIP pro těžkou exacerbaci 49 %. Až u 50 % nemocných, kteří potřebovali ventilační podporu je vysoce pravděpodobné, že zemřou do 1 roku od této epizody.

Existují určité společné rysy neonkologických plicních chorob v terminální fázi, které jsou u CHOPN vystupňovány a to: nevléčitelnost onemocnění, srovnatelná prognóza, stupňují se příznaky choroby, které jsou s progresí choroby obtížně ovlivnitelné, obtížná domácí péče, invalidizace a sociální izolace nemocného.

Závažná dušnost jako symptom terminálního stádia CHOPN se vyskytuje až u 90 % nemocných.

I ostatní plicní příznaky jako je kašel, obtíže s expektorací, hemoptýza, bolest na hrudi zhoršují kvalitu života nemocných. K tomu se přidávají i další, systémové příznaky jako nech-

tenství, hubnutí, zvýšená teplota, pocení, slabost, poruchy spánku, deprese, zmatenost.

Na dušnosti u nemocných s CHOPN se dělí nejeden generalizované zúžení, obturace dýchacích cest patologickým sekretem, porucha výměny plynů na alveolokapilární membráně, ale i mimoplicní faktory a komplikující kardiovaskulární onemocnění.

Kromě kauzální léčby, která dále probíhá se paliativní léčba dušnosti zaměřuje jednak na ovlivnění komplikujících příčin, které dušnost vyvolávají nebo zhoršují jako je např. infekce dýchacích cest, aspirace, trombembolická nemoc nebo srdeční selhání. Dále se paliativní léčba zaměřuje na ovlivnění dušnosti jako symptomu, tedy ovlivnění vnímání dušnosti a zlepšení tolerance dušnosti zvláště po námaze. Autoři se věnují i problematice podávání opioidů v léčbě dušnosti.

Nutnost komplexního přístupu v paliativní léčbě dušnosti a dalších symptomů si vyžaduje péči pneumologa, praktického lékaře, lékaře se zaměřením na anesteziologicko resuscitační problematiku. Dále to jsou odborníci v oblasti výživy, rehabilitace, psychologové, sociální a duchovní služby.

Hlavními problémy v širokém využití paliativní péče u nemocných s CHOPN jsou: nedostatečná dostupnost komplexní péče, která je vysoce specializovaná, drahá a je vázaná na klinická zdravotnická pracoviště. Dále nepřesná a obtížně stanovitelná hranice mezi „aktivní“ péčí poskytovanou především pneumologem a paliativní péčí, na které by měli aktivně spolupracovat i ostatní výše uvedení odborníci. Je nejasně vymezená úloha a kompetence pneumologa a praktického lékaře v paliativní

péči, z toho vyplývající nedostatečná komunikace mezi nimi. Významné je také minimální zakomponování „nelékařské“ péče do komplexní paliativní léčby nemocného (fyzioterapie, psychoterapie, sociální péče).

Autoři se nakonec zabývají problematikou oxygenoterapie, volumredukční operace, transplantace plic a umělé plicní ventilace u nemocných v terminální fázi CHOPN.

### **Indikátory geriatrické paliativní péče**

Kabelka L., Havlénová V.

Dům léčby bolesti s hospicem sv.

Josefa, Rajhrad, Česká Republika

Tématem geriatrické paliativní péče je vedle onkologicky nemocných i významná skupina pacientů, u kterých vývoj k terminální paliativní péči prochází fází geriatrické křehkosti. Syndrom geriatrické křehkosti je novějším a více komplexním popisem známých geriatrických syndromů typu 4 I – imobilita, inkontinence, instabilita, intelektové poruchy.

Geriatrická křehkost je věkově podmíněný pokles odolnosti – adaptability organismu seniora (první projevy se vyskytují častěji již kolem 75 let věku) – handicap v mentální, nutriční i pohybové rovině. Tento fenomén u pokročile nevléčitelně nemocných hraje významnou roli z pohledu kvality jejich života. Hovoříme o nutnosti řešit problémy geriatrických nemocných v holistickém modelu nejen v období terminální fáze nemoci. Mnohdy již řadu měsíců a někdy i let před úmrtím je nutné akcentovat holistický model péče, mnohdy zůstává přechod do plné paliativní péče ne zcela jasný a vyžaduje podstatně delší znalost vývoje nemoci pacienta než u mladších klientů.

Geriatrická deteriorace je typickým modelem vyústění neintervenované či neintervenovatelné geriatrické křehkosti.

V klinickém obraze jsou vyznačeny:

- únava, vyčerpanost,
- nechutenství,
- malnutrice,
- svalová slabost,
- výrazná hypomobilita,
- instabilita s pády,
- apatie, mizení zájmů, ospávání,
- uzavírání se do sebe, soustředění zájmů na tělesné nepohodlí (polymorfní stesky),
- nástup, zhoršení či demaskování inkontinence,
- desorientace, delirantní stavy,
- recidivující infekty.

Fáze geriatrické deteriorace:

- Geriatrická křehkost (měsíce až roky)
  - Asymptomatická fáze (fáze stabilizovaného onemocnění)
  - Fáze klinické manifestace (počátek fáze zlomu)
  - Fáze narušení soběstačnosti (IADL), sebeobsluhy (ADL)
- Fáze terminální geriatrické deteriorace (týdny až měsíce)

Indikátory paliativní péče:

- nutrice,
- pohyb mimo lůžko, denní aktivita,
- schopnost motivace a podpory spontaneity (psychosociální a spirituální podpora),
- dispenzarizace a zhodnocení možností stabilizace chronických onemocnění, odstranění polypragmázie,
- možnosti udržet důstojnost člověka v nové – „závislé“ – roli, v roli s handicapem, včetně podpory vlastního rozhodování,

- bezbariérovost sociálního i zdravotního prostředí ve všech směrech.

V Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, v Rajhradě u Brna, se dlouhodobě snažíme o modelování takového systému organizace péče, který umožní plynulý přechod křehkých geriatrických nemocných ve vývoji jejich ne-

moci do konečné fáze. Plynulý přechod pro nemocné, ale také jejich blízké. Nutně tak hledáme indikátory této péče a nastavujeme způsoby rozhodování v týmu, stejně jako komunikační strategie. Validace komplexu indikátorů a jejich podíl na celkovém konceptu je obsahem této prezentace.

## ***Paliativna starostlivosť v systéme zdravotnej starostlivosti. Kvalita starostlivosti***

### **Ambulance domácí paliativní péče jako součást nemocnice**

Čulíková A.

Ambulance paliativní péče, Nemocnice, Jablonec nad Nisou, Česká republika

V posledních letech došlo k zvýšení počtu služeb domácí paliativní péče v ČR. Většinou stojí buď samostatně, nebo jsou součástí lůžkových hospiců. Naše ambulance je součástí nemocnice středního typu, geograficky bez návaznosti na lůžkové hospicové zařízení. Toto postavení nám dává odlišné možnosti práce. Je nutné propojit spolupráci rodiny pacienta, agentury domácí péče, jednotlivých oddělení nemocnice i praktických lékařů s pracovníky ambulance. Velkou překážkou je legislativně nedořešené postavení lékaře paliativní medicíny v tomto řetězci. Další otázkou je financování lékaře v této činnosti.

### **Ambulance paliativní onkologické péče – její funkce a zařazení v systému poskytování zdravotní péče na regionální úrovni**

Slováček L.<sup>1</sup>, Filip S.<sup>1</sup>, Šimková M.<sup>2</sup>,

Priester P.<sup>1</sup>, Slánská I.<sup>1</sup>, Švecová D.<sup>1</sup>, Kopecký J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN, Centrum paliativní onkologické péče, Hradec Králové

<sup>2</sup>Oddělení sociální péče FN, Hradec Králové

**Úvod:** Ambulance paliativní onkologické péče (APOP) s jasně definovanou strukturou a systémem poskytování zdravotní péče představuje hlavní podmínku pro vytvoření sítě paliativní onkologické péče na regionální úrovni. Takto vytvořený funkčně jednotný celek zajišťuje ambulantní propojení mezi onkologem, praktickým lékařem, terénní sesterskou ošetrovatelskou péčí, spádovými nemocničními zařízeními a lůžkovými hospici, čímž je zajištěn jasně definovaný jednotný systém poskytování zdravotní péče onkologickým pacientům s ukončenou onkologickou léčbou.

**Metodika:** Kriteria zařazení nemocných do paliativní onkologické péče: 1. do ambulantní paliativní onkologické péče jsou zařazováni nemocní s ukončenou onkologickou léčbou; 2. kontroly a paliativní péče je indikována na základě kontrol specializovaných onkologických ambulancí, dále je společně posouzena



a realizována podle kapacitních možností paliativní ambulance; 3. zahájení informační a edukační činnosti k rozvíjení paliativní onkologické péče na různých úrovních poskytované zdravotní péče.

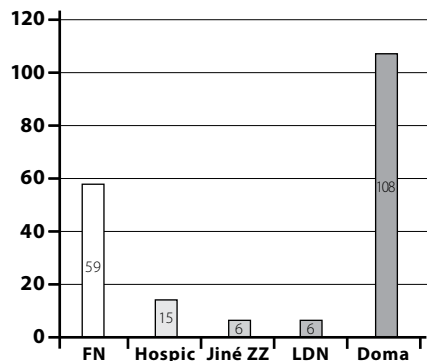
**Výsledky:** APOP při Komplexním onkologickém centru (KOC) FN v Hradci Králové zahájila svou činnost k 1. 1. 2008 v návaznosti na úzkou spolupráci s praktickými lékaři, agenturami domácí zdravotní péče, spádovými onkologickými a neonkologickými nemocničními zařízeními a lůžkovými hospici. APOP zajišťuje péči o pacienty s ukončenou onkologickou léčbou v rámci KOC FN v Hradci Králové. Základním předpokladem jakékoliv paliativní onkologické péče je vstupní zdravotní a psycho-sociální-spirituální šetření u každého nemocného včetně jeho kategorizace (terminální pacient s life expectance 1 – 3 týdny, preterminální pacient s life expectance 4 – 8 týdnů a pacient s pokročilým maligním onkologickým onemocněním, v kompenzovaném stavu s life expectance 9 – 16 týdnů). Následně je indikována paliativní onkologická péče, obecná či specializovaná, vycházející z předem stanoveného plánu paliativní onkologické péče u daného pacienta ve spolupráci s praktickými lékaři a agenturami domácí zdravotní péče. Cílem této intervence je dosáhnout co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodinných příslušníků. V období 1. 1. 2008 – 1. 1. 2010 bylo cestou APOP KOC FN Hradec Králové ošetřeno 324 nemocných s ukončenou onkologickou léčbou (122 mužů, 202 žen). Počet zemřelých v tomto období z celkového počtu 324 byl 194 (60 %) (97 mužů, 97 žen). Počet zemřelých ve FN v Hradci Králové byl 59 (30 %) (35 žen, 24 mužů). Počet zemřelých v hospici byl 15 (8 %) (11 žen, 4 muži). Počet zemřelých v jiném zdravotnickém zařízení byl 6 (3 %) (4 ženy, 2 muži). Počet zemřelých v LDN byl 6 (3 %) (3 ženy, 3 mu-

ži). Počet zemřelých v domácím prostředí byl 108 (55,7 %) (44 ženy, 64 mužů).

**Závěr:** Poskytování paliativní onkologické péče nemocným s ukončenou onkologickou léčbou má i svá úskalí, která lze shrnout do 5 základních bodů:

1. Nedostatečná mezioborová spolupráce (nemocniční standard).
2. Pacienti i rodinní příslušníci se brání předání do péče „neonkologů“.
3. Nedostatečná edukace a výchova pacientů a rodinných příslušníků ze strany lékařů a zdravotnického personálu v problematice zvládání obtížných životních situací spojených se ztrátou blízké osoby. Důstojně umírat ve vyspělé společnosti by mělo být většinou samozřejmostí než legalizování eutanázie.
4. Většina preterminálních pacientů a jejich rodinných příslušníků negativně hodnotí umístění.

**Graf 1.:** Terminální onkologičtí nemocní ošetření v APOP KOC HK v letech 2008 – 2010.



Celkový počet ošetřených pacientů v terminálním stádiu maligního onkologického onemocnění byl 324, počet zemřelých pacientů byl 194 (60 %, 97 mužů, 97 žen). Graf znázorňuje rozvrstvení úmrtí v rámci FN, hospici, jiného zdravotnického zařízení, LDN a v domácím prostředí.

tění pacienta do hospicu. Hospic je pacienty a rodinnými příslušníky stále vnímán jako místo umírání a smrti.

5. Nedostatečná zkušenost a zřejmě i motivace praktických lékařů v poskytování obecné paliativní péče.

*Podpořeno Výzkumným projektem MZdr. ČR No. 00179906 a Specifickým vysokoškolským výzkumem Univerzity Karlovy v Praze č. 53251.*

### **Indikátory kvality poskytování paliativní onkologické péče na různých úrovních poskytované zdravotní péče – Centrum paliativní onkologické péče v regionu**

Filip S.<sup>1</sup>, Slováček L.<sup>1</sup>, Švecová D.<sup>1</sup>, Šimková M.<sup>2</sup>, Priester P.<sup>1</sup>, Slánská I.<sup>1</sup>, Kopecký J.<sup>1</sup>, Lukešová Š.<sup>3</sup>, Štuková R.<sup>4</sup>, Svobodová J.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN, Centrum paliativní onkologické péče, Hradec Králové

<sup>2</sup> Oddělení sociální péče FN, Hradec Králové

<sup>3</sup> Onkologické oddělení, Oblastní nemocnice, Náchod

<sup>4</sup> Radioterapeutické oddělení, Oblastní nemocnice, Jičín

<sup>5</sup> Hospic Anežky České, Červený Kostelec

**Úvod:** Paliativní onkologická péče představuje významný problém v rámci poskytování zdravotní péče a to nejen v naší republice, ale celosvětově. Léčba onkologických nemocných zaznamenává výrazný pokrok, a to nejen v používání nových léků a léčebných postupů, ale také v organizaci a vzájem-

ném propojení jednotlivých modalit onkologické léčby. Druhou stránkou mince je ale skutečnost, že v současné době přibývá „drahých“ onkologických pacientů především v paliativní onkologické léčbě. Zásadní otázkou je, jak organizovat paliativní onkologickou léčbu tak, aby byla dostupná, dostatečně účinná a přiměřeně dráha “benefit cost”. Hlavním cílem naší přednášky je prezentovat organizační strukturu onkologické paliativní péče v regionech tak, aby odpovídala potřebám a možnostem současných trendů péče v této oblasti.

**Metodika:** Hlavní metodou je statistická analýza indikátorů kvality poskytované zdravotní péče a to ve smyslu dostupnosti (zdravotní péče v regionu), kvality (odborná a ošetrovatelská péče), časový indikátor (zahájení a ukončení paliativní onkologické péče), ekonomické ukazatele, kvalita života (hodnocení kvality života)

**Výsledky:** Indikátory kvality paliativní onkologické péče jsou determinovány limitujícími faktory jako je:

- A. *Včasnost paliativní onkologické péče – včasné zahájení paliativní péče je největší problém. Je to dáno upřímnou snahou zdravotníků dát pacientovi co nejlepší, ale racionální péči, s využitím vhodných a přiměřených metod péče pro jeho aktuální stav onemocnění. Toto rozhodnutí musí provést specialista daného oboru dle hlavní onkologické diagnózy a vyjádřit zásadní a „neměnný názor“ svého pracoviště, sladěný s týmovým pohledem t. j. vyjádřený spolu s onkologem.*
- B. *Dostupnost paliativní onkologické péče – realizace poskytování paliativní péče z kapacitních důvodů, „výsadou“ jenom vybraných onkologických center. Měla by být samozřejmě součástí organizace plošné zdravotní péče po-*

skytované v regiónoch. Z uvedeného vyplýva, že indikátory kvality paliatívnej onkologickej péče lze posudzovať a následne hodnotiť z niekoľkých pohľadov.

- 1) Zdravotne/sociálne – hodnotenie poskytovania zdravotníckej péče podľa odborných vstupov;
- 2) Ekonomicko/zdravotní – komplexné hodnotenie poskytovania zdravotníckej péče.

**Záver:** V rámci jednotnej organizačnej štruktúry vznikajú ambulancie paliatívnej onkologickej péče a to jak na úrovni centra, tak na úrovni onkologických oddelení v regióne. Došlo k vytvoreniu jasne definovanej funkčnej jednotky – „paliatívnej onkologickej ambulancie“ a „paliatívneho onkologického lôžka“ a k jejému vzájomnému propojeniu.

## Ako ďalej v hospicovej starostlivosti?

Mičiaková K., Jagelková Ľ.

**Úvod:** Hospicová starostlivosť ako komplexná starostlivosť o pacientov terminálnom štádiu nevyčiteľného ochorenia je jednou z foriem paliatívnej starostlivosti. Vychádza z úcty k životu a z úcty k človeku ako jedinečnej bytosti. Zahŕňa nielen zdravotnú starostlivosť, ale tiež sa snaží uspokojovať potreby psychické, sociálne a spirituálne. Služby sa netýkajú len chorého, ale aj jeho blízkych.

Financovanie hospicov na Slovensku je ako v iných štátoch viac zdrojové. Náklady na zdravotnú starostlivosť hradia čiastočne zdravotné poisťovne. Platby zdravotných poisťovní pokrývajú náklady hospicu z 35 – 50 %. Pacient si pripláca na sociálne služby a služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou. Ostatné náklady sú financované z iných zdrojov, ktorých získavanie je veľmi obtiažne. Postoj štátu

a poisťovní k hospicom na Slovensku je prakticky likvidačný. Poisťovne sa bránia zvýšiť počet lôžok dní, a čo je veľmi dôležitá hodnota lôžkodňa. Akútne potrebujeme lepšie financovanie, viac pochopenia od poisťovní, ale aj od zdravotníkov a politikov.

Náklady na hospicové lôžko sa od nákladov na priemerné akútne lôžko veľmi nelíšia, pretože na ňom ležia veľmi ťažko chorí pacienti vyžadujúci liečbu závažných symptómov a komplexnú liečbu. V hospici ani ľahkých pacientov nemáme. Starostlivosť o zomierajúceho pacienta je drahá.

**Záver:** Svojou prednáškou chcem vyvolať diskusiu aj ostatných pracovníkov pracujúcich v hospicoch, hľadať riešenia a hlavne vyvinúť tlak na MZ a zdravotné poisťovne, aby akceptovali fakt, že naši chorí pacienti potrebujú rovnaké financovanie ako chorý v nemocničných zariadeniach, pretože naozaj neviem ako ďalej...

## Farmakoterapie u pacientů v závěru života. Je rozdíl mezi hospicem a jinými zařízeními?

Světláková L.<sup>1</sup>, Sláma O.<sup>1</sup>, Kabelka L.<sup>2</sup>, Slámová R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Masarykův onkologický ústav, Brno

<sup>2</sup>Dům léčby bolesti s hospicem svatého Josefa, Rajhrad

<sup>3</sup>Hospic svaté Alžběty, Brno

Specialisté zabývající se paliativní medicínou uvádějí, že farmakoterapie onkologických pacientů v terminální fázi onemocnění často neodpovídá jejich specifickým medicínským problémům a potřebám. Cílem stávající práce bylo najít možné rozdíly ve farmakoterapii nevyčleňtelně nemocných onkologických pacientů, kteří byli v posledních dnech svého života léčeni v hospici a nebo na oddělení klinické onkologie.

Výzkum byl proveden na náhodně vybraném souboru 157 onkologických pacientů (67 mužů a 90 žen), kteří strávili poslední fázi svého života na klinice komplexní onkologické péče MOU v Brně (N 54; věk  $59,9 \pm 1,7$ ), v Hospici svaté Alžběty v Brně (N 51; věk  $70,4 \pm 1,7$ ) a v Domě léčby bolesti s hospicem svatého Josefa v Rajhradě (N 52; věk  $71,2 \pm 1,7$ ).

Statistická analýza získaných dat dokládá že: dávky opiátů přepočtené na p. o. ekvivalent morfinu u pacientů den před úmrtím jsou v hospicových zařízeních signifikantně vyšší než na onkologickém oddělení (hospic: medián 150 mg, onkologie: medián 90 mg;  $p < 0,001$ ); preskripce psychofarmak (antidepresiva, anxiolytika, antipsychotika) je signifikantně vyšší v hospicích než na onkologii (hospic 72,8 %, onkologické oddělení 38,8 %); parenterální hydratace u pacientů v den před úmrtím je v hospicových zařízeních signifi-

kantně nižší než na oddělení onkologie (hospic: hydratace u 39,8 % pacientů, onkologie: hydratace u 83,3 % pacientů,  $p < 0,00001$ ); mezi zařízeními není rozdíl v preskripci neopioidních analgetik (hospic: preskripce u 19,4 % pacientů, onkologie: preskripce u 25,9 % pacientů;  $p > 0,05$ ). Rozdíly v preskripci dalších lékových skupin, jako jsou například antikoagulační, antihypertenziva, kortikoidy, PPI atd., budou prezentovány.

Výsledky stávajícího výzkumu podporují často zmiňovanou představu paliativních specialistů, že se hospicová péče od péče na onkologických odděleních mimo jiné významně liší v terapii bolesti, v terapii specifických psychiatrických symptomů a dále pak v množství parenterální hydratace. Možné důvody a důsledky zjištěných rozdílů budou dále diskutovány.

## Domácí hospicová starostlivost'

### Rozdíl mezi domácím hospicem a domácí péčí

Zemánková M.

**Úvod:** Vymezení pojmů domácí hospic (někdy používáno mobilní hospic) a domácí péče (v ČR taktéž používané termíny agentury domácí péče, či home-care, v kontextu charitních služeb: ošetrovatelská služba). Přednáška by měla být reflexí pro zdravotnické pracovníky, kdy pacientovi doporučit domácí hospic a kdy domácí péči.

**Metodika:** Popis jednotlivých rozdílů mezi fungováním těchto dvou služeb. Příklady dobré spolupráce těchto dvou služeb (předání pacienta a nebo společná péče). Na závěr uvedeme kasustiku našeho pacienta dokreslující dříve popsané rozdíly.

**Výsledky:** Rozdíl mezi domácím hospicem a domácí péčí je ve složení týmu (role hospicového lékaře, všeobecné sestry, sociálního pracovníka, psychologa, př. pečovatelky a dobrovolníků v týmu domácího hospice). Z naší zkušenosti je zejména klíčová přítomnost lékaře v týmu. Další rozdíl je v cílové skupině, na kterou se péče hospice zaměřuje: lidé v pokročilém a konečném stadiu nevléčitelných onemocnění x domácí péče jako péče častěji zaměřena na lidi dlouhodobě nemocné. Dalším rozdílem je péče věnovaná blízké osobě nemocného - v hospicové péči velmi akcentovaná péče o doprovázející, včetně programů pro pozůstalé.

**Diskuse (závěr):** Domácí hospic a domácí péče jsou dvě zdravotní služby poskytující

v podstatě poměrně kvalitativně rozdílno péči, určenou jiné skupině pacientů.

### **Benefity a nedostatky v poskytování paliativní starostlivosti Agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti**

Slamková E., Dobříková P.

Práca v úvode stručne predstavuje Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, postupne prezentuje všetky benefity paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí ako je ekonomickosť, dostupnosť, individualizovaný prístup, komplexnosť, viac odborovosť, podpora rodiny, uplatňovanie medzi generáčnej solidarity a hlavne dlhodobá starostlivosť v prirodzenom sociálnom prostredí čiže psychický efekt. Pri nedostatkoch o ktorých je možné hovoriť je to predovšetkým nedostatok financií v ADOS, ohraničené limity zo strany zdravotných poisťovní, nedostatočné množstvo ošetrovateľských výkonov hrađených zo strany poisťovne, alebo ich neakceptovanie čo má za následok, že manažéri ADOS nemajú dostatok finančných prostriedkov na zabezpečenie napr. polohovacích postelí, zdvíhacie zariadenia a podobne. Taktiež možno za nedostatok považovať fakt, že oproti domácej hospicovej starostlivosti je ako veľká nevýhoda chýbanie ostatných odborníkov (lekár, psychológ) ktorí by participovali na starostlivosti o klienta a jeho rodinu v domácom prostredí. Záverom poukazujeme na hlavný benefit domácej oše. starostlivosti a to sestru.

### **Hospicové občanské sdružení Duha: Centrum domácí hospicové péče Hořice**

Sieberová J.

**Úvod:** Hospicové občanské sdružení Duha zřídilo v Hořicích Centrum domácí hospicové péče. Cílem je poskytování domácí paliativní péče v Královéhradeckém kraji. Současná dostupnost paliativní péče ve východních Čechách je nedostatečná.

**Činnost sdružení:** 4. 5. 2010 jsme byli přijati za řádné členy Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ČR. Rozvoji domácí hospicové péče brání především financování této péče, jsme odkázáni pouze na sponorské dary a příspěvky. Nepodařilo se nám získat smlouvy se zdravotními pojišťovnami, přestože jsme splnili všechny podmínky prostorové, technické i personální.

**Naše výsledky:** Na sdružení se od dubna 2009 obrátilo 25 rodin se žádostí o pomoc. Přes obtížnou finanční situaci poskytujeme odbornou zdravotní domácí hospicovou péči. Zapůjčujeme zdravotní pomůcky. Úskalím domácí hospicové péče je řádná léčba bolesti umírajících onkologických pacientů. Součástí práce jsou i dvě naše kasuistiky.

**Závěr:** Skutečný stav našich umírajících nemocných je tristní. Převážně končí v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, které nejsou na paliativní péči připraveny. Současný neradostný stav domácí hospicové péče by jistě zlepšila podpora našeho státu, která tady chybí.

## Pacient s chronickou bolesťou v domácej péči v ČR a v Kanade

Kisvetrová H.<sup>1</sup>, Majkovičová P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Palackého, Olomouc, Fakulta zdravotníckych vied, ČR

<sup>2</sup>Šumperská nemocnica, a. s., Šumperk, ČR

S chronickou bolesťou sa sestra v domácej péči často stretáva. Cieľom štúdie bolo zistiť, ako sestry bolesť hodnotia, či sa stretávajú i s anesteziologickými metódami tlmenia bolesti, a ktoré problémy v tomto kontexte sú najčastejšie. Dotazník vyplnili 83 sestier zariadení domácej péče v ČR a Kanade. Chronická bolesť onkologického pôvodu bola u 41 % kanadských a 19 % českých pacientov. Všetchny kanadské sestry používaly pre hodnotenie bolesti mapy bolesti alebo vizuálne škály. 28 % českých sestier nepoužívalo žiadne hodnotiace nástroje, len verbálne

a neverbálne prejavy klienta. 80 % kanadských sestier uvedlo využívanie PCA (patient controlled analgesia). S anesteziologickými metódami pre liečbu bolesti v domácej péči sa setkali 5 % sestier z ČR a 80 % sestier z Kanady, kde pacienti mali epidurálny katéter, tunelizáciu katétru alebo implantáciu portu. Najčastejším problémom v súvislosti s anesteziologickou liečbou bola u kanadských pacientov v 61 % nevoľnosť a zvracanie, ďalej zácpa a sedácia. Všetchny kanadské sestry uvedli, že spolupracujú s spádovým pracoviskom pre liečbu bolesti. Pre objektívne hodnotenie bolesti je potrebné znáť validné hodnotiace nástroje. Řešením deficitu tejto oblasti v ČR sú vzdelávacie akcie cielene zaměřené na problematiku hodnotenia bolesti sestrou v domácej péči, pretože je reálne, že v tomto segmente péče bude počet pacientov s chronickou bolesťou narústať.

## Psychospirituálne aspekty paliatívnej starostlivosti. Komunikácia

### Komunikácia s pacientom o život limitujúcom ochorení

Jakubíková H.<sup>1</sup>, Klímová E.<sup>2</sup>, Gaško R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Neurologická a algeziologická ambulancia, Prešov

<sup>2</sup>Neurologická klinika FNŠP J. A.

Reimana a FZ PU, Prešov

<sup>3</sup>Železničná nemocnica s poliklinikou, Košice

**Úvod:** Komunikácia v medicíne je dôležitou súčasťou liečebného procesu. Ovlivňuje vyrovnávanie sa pacienta s chorobou, jeho ďalšie rozhodovanie sa i spoluprácu pri liečbe. Oznamovanie informácií o chorobe je náročnejšie v situácii, ak je diagnostikované život

limitujúce ochorenie. Cieľom práce je poukázať na špecifickú oblasť komunikácie s pacientom, v ktorej je potrebné zlepšiť vzdelávanie lekárov.

**Metodika:** Respondenti výskumu – 15 pacienti s život limitujúcim ochorením (8 mužov a 7 žien) s priemerným vekom 58,7 roka hodnotili komunikáciu lekárov pri rozhovoroch o diagnóze a prognóze ochorenia vyplnením modifikovaného Dotazníka kvality komunikácie (QoC) na škále 0 – 10.

**Výsledky:** V 16 z 23 položiek dotazníka nedosahovalo hodnotenie priemernú hodnotu 5. Medzi najhoršie hodnotené položky patrili rozprávanie sa o detailoch možnosti zhoršenia choroby a pocitoch pacienta týkajúcich sa zhoršenia cho-

roby, zodpovedanie pacientových otázok o chorobe a liečbe, ochota lekára na ďalšie rozhovory, časové trvanie rozhovoru, záujem o veci, ktoré sú v živote pacienta dôležité, množstvo informácií poskytnutých pri prvom rozhovore, vhodnosť priestoru na komunikáciu, rozprávanie sa o zomieraní, zapojenie blízkych do rozhodovaní, rozhodovanie o liečbe v pokročilom stave choroby.

**Záver:** V zhode s literárnymi údajmi sme v štúdiu zistili, že rutinne vedené rozhovory lekárov s pacientmi s život limitujúcim ochorením v mnohých komponentoch nedosahujú priemerné hodnotenie. Považujeme preto za nevyhnutné inkorporovať do pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania lekárov tréningy komunikačných zručností.

### **Zařazení a funkce edukační sestry v rámci poskytování paliativní onkologické péče, otázky a problémy (kazuistika)**

Švecová D.<sup>1</sup>, Šimková M.<sup>2</sup>, Priester P.<sup>1</sup>, Slánská I.<sup>1</sup>, Slováček L.<sup>1</sup>, Filip S.

<sup>1</sup> Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN, Centrum paliativní onkologické péče, Hradec Králové

<sup>2</sup> Oddělení sociální péče FN, Hradec Králové

**Úvod:** Profesionální role onkologických sester je nesmírně rozmanitá a všestranná. Na straně jedné sestry čelí rychlému, aktivnímu někdy až agresivnímu vzplanutí choroby, na straně druhé mnohdy přechází onemocnění do chronického a dlouhodobého stadia, které buď zareaguje na kurativní léčbu a po čase je pacient zcela vyléčen, nebo je vůči léčbě rezistentní. Onemocnění začne progredovat a postupně přechází do stadia nevléčitelné nemoci. V této fázi onemocnění je pacientům

poskytována komplexní paliativní léčba, která je zaměřena na léčbu symptomů, zmírnění obtíží a zlepšení kvality života. Péče o nemocné v rámci komplexní onkologické paliativní péče patří mezi nejnáročnější činnosti v onkologii. Sestry jsou s pacienty a jejich rodinou ve velmi úzkém kontaktu. Právě v této fázi je nesmírně důležitá přítomnost a komunikace zdravotnického personálu. Delší dobu se znají a postupně se vytváří prostor pro úzkou spolupráci a edukaci. Edukace hraje nezastupitelnou roli v ošetrovatelském procesu na úrovni poskytování péče v rámci domácí paliativní onkologické péče. Hlavním cílem edukačních intervencí u pacienta s nevléčitelným onemocněním je redukovat pocity nejistoty, bezmocnosti, které pramení z nedostatečné informovanosti pacienta. Pacient by měl být dostatečně informován o příčinách a možnostech léčby, perspektivách, doprovodných symptomech onemocnění a možných komplikacích onkologické léčby. Obecnějším cílem je propojení spolupráce rodiny a ošetrojícího personálu. Součástí edukační činnosti sester je i edukace rodinných příslušníků, která hraje významnou roli v komplexní péči o onkologického pacienta.

### **Tématické celky edukačního procesu:**

- Edukace pacienta před aplikací chemoterapie.
- Edukace pacienta v péči o ozařované pole.
- Edukace pacienta se stomií.
- Edukace pacienta s nádorovou bolestí.
- Edukace pacienta v oblasti výživy.
- Edukace pacienta v možnostech sociálního zabezpečení.
- Edukace rodinných příslušníků.

**Metodika:** Edukační proces realizovaný kompetentní vysokoškolsky vzdělanou všeobecnou sestrou. Základním předpokladem účinn

né edukace je dostatečná motivace pacienta a vhodne zvolené téma edukace.

Součástí metodiky je struktura edukačního procesu:

1. Edukační anamnéza – posouzení.
2. Stanovení edukační Dg.
3. Příprava edukačního plánu – cíle (kognitivní, psychomotorické, afektivní).
4. Realizace edukačního plánu.
5. Kontrola a vyhodnocení.

**Výsledek:** V Hodnocení kvality poskytované paliativní onkologické péče na podkladě aktivní spolupráce s pacienty a jejich rodinnými příslušníky formou strukturovaných dotazníků.

**Závěr:** Vytvoření edukačních plánů na úrovni ošetrovateľské péče. Na základě vyhodnocení těchto plánů bude vytvořen základní standard pro poskytování jednotné komplexní paliativní onkologické péče. Součástí vyhodnocení bude určení prediktivních faktorů, které se uplatňují při hodnocení odborné zdravotně sociální a zdravotně ekonomické úrovně poskytované ošetrovateľské péče u onkologicky nemocných.

## Komunikácia s umierajúcim klientom

Odlerová A.

Príspevok obracia pozornosť k téme paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ktorá je chápaná ako účinná pomoc nevyliciteľne chorých a umierajúcich pacientov, a taktiež ich rodín. Komunikácia v paliatívnej starostlivosti sa líši od prípadu k prípadu, od predstavy o kvalite života k predstave zmyslu života. V príspevku by som sa chcela zmieniť predovšetkým o etických problémoch v komunikácii s ktorými sa pracovníci môžu vo svojej praxi stretnúť.

A to konkrétne etické problémy v komunikácii s umierajúcim pacientom:

- rozpor medzi práním rodiny a pacienta tzn. etické problémy vychádzajúce z napätia medzi očakávaním rodiny a predstavami pracovníkov o paliatívnej starostlivosti,
- žiadosť príbuzných o zadržiavanie informácií pacientovi o jeho zdravotnom stave,
- strach zo smrti, zmysel utrpenia a kvalita života,
- neschopnosť prijatia smrti pacientom v terminálnej fáze ochorenia atď.

Problémy, ktoré v komunikácii s umierajúcim pacientom vyvstávajú vychádzajú z práva dôstojného dožitia posledných chvíľ života nevyliciteľne chorého.

Významnou súčasťou práce zdravotníckeho a sociálneho pracovníka je komunikácia s pacientom. Zakladá sa na rozprávaní, počúvaní, kladení otázok, odpovedaní a usmerňovaní. Od spôsobu komunikácie závisí aj úroveň vzájomných vzťahov. Dobrá komunikácia pôsobí pozitívne na oboch zúčastnených, navzájom ich obohacuje. Posilňuje dôveru pacienta a jeho ochotu spolupracovať na svojom uzdravení. Zlá komunikácia oslabuje vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, oslabuje dôveru pacienta, môže zhoršiť jeho uzdravovací proces aj celú ošetrovateľskú starostlivosť. Do všetkých medziľudských vzťahov (teda aj do vzťahu zdravotnícky pracovník – pacient) vstupujú city, záujmy, hodnoty a potreby, ktorými sa ľudia navzájom odlišujú a ktoré sú potom zdrojom potenciálnych konfliktov. Aby sa predišlo vzniku konfliktov, je potrebné usilovať sa o kvalitnú komunikáciu, v ktorej si obaja zúčastnení vyjadrujú svoje požiadavky ale zároveň rešpektujú svoje individuality.



Nikdy nepodceňujme zázrak našich slov. Môžu byť liečivou vodou a prúdom radosti. Niekedy nie sú potrebné žiadne slová, ale postačí naša prítomnosť, pohladenie alebo úsmev - niekedy sú to najlepšíe slová, aké môže srdce vysloviť. Zakaždým, keď sa načiahneme a dotkneme srdca alebo života, zmení sa svet. Každá láskavosť a služba, či už videná alebo nevidená, naplňa zámery v hospici a nič už nie je rovnaké ako predtým.

### **Potreba multidisciplinárneho prístupu v hospici**

Jagelková L., Mičiaková K.,  
Minarovičová Z.

**Úvod:** Hospicová starostlivosť je veľmi odlišná od našich modelov sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Charakteristická preň je komplexnosť, kontrola symptómov, psycho-sociálna podpora, nádej a viera, tímová spolupráca, akceptácia a uistenie, flexibilita, rešpektovanie pacienta, podpora tvorivosti, krása atď.

**Materiál a metodika:** Úspešnosť paliatívnej starostlivosti si vyžaduje pozornosť na všetky aspekty utrpenia pacienta. Vyžaduje vstup alebo pomoc z radov lekárskeho, zdravotníckeho, ošetrovateľského personálu s multidisciplinár-

ným prístupom. V starostlivosti o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich ide o komplexný prístup, ktorý zohľadňuje priority umierajúcich a ich sprevádzanie najťažším úsekom života ako i následnú starostlivosť o rodinu.

Paliatívna starostlivosť zahŕňa rad rôznych rámcov a prístupov na uspokojenie potrieb „celého“ človeka, ktorých cieľom je poskytovať maximálny komfort a pohodu.

Témou nášho príspevku je poukázať na možnosti skvalitnenia života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia vo všetkých oblastiach potrieb pacienta pomocou multidisciplinárneho prístupu. Pre účinné fungovanie tímu je potrebné, aby mali spoločný cieľ, vzájomné porozumenie role a schopnosť zdieľania zdrojov. Spoločné úlohy a povinnosti ponúknu viac ako kompetencie jednotlivých členov.

**Výsledky:** Výsledkom je, že zdravotný systém ako celok aj naďalej môže reagovať na meniace sa potreby spoločenstva. Je možné, že, rovnako ako paliatívna starostlivosť, ktorá sa vyvíjala niekoľko desaťročí, tak aj nové výzvy na multi- a interdisciplinárnu tímovú prácu napomáhajú vývoju nových prístupov k starostlivosti o zomierajúceho pacienta.

## Postery

### Problémy domácej paliatívnej starostlivosti o detských pacientov z pohľadu psychológie

Démuthová S.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta UCM, Trnava

**Úvod:** Podľa domácich i zahraničných štatistík väčšina detí umiera v zdravotníckych zariadeniach, a to napriek tomu, že v mnohých prípadoch mohlo byť dieťa v domácom intímnom a známom prostredí spolu so svojimi blízkymi. Dôvody, prečo sa rodina rozhodne pre hospitalizáciu dieťaťa, často pramenia z nevládnutia problémov viac v psychologickej, ako praktickej (technickej) rovine. Považujeme preto za užitočné identifikovať tie problémy, s ktorými sa rodina vrátane detského pacienta môže počas letálneho ochorenia stretnúť a poukázať na možnosti ich riešenia.

**Problém:** Situácia, kedy v rodine umiera dieťa, je pre všetkých extrémne zaťažujúca. Na rozdiel od dospelých dieťa nevie tak jasne vyjadriť svoje potreby a túžby, preto je zo strany okolia zaobchádzanie s letálne chorým maloletým pacientom komplikovanejšie. Úroveň kognitívnej zrelosti, osobnostné a ďalšie charakteristiky zas výrazne ovplyvňujú spôsob, akým bude situáciu vnímať a zvládať samotné dieťa. Rovnako tak problémy okolia ošetrojúceho dieťa pramenia často

z nedostatku informácií, či neznalosti možnosti toho, aké ťažkosti očakávať a ako ich zvládať. Príspevok sa snaží poukázať na psychologické aspekty vybraných problémov vyskytujúcich sa pri domácej paliatívnej starostlivosti ako u detí, tak i u ošetrojúcich spolu s ukázkami toho, akým spôsobom ich možno zmierňovať, resp. riešiť.

**Metodika:** Analýzou domácich a najmä početnejších zahraničných štúdií a monografií spolu s výpoveďami detí s letálnymi diagnózami a ich rodinných príslušníkov boli vybrané najfrekvencovanejšie problémy, pričom boli posudzované z psychologického hľadiska.

**Výsledky:** Najvážnejšie ťažkosti zvládania situácie letálneho ochorenia deťmi boli identifikované v súvislosti s nasledujúcimi problémami: chápanie smrti, strach a anxieta, izolácia, zvládanie somatických ťažkostí a bolesti spojených s ochorením a jeho liečbou.

Z hľadiska rodinných príslušníkov poskytujúcich domácu paliatívnu starostlivosť boli vybrané problémy: nedostatok informácií, obavy z nekompetentnosti, vyčerpanosť a zhoršenie vzťahov.

**Záver:** Znalosť možných problémov vyskytujúcich sa pri domácej starostlivosti o letálne choré deti ako i informácie o možnostiach ich zmiernenia môže výrazne pozitívne prispieť ku kvalite života detského pacienta i jeho rodiny.

S Taxoterom  
som liečbu zvládol ľahšie,  
ako som si predstavoval.  
Ďakujem Vám.

Vážený pán doktor,  
potom ako som sa dozvedel, že mám  
zhubný nádor, mi predstava chemoterapie  
nahláňala strach. Liečbu som však zvládol  
ľahšie ako som si predstavoval.  
Ďakujem Vám.

## Taxotere® prichádza v jednodielkovom balení

### Skrátená informácia o lieku

**Taxotere 20 mg/1 ml, Taxotere 80 mg/4 ml. Liečivo:** docetaxel. **Lieková forma:** infúzny koncentrát. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Aventis Pharma S.A., 92165 Antony Cedex, Francúzsko. **Farmakoterapeutická skupina:** antineoplastiká, ATC kód: L01CD 02. **Indikácie:** adjuvantná liečba operabilného karcinómu prsníka s pozitívnymi lymfatickými uzlinami, lokálne pokročilý alebo metastatický karcinóm prsníka, lokálne pokročilý alebo metastatický nemalobunkový karcinóm pľúc, metastatický karcinóm prostaty neopovedajúci na hormonálnu liečbu, metastatický adenokarcinóm žalúdka vrátane gastroezofageálneho spojenia, indukčná liečba pacientov s lokálne pokročilým skvamocelulárnym karcinómom hlavy a krku. **Dávkovanie:** podáva sa v 1-hodinovej infúzii každé tri týždne v dávke 75 až 100 mg/m<sup>2</sup> v monoterapii a v dávke maximálne 75 mg/m<sup>2</sup> pri kombinovanej liečbe. Úprava dávkovania v priebehu liečby a pre špeciálne skupiny pacientov je podrobne uvedená v úplnom znení SPC. **Kontraindikácie:** precitlivenosť na docetaxel, alebo na niektorú z pomocných látok, počítací počet neutrofilov nižší ako 1 500 buniek/mm<sup>3</sup>, ťažké poškodenie funkcie pečene. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté (≥ 10 % pacientov): neutropénia, febrilná neutropénia, neutropenická infekcia, neutropenická sepsa, trombocytopenia, anémia, horúčka alebo zimnica, infekcie (vrátane sepsy a pneumónie), hypersenzitívne reakcie, kožné reakcie, kožná toxicita, začervenanie, svrbiaca alebo nesvrbiaca vyrážka, ruka-noha syndróm, zmeny na nechtoch, alopecia, tlak na hrudníku, retencia tekutín, nevoľnosť, vracanie, hnačka, obštipácia, dyspepsia, stomatitída, asténia, myalgia, dysgeúzia, parosmia, insomnie, opuch, periférna motorická a senzorická neuropatia, letargia, dyspnoe, pokles alebo nárast hmotnosti, znížená chuť do jedla, anorexia, parestézia, dyzestézia, hypestézia, zvýšená lakrimácia, konjunktivitída, epistaxia, faryngolaryngálna bolesť, faryngitída, nazofaryngitída, kašeľ, rinorea, abdominálna bolesť, erytém, artralgia, bolesť, bolesť hlavy, bolesť v končatinách, bolesť kostí, bolesť chrbta, lymfedeém, pyrexia, únava, slabosť, zápal slizníc, ochorenie podobné chrípke, bolesť na hrudníku, vazodilatácia, amenorea, zhoršený sluch, ezofagitída/dysfágia/odynofágia. Závažnosť nežiaducich účinkov docetaxelu sa môže zvýšiť, ak sa docetaxel podáva v kombinácii s inými chemoterapeutickými látkami. Nežiaduce účinky sú podrobne uvedené v úplnom znení SPC. **Špeciálne upozornenia:** premedikácia dexametazónom v dávke 8 mg dvakrát denne, počas 3 dní, počnajúc 1. dňom pred podaním docetaxelu môže znížiť výskyt a závažnosť retencie telesných tekutín a hypersenzitívnych reakcií. Na zníženie rizika hematologickej toxicity sa má profylakticky použiť G-CSF. Ženy a muži vo fertillnom veku musia v priebehu terapie používať účinnú antikoncepciu a muži minimálne po dobu 6 mesiacov po jej ukončení. **Dostupné balenie: Taxotere 20 mg/1 ml:** jednodávková injekčná liekovaná infúzna koncentráta, **Taxotere 80 mg/4 ml:** jednodávková injekčná liekovaná infúzna koncentráta. **Príprava infúzneho roztoku:** infúzny koncentrát nevyžaduje žiadne predchádzajúce riedenie s rozpúšťadlom a je pripravený na pridanie do infúzneho roztoku. Požadovaný objem Taxotere infúzneho koncentráta musí byť aplikovaný do 250 ml infúzneho vaku alebo fľaše obsahujúcej buď 5%-ný roztok glukózy alebo 0,9%-ný roztok chloridu sodného na injekciu tak, aby nebola prekročená koncentrácia 0,74 mg/ml docetaxelu. **Uchovávanie:** pri teplote od 2 °C do 25°C, v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom. **Dátum poslednej revízie:** marec 2010. **Výdaj lieku viazaný na lekárske predpis.**

Podrobnejšie informácie o lieku Taxotere nájdete v SPC, ktorý môžete získať na adrese: sanofi-aventis Pharma Slovakia s.r.o., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel.: (02) 33 100 703, fax: (02) 33 100 199.

Informácia je určená pre odbornú verejnosť.

sanofi aventis

Pretože na zdraví záleží

**TAXOTERE®**  
(docetaxel)

Čas Život Dôvera

## PREDSTAVUJEME VÁM PRVÝ INTRANAZÁLNY FENTANYLOVÝ SPREJ NA LIEČBU PRELOMOVEJ NÁDOROVEJ BOLESTI

Instanyl® bol vyvinutý tak, aby úzko zodpovedal profilu typickej epizódy prelomovej nádorovej bolesti (*maximálna intenzita v priebehu 3 minút<sup>1</sup> a priemerné trvanie 30 minút<sup>2</sup>*)

*v priebehu troch minút<sup>1</sup> a s priemerným trvaním tridsať minút<sup>2</sup>*).

Instanyl® poskytuje tesnú kontrolu prelomovej nádorovej bolesti:

- ▶ rýchly nástup účinku (*významná úľava od bolesti v priebehu 10 minút<sup>3</sup>*)
- ▶ krátke trvanie účinku<sup>4</sup>, aby sa minimalizovalo nežiaduci účinok zvýšených hladín opioidov

Okrem toho sa Instanyl® poskytuje pacientom a opatrovateľom jednoduchý spôsob podávania kdekoľvek a kedykoľvek je to potrebné.

## TU KONČÍ PRELOMOVÁ NÁDOROVÁ BOLEŠŤ

Intranazálny fentanylový SPREJ

**INSTANYL**®  
spôsobí priepastný rozdiel o niekoľko minút



### Instanyl – intranazálny fentanyl

**Indikácia:** Je určený na liečbu prelomovej bolesti pri nádorovom ochorení pacientov nad 18 rokov, ktorý už majú nastavenú bazálnu analgetickú liečbu minimálne dva týždne. **Kontraindikácia:** Alergia na fentanyl alebo ktorúkoľvek z ďalších zložiek Instanylu. Instanyl nesmie používať pacient, ktorý ešte nebol liečený opioidmi, pacient so závažnou obštrukčnou pľúcnou chorobou, pacient po radioterapii tváre a pacient trpiaci opakovaným krvácaním z nosa. Opatrnosť vyžadujú stavy s pomalým pulzom, svalovou slabosťou a nízkym objemom krvi. Pacienti s poškodením obličiek a pečene, s mozgovým nádorom, s úrazom hlavy. **Liekové interakcie:** inhibitory CYP3A4, troleandomycín, klaritromycín, erytromycín, aprepitant (na liečbu ťažkej nevoľnosti) inhibitory MAO, buprenorfin, nalbufin, pentozocín, lieky aplikované do nosa (sprej proti nádche a pod.) **Nápoje a jedlá:** zákaz používania alkoholických nápojov pri liečbe Instanylom **Tehotenstvo a dojčenie:** Instanyl sa nesmie používať počas tehotenstva bez predchádzajúcej konzultácie s lekárom. Instanyl sa nesmie používať počas pôrodu, lebo môže spôsobiť novorodencovi vážne problémy s dýchaním. Instanyl môže prechádzať do materského mlieka a vyvolať vedľajšie účinky u dojčeného dieťaťa. **Vedenie vozidla a obsluha strojov:** Pri liečbe Instanylom sa nesmie viesť motorové vozidlo ani obsluhovať stroje. **Použitie Instanylu:** Instanyl sa aplikuje v sede, alebo vzpriamenej polohe, sprej držíte v vzpriamenej polohe, mierne sa nakloňte dopredu a uzatvorte si jednu nosnú dierku tlakom prsta z bočnej strany. Do voľnej nosovej diery zasuňte aplikátor. Jedenkrát stlačte a zároveň vydychnite nosom. Po použití

vždy umiestnite Instanyl do škatúčky s detskou poistkou. **Titračia dávky:** Titračiu dávku vykoná Váš ošetrojúci lekár podľa platnej schémy. **Nežiaduce účinky:** spavosť, malátnosť, spomalený tep, poruchy koordinácie, nevoľnosť, zvracanie, nával horúčavy, potenie, nespavosť, krvácanie z nosa, nádcha, suchosť v ústach, ťažkosť s dýchaním. Liek je len na lekárske predpis a má indikačné a preskripcné omedzenie. Pred použitím lieku si dôrobne prečítajte príbalovú informáciu o lieku.

**Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, DK-4000 Roskilde, Dánsko.

**Zast. v SR:** NYCOMED s.r.o., Plynárskeňská 7B, 821 09 Bratislava

1. Portenoy RK, et al. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain*. 1999;81(1-2):329-34. 2. Gomez-Batiste X, et al. Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(1): 45-52. 3. Kress HG, et al. Efficacy of intranasal fentanyl spray for breakthrough pain in patients with cancer: a double-blind, randomized, placebo controlled confirmatory trial with an open-label 10-month extension treatment period. *Clin Ther*. Accepted for publication May 2009. 4. Christrup LL, et al. Pharmacokinetics, efficacy, and tolerability of fentanyl following intranasal versus intravenous administration in adults undergoing third-molar extraction: a randomized, double-blind, double-dummy, two-way, crossover study. *Clin Ther*. 2008;30:469-81.