

# Správa zo 4. česko-slovenskej konferencie paliatívnej medicíny, 15. – 16. 11. 2012, Bratislava

MUDr. Kristina Križanová<sup>1</sup>, MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

<sup>2</sup>Dům léčby bolesti s hospicem sv. Jozefa, Rajhrad

<sup>3</sup>Česká společnost paliativní medicíny, ČLS J. E. P., Rajhrad

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(3): 102–105

Milí přátelé,

chtěl bych poděkovat našim přátelům ze Slovenska za krásné přijetí a perfektní organizaci na místě samém, za nemalou energii, kterou do pořádání našeho 4. společného setkání vložili. A rád je ujistím, že příští rok, 19. – 20. 9. 2013 je vítáme na V. česko-slovenské konferenci paliativní medicíny v Brně stejně tak srdečně a precizně.

Dovoľte mi podíliť sa s vami o dojmy, postřehy i poselství, které mně samotnému setkání přineslo.

## Geriatrická paliativní péče

Zařadit tento blok na zahájení hlavního programu prvního dne bylo velmi důležité. Století 21. je považováno za století neurodegenerativních chorob. A jestliže v Česku počítáme s více jak 4 miliony obyvatel v dnešním důchodovém věku přibližně za 20 let, je třeba počítat s výrazným nárůstem populace křehkých geriatrických pacientů. Jsou chronicky nemocní, většinou s komplikacemi aterosklerózy, často je jejich fyzický stav doprovázen i kognitivním a exekutivním handicapem.

Z pohledu lékaře jsme oslovováni, abychom „je zlepšili“, pomohli jim zůstat v péči rodiny doma, či naopak je zajistit pro péči v náhradním sociálním zařízení. O čem je ale především cíl péče u těchto nemocných?

*Jde o život s nemocí.*

Život, který je často velmi obtížný a my zdravotníci si přitom osobujeme právo tvrdit, že zlepšením některých symptomů či drobným zákrokem apod. zlepšíme celkovou kvalitu tohoto života. Víme ale, co touto kvalitou pro nemocného skutečně je?

Paliativní medicína se snaží vědět. Snaží se i konat a multidisciplinárním přístupem podpořit nejen nemocného, ale objektem péče mít i jeho blízké.

Aby to mohla činit, musí být nemocný rozpoznán jak člověk s potřebou paliativní péče.

Onkologie tento proces již částečně vyřešila, ne tak ostatní obory.

Je tak před námi spousta práce, jak lépe a kultivovaně představit paliativní medicínu také odborné veřejnosti, neustoupit z multidisciplinárního modelu a udržovat kontinuitu péče v systému zdravotním, sociálním i primární péči.

V době, kde hodnoty společnosti jsou zacíleny více materiálně, je toto cesta obtížná.

prim. MUDr. Kristina Križanová, garant podujatia, otvára prvý blok na konferencii paliatívnej medicíny, po jej pravici zasadli doc. MUDr. Jozef Mardiak, CSc., prezident Slovenskej onkologickej spoločnosti, prim. MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., predseda Českej spoločnosti paliatívnej medicíny, a prof. MUDr. Štefan Krajčík, CSc., prednosta Kliniky geriatry LF SZU a UNB



*Jinou volbu ale nemáme.*

*Myslím, že i takové poselství přinesla IV. česko-slovenská konference paliativní medicíny.*

*Vytvářet centra excelentní péče, udržet jejich provoz a rozšířit počet těch, kdo paliativní medicínu a péči umí a chtějí provozovat. To jsou hlavní úkoly pro příští rok.*

21. – 22. 3. 2013 se potkáme ve Františkových lázních na Západočeské konferenci paliativní péče, organizované panem prim. Cabadajem. 30. 5. – 2. 6. 2013 nás čeká Prague EAPC 2013 v Kongresovém centru v Praze – Světový kongres paliativní péče. 19. – 20. 9. 2013 pak v sídle Veřejného ochránce práv nás čeká V. česko-slovenská konference paliativní medicíny.

A, samozřejmě, – čeká nás řada obtíží, jsou zde odborné i společenské výzvy a především naši nemocní. Přejí vám všem hodně sil do obtížné, a přesto krásné práce.

V úctě

Ladislav Kabelka

V dňoch 15. a 16. novembra sa konala konferencia paliatívnej medicíny v Bratislave, v hoteli Saffron v centre mesta. Hoteloví pracovníci dobre pripravili konferenčné priestory aj občerstvenie. Priestor pre predsedníctvo bol však trochu stiesňujúci pre monitory na predsedníckom stole, ktoré zacláňali výhľadu do prednáškovej sály. V paralelnej sále bolo príjemné komornejšie prostredie. Určite najpríjemnejším obdobím bola get-together party 15. 11. večer, kde bola skvelá ponuka svätokatarínskych, čiže mladých, tohtoročných vín vinárov zo Svätého Jura Dubovský & Grančič a mladá hudba dvoch kapiel s blues-rockovým zameraním: Vintage Yellow a For Devil Faces s vedúcim skupín Marekom Rebróm. Víno bolo skvelé, mne zachutilo Zweigelt rosé: svieže s ovocím na jazyku a s príjemnou kyselinkou v dochuti. Vinári ponúkali aj zrelé vína zo svojho repertoáru, ktorú majú vyrovnanú kvalitu a každý si mohol vybrať podľa svojich preferencií. Zaujal najmä biely Dunaj a cuvée Michelle Trois Pinot.

Hudba bola výborná, s dvomi spevákami, prvá kapela hrala nežné piesne z vlastnej tvorby a druhá skupina niektoré prevzaté skladby, ale aj vlastnú tvorbu.

Súčasťou programu bola aj posterová sekcia, v ktorej bolo 5 príspevkov týkajúcich sa paliatívnej starostlivosti v širšom zmysle slova (sociálna a psychosociálna starostlivosť). Jeden poster (**Mária Paceková**, Banská Bystrica, lekárka) hovorila o trombotických komplikáciách u pacientov v terminálnom štádiu onkologických ochorení.

Odborný program sa začal o 9. hod. 15. 11. vo štvrtok. Pri otvorení hovoril **Ladislav Kabelka**, primár Hospicu sv. Josefa v Rajhrade pri Brne a prezident Českej spoločnosti paliatívnej medicíny Českej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyně, o výzvach, ktoré stoja pred paliatívnou medicínou v rozvinutých krajinách: venovať pozornosť narastajúcemu počtu starých ľudí s chronickými ochoreniami a najmä ľudí s rôznymi typmi demencie. Paliatívna medicína by mala postupne nájsť odpovede aj na etickú stránku starostlivosti o polymorbídnych starých ľudí tak, aby žili svoj život dôstojne. **Jozef Mardiak**, prednosta Kliniky klinickej onkológie LF UK a NOÚ v Bratislave a prezident Slovenskej onkologickej spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti, vyzdvihol spoluprácu ambulancie a oddelenia paliatívnej starostlivosti s oddeleniami Národného onkologického ústavu, ktoré sa špecializujú na liečbu solídnych aj hematologických nádorových ochorení a vykonávajú aj paliatívnu protinádorovú liečbu. Povedal, že existencia nášho oddelenia vniesla do starostlivosti o nevyliciteľne chorých pacientov iné priority, týkajúce sa obťažujúcich symptómov.

**Ladislav Kabelka** v hlavnom programe o paliatívnej medicíne pri neonkologických ochoreniach zdôraznil, že zdravotná starostlivosť o gerontov dosiaľ nerozpoznáva ich skutočné potreby. Starí ľudia v starostlivosti sociálnych ustanovizní sú v prípade akútneho ochorenia prijatí do nemocnice, vylieči sa komplikácia a v „stabilizovanom“ čiže väčšinou v zhoršenom stave sa odošlú späť do sociálnej starostlivosti. Týmto sa vytvára deterioračná špirála geriatrickej krehkosti, ktorá vedie k znižujúcej aktivite, hyponutricii, k znižovaniu pokojového výdaja energie, k sarkopénii. Terapia pridružených ochorení, väčšinou nekoordinovaná s viac ako 10 liekmi, vedie k ďalšej malnutricii, sedácii, k poruchám spánku. Chronický stres u takýchto starých ľudí sa tiež podceňuje. Na hodnotenie výkonnosti sa lepšie hodí adaptovaná Karnofského škála výkonnosti: Škála paliatívnej výkonnosti, ktorá zohľadňuje aj schopnosť sebaobsluhy, príjmu potreby a stav vedomia. Menej ako 10 % gerontov s paliatívnou výkonnosťou 50 % a menej sa dožije pol roka. Prítomnosť troch hlavných faktorov: úbytok hmotnosti viac ako 10 kg,

Na tomto podujatí sa kongresová sála naplnila takmer do posledného miesta



dysfágia s poruchou príjmu najmä tekutín, ale aj tuhej stravy a rozvíjajúca sa demencia sú dobrým prediktorom predpovede prežitia. Odhad by mali robiť dvaja skúsení lekári. Podobne použiteľný je aj paliatívny prognostický index (PPI).

Štefan Krajčík, prednosta Geriatrickej kliniky SZU a FN v Bratislave, hovoril o príznakoch rozvoja demencie a zameral sa na potreby týchto pacientov hlavne v terminálnych fázach pokročilej demencie. Starý človek s multimorbiditou má viac vážnejších ochorení, ktorých interakcia vplyva na výsledný stav pacienta. Podrobne rozobral jednotlivé fázy demencie, ich vplyv na komunikáciu s rodinou, opatrovateľmi a ošetrovateľmi a pri zmene prostredia. Prediktormi zlej prognózy u demenčných pacientov sú: opakované infekcie, dekubity, strata hmotnosti viac ako 10 %, zlomenina stehrovej kosti a potreba arteficiálneho krmenia (sondou alebo gastrostómiou).

**Mária Očenášová** sa vo svojom príspevku venovala aktuálnej téme v problematike intenzívnej medicíny. Rozhodovanie o nestupňovaní život zachraňujúcej liečby alebo o jej ukončení v prípade, keď táto liečba nedosahuje ciele, ktoré si sama stanovila (zvládnutím akútneho život ohrožujúcich príznakov navrátiť zdravie alebo stabilizovať funkcie) spojiť so spoluprácou špecialistov v paliatívnej medicíne tak, aby distres pacienta a rodiny na konci života po intenzívnej liečbe bol čo najmenší. Uviedla štatistiky z pracovísk v USA, kde 1/4 Američanov zomiera na JIS, polovica z pacientov zomierajúcich v nemocnici strávi na JIS posledné dni svojho života. Osemdesiat až deväťdesiat percent pacientov na JIS zomiera po limitácii podpory životných funkcií. Medicína na JIS sa stala vysoko technologickou. Tým sa zlepšili aj výsledky intenzívnej liečby kriticky chorých. Došlo však aj k zmene štruktúry chorých na JIS: zvýšilo sa percento chronicky cho-

rých v poslednej fáze ich ochorenia, liečených pre akútne, reverzibilné poruchy. Čoraz viac sa hovorí o potrebe integrovať do intenzívistickej starostlivosti aj špecialistov v paliatívnej medicíne, ktorí by sa zúčastňovali na posudzovaní stavu pacientov a aj na rozhodovaní o limitovaní podpory vitálnych funkcií napríklad pri protrahovanom multiorgánovom zlyhávaní a pri globalnej ischemii CNS. Ich prínos je v liečbe bolesti, v prevencii distresu, v komunikácii s blízkymi chorého, vo vysvetľovaní príčin a následkov, v príprave na možnosť rozlúčenia po ukončení analgetickej a sedatívnej liečby pri ventiláčnej podpore. Nezanedbateľný je aj ich vplyv na zníženie miery rozporov v určení cieľa starostlivosti, ak aj vplyv na skrátenie času potrebného na zmenu taktiky vedúcu k udržaniu komfortu na konci života. Intenzívistická pomoc pacientov v paliatívnej starostlivosti je napríklad možnosť neinvazívnej ventiláčnej podpory pri dyspnoe a pri parciálnej respiračnej insuficiencii na preklenutie akútneho zhoršenia respiračných funkcií.

Po prestávke sme sa dopoludnia venovali depresii u pacientov v paliatívnej starostlivosti. **Marie Blažková**, spoluzakladateľka hospicu v Chrudimi v ČR, sa ako psychiatrička venovala hlavne diagnostike depresie u pacientov v paliatívnej starostlivosti na konci života. Pristavila sa pri príčinách depresie a zdôraznila, že depresia ako porucha sa môže vyskytnúť ako príznak preťaženia psychogénnymi podnetmi a jej podobnosť s vrodenu depresívnou poruchou je jasná. Preto treba liečiť príznaky depresie, ak je závažná, a nie podľa príčiny. Často treba využiť aj hypnotický a anxiolytický účinok antidepressív. Najvhodnejšie sú SSRI excitalopram, citalopram a sertralin s anxiolytickým účinkom. Mirtazapín je liekom voľby v paliatívnej medicíne. Má hyp-

notický účinok a antiemetický účinok, zlepšuje chuť do jedla. Hovorila aj o depresii ako o ťažkom životnom období („temná noc duše“, kríza stredného veku), ktorá nie je poruchou, ale dôležitou súčasťou zrelého vývoja osobnosti.

V podobnom duchu pokračoval aj **L. Kabelka**, ktorý zdôraznil aspekt adaptácie na nevyliciteľné ochorenie ako podmienku vyrovnania so svojou smrteľnosťou a najmä s jej konkrétnosťou. Hospic nemá byť miesto na umieranie, ale miesto na život s ťažkou chorobou. **Viola Svobodová** lekárka – internistka, ktorá pracuje pre Hospic sv. Alžbety v Brne, ČR, hovorila veľmi zasväteno o spiritualite nevyliciteľne chorých a zomierajúcich. Podrobne rozobrala príčiny duchovnej bolesti ľudí. V diskusii zazneli hlavne otázky a odpovede na medikamentóznou liečbu depresie.

Po obede spolu s neformálnymi stretnutiami a návštevami odborných stánkov nasledoval spoločný program 5 prednášok o liečbe bolesti a iných symptómov. Tri prednášky sa venovali novým liekom v liečbe bolesti. **Kristína Križanová** a **Hedviga Jakubíková** hovorili o prínose úplnej novej molekuly duálneho analgetika tapentadolu v liečbe bolesti. Dosať sú ukončené hlavne štúdie pri chronickej nenádorovej bolesti porovnávajúce tapentadol s oxykodónom a štúdie pri chronickej neuropatickej bolesti najmä u diabetikov. Tapentadol je  $\mu$ -opioidový agonista, zaraďuje sa do skupiny silných opioidov (3. stupeň analgetického rebríčka WHO) a súčasne inhibítorom spätného vychytávanie noradrenalinu, čiže  $\alpha$ -2-agonistom na nervových zakončeníach. Tá istá molekula vykonáva analgéziu inhibíciou opioidových receptorov na vzostupných dráhach vedenia bolesti a súčasne inhibuje spätné vychytávanie noradrenalinu na spojeniach v zostupných dráhach, ktoré modulujú vnímanie bolesti. Tapentadol má podobné nežiaduce účinky ako ostatné opioidy, je silnejší ako tramadol, ktorý je tiež duálnym liekom. Tapentadol neinterferuje v rámci cytochrómového systému CYP 450 a nevyžaduje pre svoj účinok aktiváciu ako tramadol, ktorý je prodrug. **Marta Kulichová** predstavila nový preparát rýchlo účinkujúceho fentanyl, ktorá sa vstrebaáva bukálnou sliznicou dutiny ústnej vďaka špeciálnemu zloženiu vehikula, ktoré v reakcii s prostredím dutiny ústnej pri rozpúšťaní šumí a uvoľňuje fentanyl postupne v priebehu niekoľkých minút na vstrebávanie sliznicou. Ide o tretí liek s rýchlym účinkom fentanyl na prelomovú bolesť, ktorý nemožno použiť na titráciu dávky: je určený len na prelomovú bolesť a rovnako ako prvé dva známe preparáty (Instanyl nosový spray a Lunaldin sublinguálne tabletky) aj Effentoru bukálné tabletky možno podávať len poučeným a disciplinovaným pacientom. **Irena Zavadová**,

lekárka z mobilného hospicu Cesta domů z Prahy, ČR, hovorila o kontinuálnom podávaní kombinácie niektorých liekov malou prenosnou pumpou podkožne u pacientov v terminálnej fáze ochorenia najmä v domácej starostlivosti. Indikuje sa pri nauzei, vracaní, dysfágii, pri črevnej obštrukcii, delíriu, nedostatočnej absorpcii liekov GIT-om. Podkožné podávanie liekov nie je pri morfine, midazolame, haloperidole, metoklopramide, fentanyl uvedené v SPC, je to podávanie off-label. Zdôraznila, že Off-label podávanie neznamená non lege artis! Nie sú dostupné žiadne randomizované štúdie porovnania podávania liekov s.c. a i.v., ale na stránke [www.palliativedrugs.com](http://www.palliativedrugs.com) je zásoba odporúčaní, aj expertných skupín, ohľadne pH, hustoty a kompatibility liekov na i.v. alebo na i.m. podanie, na ich možné kombinácie v jednej skúmavke a na roztoky, ktorými možno tieto lieky v striekačkách riediť. Podkožnú kanylu možno umiestniť na viacerých častiach tela a väčšinou, pri dodržaní vhodnej koncentrácie liekov, ich osmolality, je potrebné kanylu vymeniť raz za 3 až 7 dní.

Program neskorého popoludnia vo štvrtok sa rozdelil do dvoch sekcií. V sekcii o onkologickej paliatívnej medicíne najprv povedal prehľad o problematike liečby malígnej črevnej obštrukcie **Cristian Camartin**, lekár – špecialista v paliatívnej medicíne vo všeobecnej nemocnici v Chure vo Švajčiarsku (ktorý má otca Švajčiara a matku Češku, ale narodil sa vo Švajčiarsku a jeho materinským jazykom je nemčina aj čeština). V diskusii nám odpovedal aj na zvedavé otázky, či niektoré finančné náročné postupy neinvazívnej liečby (stenty, oktreetid) sa používajú v nemocnici, kde pracuje. Povedal, že veru nie. Druhý príspevok **Jana Cabadaja**, ortopéda z nemocnice v Chebe, ČR, hovoril o indikáciách a vykonávaní vertebroplastík u onkologických pacientov s metastázami v kostiach. Výborné je, že onkológ sa môže priamo v nemocnici poradiť s ortopédom o možnosti takéhoto výkonu a zdravotná poisťovňa tieto výkony prepláca. Poslednú hodinu sekcia vyplnili dve prednášky o tom, že nekuratívna chemoterapia často nie je pre pacientov paliatívna. Obhajobu tohto stanoviska predniesol **Ondřej Sláma**, špecialista pre paliatívnu medicínu v Masarykovom onkologickom ústave v Brne, ČR a „proti“ hovorila **Zuzana Hlavatá**, onkologička z Národného onkologického ústavu v Bratislave. Obaja prednášajúci sa zhodli, že existujú situácie (dobrý celkový stav, nízka alebo žiadna komorbidity, pacient – bojovník, minimálne toxická protinádorová liečba), kedy možno spolu s pacientom indikáciu chemoterapie alebo cielej biologickej liečby zvažovať. Ak nie je situácia jednoznačná za alebo proti, je potrebné spraviť klinický „pokús“ podania terapie a starostlivého monitorovania jej

priaznivých aj nepriaznivých účinkov. Komunikácia s pacientom a vysvetľovanie efektu liečby sa nedá dosť zdôrazniť. V diskusii zazneli aj otázky, kedy indikovať kardiopulmonálnu resuscitáciu (lekári z onkologického pracoviska v Ostrave v ČR) u onkologického pacienta a či je vôbec v našej kultúre možné o nej s pacientom hovoriť. Či nie je správne jednoducho sa tak rozhodnúť na základe priebehu pacientovho ochorenia a jeho komorbidít. Individuálny osud pacienta sa totiž môže líšiť od ideálneho priebehu nádorového ochorenia, ktoré sa hodnotí hlavne štatisticky (medián prežitia). Diskusia bola dosť búrlivá a nedosiahli sme konsenzus. Zo zákonného hľadiska, ktoré upravuje rozhovor lekára s pacientom aj v Česku, aj na Slovensku, vyplýva, že lekár by mal informovať pacienta pravdivo, citlivo a s ohľadom na pacientovo želanie.

V piatok dopoludnia boli dva **ranné workshopy**: jeden o liečbe bolesti opioidmi a o problematike závislosti od opioidov a druhý o rozhodovaní v paliatívnej starostlivosti a hlavne spolupráce s multidisciplinárnym tímom.

Ďalší program bol v dvoch sekciách. V hlavnej sále odznela ďalšia časť prednášok o paliatívnej starostlivosti v „reálnom svete“, najmä o jej organizácii. Tento program nadväzoval na prednášky z paralelnej sekcie vo štvrtok popoludní v podobe kazuistik o paliatívnej starostlivosti v „reálnom svete“.

Vo vedľajšej sále odzneli veľmi zaujímavé príspevky z detskej paliatívnej medicíny a starostlivosti, prvýkrát v ucelenom bloku. **Mária Jaskovská**, lekárka z mobilného detského hospicu Plamienok rozobrala podrobne situáciu nevyliciteľne chorých detí a dospievajúcich na Slovensku aj vo svete, rozvoj detskej paliatívnej starostlivosti na Slovensku, v Európe a najmä skúsenosti z Austrálie, ktorá ich najviac publikuje. Päťdesiat percent detí so život limitujúcim ochorením zomiera do 1. roku života. Týka sa to najmä neonkologických diagnóz, neonatológovia by mali byť vzdelaní v paliatívnej starostlivosti. Paliatívny tím kontaktujú rodičia detí nie podľa diagnózy, ale najmä ak je potrebný symptómový manažment a psychosociálna podpora rodiny. Je potrebné riešiť najmä fyzické symptómy, ale aj pomáhať pri rozhodovaní, v logistike, v rozhovoroch o neresuscitovaní, o konci života. Detská paliatívna starostlivosť nie je možná bez spolupráce s nemocnicou, deti preferujú jeden tím a rovnaké tváre. Tak ako v paliatívnej medicíne dospelých aj u detí sa najlepšie zvládajú bolesti, dýchavica a epileptické záchvaty, v menej ako 50% je efektívnosť liečby nechutenstva, únavy a hnačiek. Na to, aby dieťa mohlo zomrieť doma, je potrebné starostlivé plánovanie. Častejšie zomierajú doma deti s onkologickými ochoreniami. Pri nenádoro-

vých ochoreniach je progresia ochorenia menej predvídateľná. Starostlivosť o zomierajúce dieťa nie je možné nikdy dať do kompetencie obvodného pediatra, pre nedostatok rutinných praktických skúseností, nedostatok špecializovaných odborných vedomostí, pre zodpovednosť pri rozhodovaní, emočnej záťaži, starostlivosti mimo pracovných hodín. Praktický lekár sa však môže podieľať na starostlivosti predpisovaním liekov, realizáciou niektorých vyšetrení, emočnou podporou.

**Jozef Köppl**, primár Oddelenia intenzívnej medicíny DKAIM v Bratislave, podrobne rozoberal príčiny, pre ktoré zomierajú deti na OIM. S rodičmi detí je nutné prebrať všetky dôvody rozhodovania o konci života ich detí, citlivo, jasne, opakovane a zrozumiteľne. Ide o deti s chronickými nevyliciteľnými ochoreniami, v terminálnom štádiu onkologických ochorení, o dlhodobo ventilovaných pacientov (chronická resuscitačná starostlivosť), o deti so závažnými kraniotraumami a polytraumami a o deti v stave coma vigile. Podrobnejšie hovoril najmä o domácej ventilačnej podpore u detí a o jej úskaloch v rámci nášho zdravotníctva (spolupráca pediatra, zdravotnej sestry, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, záchranej služby, technického zabezpečenia a pod.) V kazuistike o novorodencovi s početnými vrodenými chybami dýchacieho, tráviaceho a kardiálneho systému s agenézou obličky a sleziny, ktoré sa nezistili pri prenatálnom vyšetrení, opisoval 15 mesiacov jeho života, s 10 závažnými operáciami a reoperáciami, s postupným pribúdaním komplikácií (tracheomalácia, trombózy, malnutícia, osteoporóza), s 1 úspešnou kardiopulmonálnou resuscitáciou a s dvomi septickými stavmi s multiorgánovým zlyhaním, ktoré sa zvládli, ale pri tretej sepe dieťa zomrelo. V rozhodovaní o liečbe nám chýba legislatívna opora, kompetentné etické komisie a štandardy liečby. **Martin Záhorec**, kardiochirurg z Detského kardiocentra NÚSCH v Bratislave, hovoril o paliatívnej starostlivosti o deti s neriešiteľnou srdcovou chybou pri narodení a najmä o rozhovoroch s rodičmi detí. Rodičia musia mať možnosť dostať odpovede na otázky, ktoré ich trápia a mali by sa rozhodovať aj na základe racionálnych argumentov. Strata dieťaťa je veľmi ťažký zážitok a taký je aj život s trvalo chorým dieťaťom. Problematika paliatívnej starostlivosti v detskom kardiocentre a na oddelení intenzívnej starostlivosti je veľmi komplexná, vyžaduje koordináciu prístupu všetkých zainteresovaných pracovníkov a opakované stretnutia. **Juraj Ružek**, lekár z hospicu Plamienok, opisoval svoje prvé pracovné stretnutia so zomierajúcim dieťaťom v domácnosti. Pre ochorenie Roberta

Bilda neodznal jeho plánovaný príspevok. Na záver hovoril **Martin Loučka**, český psychológ, t. č. pracujúci v Lancasteri, VB, o tom, ako sú schopné deti rôzneho veku vnímať koncept smrti. Deti do 2 rokov pociťujú separačnú úzkosť. Medzi 2. a 5. rokom považujú smrť za inú formu spánku, v popredí je magické myslenie. Medzi 5. a 10. rokom života dochádza k vzniku konceptu smrti podobnému ako u dospelých (univerzálnosť smrti, nezvratnosť), ale smrť je aj ako strašák. Po 10. roku veku si deti robia aj subjektívny koncept smrti, zvládajú abstraktné pojmy. V súčasnosti sa hranica vnímania smrti posúva smerom k nižšiemu veku. So smrťou sa deti stretávajú pri počítačových hrách, v televízii, v osobnej skúsenosti (smrť psíka, deda, spolužiaka). Choré deti zväčša chápu, že nie sú zdravé ako ich vrstovníci už vo veku 3 – 4 rokov, v nižšom veku chápu, že môžu zomrieť. Štúdia, ktorá skúmala postoj dospelých, či hovoriť s deťmi o smrti, zistila, že pätina až štvrtina populácie si myslí, že treba vôbec hovoriť s deťmi o smrti, u zdravotníkov je to vyššie percento. Štyridsať percent populácie si myslí, že o smrti by sa s deťmi hovoriť nemalo vôbec, 4 % považujú vhodný už vek od 15 rokov. Aj v jednotlivých zdravotníckych systémoch sú veľké rozdiely: americkí pediatri hovoria o diagnóze s deťmi v 65 % prípadoch, len 1 % nehovorí nikdy, naopak, japonskí pediatri v 35 % povedia len niečo alebo nič a 10 % povie dieťaťu diagnózu. Ako je to v Česku a na Slovensku, nevieme.

Na záver konferencie sme pripravili tému o klinických, etických a právnych aspektoch paliatívnej starostlivosti. Tretia prednáška neodznala pre ochorenie prednášajúceho Petra Kováča, lekára a právnika, ktorý mal hovoriť o forenzných aspektoch liečby na konci života. Prednáška **Renáty Petrovej**, geriatričky, Městec Králové v ČR, priniesla prehľad o problémoch výživy u demenčných pacientov. V diskusii sme sa zhodli, že zavedenie perkutánnej endoskopickéj gastrostómie je vhodné len vo včasnejšej fáze demencie, kedy o nej môže rozhodnúť ešte aj pacient sám, ak ho porucha príjmu potravy a zakuckávanie trápia najviac. V terminálnych fázach demencie zavedenie PEG-u nie je indikované, pretože výživa jej prostredníctvom nezlepšuje hmotnosť, hojenie dekubitov ani pohyblivosť pacientov a komplikácie v podobe aspiračnej pneumónie sú rovnaké ako bez zavedenia PEG-u. **Ondřej Sláma** prakticky na záver podujatia hovoril veľmi expresívne o problematike kardiopulmonálnej resuscitácie u pacientov v hospici. Venoval sa legislatívnej situácii v ČR, ktorá je odlišná ako na Slovensku. Nevyliciteľné chorí pacienti v paliatívnej starosti

vosti nie sú nevyhnutne v terminálnej fáze svojho ochorenia, iba niektorí z nich. U onkologických pacientov, ktorí majú metastatické ochorenie, môže byť v priebehu paliatívnej protinádorovej liečby indikovaný kauzálny postup pri liečbe komplikácií vrátane KPR. Aj nevyliciteľné chorí môžu zomrieť predčasne. KPR nie je indikovaná v situáciách, ako sú terminálne štádiá ireverzibilných ochorení, kde sa smrť očakáva. Americká kardiologická asociácia vo svojich gajdlajnoch z roku 2000 dokonca hovorí, že KPR v týchto situáciách môže porušiť právo chorého na dôstojnú smrť. Všeobecne je úspešnosť KPR v nemocnici vyššia ako mimo nej a prepustenie takéhoto pacienta je tiež častejšie po KPR v nemocnici (okolo 20 % proti 5 – 8 %). U chorých s pokročilým ochorením sa dosiahne obnovenie obehu v 2 – 5 % a prepustenie domov u 1 %. KPR sa nemá začať v prípadoch, keď nie je z lekárskeho hľadiska indikovaná a ak ju pacient platným spôsobom odmietol. V terminálnom stave je pacient, kde sa predpokladá dĺžka dožitia v hodinách až dňoch, nie v týždňoch až mesiacoch. Platný spôsob odmietnutia KPR v Česku je vtedy, ako je písomný s úradne overeným podpisom pacienta alebo ho pacient napíše kedykoľvek v priebehu zdravotnej starostlivosti za prítomnosti zdravotníckeho pracovníka a svedka. Problémom je, že ani v ČR, ani v SR nie sme zvyknutí o „týchto“ veciach s pacientmi hovoriť a pacienti sa skôr boja nedostatočnej ako nadbytočnej zdravotnej starostlivosti. Pred prijatím do hospicovej starostlivosti u pacienta s pokročilým nevyliciteľným ochorením údajne neobstojí podpísanie všeobecného súhlasu, ktorý platí aj na Slovensku, kde nie je vôbec zmienka o KPR. V diskusii k tejto prednáške sme skôr vznášali nezodpovedateľné otázky, čo si bude vyžadovať zrejme samostatnú sekciu na ďalšej česko-slovenskej konferencii paliatívnej medicíny.

Krátkym záverečným príhovorom Kristiny Križanovej a Ladislava Kabelku sa uzavrela dvojďňová konferencia, na ktorej bolo 146 účastníkov, z toho 61 lekárov a 19 sestier zo Slovenska, 60 účastníkov bolo z Českej republiky a 6 ďalších z iných krajín (Veľká Británia, Švajčiarsko, Rakúsko, Španielsko). Konferencia nám priniesla veľké uspokojenie aj veľa nádeje do budúcnosti.

**MUDr. Kristína Križanová**  
Oddelenie paliatívnej medicíny  
a klinickej onkológie, NOÚ  
Klenová 1, 833 10 Bratislava  
kristina.krizanova@nou.sk

