



Názov:

**Gastrointestinálne symptómy
v paliatívnej medicíne**

Autori:

**MUDr. Kristína Križanová
MUDr. Andrea Škripeková, PhD.**

Špecializovaný odbor:

Paliatívna medicína

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Gastrointestinálne symptómy v paliatívnej medicíne

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0175	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Kristína Križanová; MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

nevoľnosť a nauzea, vracanie, nechutenstvo, čkanie, pocit rýchlej sýtosti, chronický subileózný stav, syndróm krátkeho čreva, hnačka, obštipácia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

mg	miligram
d.	deň
p.o.	perorálne
i.v.	intravenózne
s.c.	subkutánne
USG	ultrasonografia
MR	magnetická rezonancia
PS	paliatívna starostlivosť
PM	paliatívna medicína
MPT	mobilný paliatívny tím
DDPS	detská domáca paliatívna starostlivosť

Paliatívna medicína (PM) je medicínsky špecializačný odbor pre lekárov na Slovensku, ktorý sa zaoberá komplexnou lekárskou starostlivosťou o pacientov s chronickými, nevyliciteľnými (ale v určitom období života kauzálne liečiteľnými) ochoreniami. Vzhľadom na komplexnosť ťažkostí pacientov s chronickým onkologickým ochorením sa integruje najčastejšie do ich starostlivosti spolu s kauzálnou protinádorovou liečbou. Paliatívna medicína sa venuje liečbe chronickej nádorovej a nenádorovej bolesti, iných somatických príznakov, ako aj vplyvu chronického nádorového ochorenia na sociálny, psychický a duchovný život pacienta a jeho rodiny.

Paliatívna starostlivosť (PS) je lekárska a ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s progredujúcim, nevyliciteľným ochorením, pre ktoré pacient trpí bolesťami a inými, mnohorakými somatickými ťažkosťami, psychickými, sociálnymi a spirituálnymi problémami. Prioritou PS je liečba týchto príznakov a zlepšenie kvality života. Nevyliciteľné progredujúce ochorenie spôsobuje utrpenie nielen pacientovi, ale aj jeho blízkym a rodine. Preto je centrom starostlivosti nielen pacient, ale aj jeho blízki a rodina a PS sa rozširuje o sociálnu, spirituálnu a psychiatricko-psychologickú dimenziu.

Miestom výkonu paliatívnej starostlivosti je:

- ambulancia paliatívnej medicíny,
- paliatívny tím v nemocnici,
- oddelenie paliatívnej medicíny v nemocnici,
- hospic,
- mobilný paliatívny tím („mobilný hospic“).

Ambulancia paliatívnej medicíny vykonáva PS o ambulantných pacientov spolu s ich blízkymi a rodinou. Úzko spolupracuje s inými špecializovanými ambulanciami a s oddelením

paliatívnej medicíny alebo s hospicom, ako aj s ambulanciami všeobecných lekárov paliatívneho pacienta.

Paliatívny tím v nemocnici navštevuje na požiadanie pacientov na iných oddeleniach nemocnice s cieľom zvládnutia neznesiteľných príznakov nevyliciteľných ochorení.

Oddelenie paliatívnej medicíny je akútne nemocničné oddelenie, ktoré vykonáva PS pacientom s akútnymi a závažnými somatickými a/alebo psychickými príznakmi, najmä s neznesiteľnými bolesťami. Cieľom je zmiernenie príznakov a prepustenie pacienta do ambulantnej starostlivosti alebo jeho odovzdanie do starostlivosti hospicu alebo mobilného paliatívneho tímu.

Hospic je samostatné zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa vykonáva paliatívna starostlivosť o zomierajúcich pacientov.

Mobilný paliatívny tím (mobilný hospic) vykonáva starostlivosť o zomierajúcich pacientov v ich prirodzenom prostredí, doma alebo v domoch sociálnej starostlivosti.

Kompetencie

Lekár paliatívnej medicíny = paliatológ sa zaoberá symptómovou liečbou pacientov s chronickým, spravidla metastatickým onkologickým ochorením v ktorejkoľvek fáze tohto ochorenia, aj v dobe, keď sa pacient lieči kauzálnou protinádorovou liečbou, ale potrebuje aj sprievodnú symptómovú liečbu. Podľa potrieb pacienta konzultuje aj **iných špecialistov, ktorí môžu svojou diagnostikou a terapiou zlepšiť symptómy ochorenia (radioterapeut, rádiológ, neurológ, pneumológ, nefrológ, gastroenterológ, kardiológ, urológ, onko-chirurg, ortopéd, špecialista v invazívnej liečbe bolesti a i.).**

Paliatológ **zohľadňuje vplyv chronického onkologického ochorenia na sociálne, psychologické, duchovné strádania na život pacienta a jeho rodiny.**

Lekár a sestra v paliatívnej starostlivosti **sú nevyhnutnou súčasťou** tejto starostlivosti, ktorú nemožno obísť. Ošetrovateľská starostlivosť sa nezaobíde bez zdravotníckych asistentov a sanitárov.

Multidisciplinárny tím je žiadanou pomocou, ak je ho možné vytvoriť a finančne ohodnotiť a tvorí ho:

- gastroenterológ,
- internista,
- sociálny pracovník,
- psychiater,
- psychológ,
- psychoterapeut,
- duchovní rôznych denominácií,
- rehabilitačný asistent,
- zdravotnícky asistent,

- asistent výživy,
- sanitár,
- asistent výživy,
- koordinátor dobrovoľníkov.

Úvod

Paliatívna medicína sa zaoberá **symptómovou liečbou pri chronických nevyliciteľných ochoreniach. 80 % pacientov v paliatívnej starostlivosti je onkologických** a paliatívne tímy sa vytvárajú v nemocniciach a v onkologických centrách všade vo svete. Paliatívne tímy a oddelenia paliatívnej medicíny v nemocniciach vyhľadávajú a prijímajú do svojej starostlivosti pacientov so závažnými somatickými symptómami. Ich zvládnutie je nevyhnutnou podmienkou **pre ostatné formy paliatívnej starostlivosti: psychologickú, duchovnú a sociálnu starostlivosť o blízky chorého.**

Detská paliatívna starostlivosť je definovaná vlastným štandardom.

Geriatrická paliatívna starostlivosť je definovaná vlastným štandardom.

Prevenencia

Somatické, duchovné, duševné a sociálne utrpenie pri chronickom a napokon život ohrozujúcom ochorení závažne znižuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny. **Paliatívny prístup** by mal byť súčasťou vzdelávania vo všetkých základných špecializačných odboroch, ktoré prichádzajú do styku s chronickými nevyliciteľnými ochoreniami. Pri nezvládnutí tejto problematiky je nutné kontaktovať špecializované pracovisko.

Epidemiológia

Gastrointestinálne príznaky sa vyskytujú pri všetkých nádorových ochoreniach tráviaceho traktu, vrátane nádorov pankreasu. Spôsobujú ich metastázy v hepate, v lymfatických uzlinách mediastína, retroperitonea, peritonea, v radix mezenterii, v mezokolone a mezorekte, karcinomatóza peritonea, samotný nádor v dutine kolonu, žalúdka, pažeráka, prípadne jeho recidíva. **Gastrointestinálne príznaky sa spájajú s prítomnosťou bolesti, stálej alebo krčovitej** spôsobenej prerastaním metastáz do cievnych a nervových štruktúr gastrointestinálneho traktu a retroperitonea. Zhoršujú sa malnutríciou, kachexiou, obštipáciou, vracaním, imobilizáciou.

Gastrointestinálne príznaky sa vyskytujú aj pri nenádorových ochoreniach, venujú sa im najmä internisti a gastroenterológovia. Zatiaľ nie je konsenzus v poskytovaní paliatívnej starostlivosti pri nenádorových ochoreniach, ktoré majú v terminálnych fázach veľmi podobné príznaky ako nádorové ochorenia: malnutricia, kachexia, obštipácia, hnačky, imobilizácia, krvácanie z gastrointestinálneho traktu atď.

Patofyziológia

Chronická nádorová bolesť sa z patofyziologického hľadiska nelíši od nenádorovej bolesti v tom, že vzniká dlhodobým dráždením receptorov pre bolesť (nociceptorov) prítomných

v koži, svaloch, šľachách, kostiach, vo viscerách, na pobrušnici a na pohrudnici a inde alebo prerušením vlákien vedúcich vzruchy do mozgu (bolesť preto delíme na somatickú, viscerálnu a neuropatickú). Od nenádorovej bolesti sa však líši tým, že metastázy malígnych nádorov nerešpektujú pri svojom raste hranice orgánov a orgánových systémov a tým zasahujú svojím rastom aj cievne riečisko na mnohých úrovniach, prerušujú drobné nervy na rôznych miestach, infiltrujú lymfatické cievy. **Chronická nádorová bolesť má preto prakticky vždy zmiešaný charakter somatickej / viscerálnej a neuropatickej bolesti.**

Nauzea, vracanie, obstipácia, iné poruchy pasáže na rôznych úrovniach gastrointestinálneho traktu sú príznakmi nesprávnej funkcie GIT-u, znehodnocujú kvalitu života chronicky chorých pacientov. Podobne to pozorujeme aj u pacientov s nenádorovým postihnutím gastrointestinálneho traktu, pričom bolesti sa vyskytujú zriedkavejšie ako u nádorových ochorení.

Klasifikácia

R06.6 čkanie (singultus)

R11 pocit na vracanie (nauzea) a vracanie (vomitus)

R18 ascites

R19.5 iná porucha stolice

R19.8 iné subjektívne a objektívne príznaky postihnutia tráviacich sústav a brucha, bližšie určené

Klinický obraz

Nauzea a vracanie majú rôzne príčiny. Pri progredujúcom nádorovom postihnutí tráviaceho traktu sú najskôr spôsobené ťahom a prerastaním nervových a cievnych štruktúr v rôznych častiach žalúdka, tenkého a hrubého čreva, na peritoneu.

Nechutenstvo je prakticky vždy spojené s progresiou nádorového ochorenia, niekedy aj protinádorovou liečbou. Nechutenstvo pri nemožnosti protinádorovej liečby je v súčasnosti medicínsky nezvratné. Nechutenstvo spôsobujú aj chronické progredujúce nenádorové ochorenia gastrointestinálneho traktu.

Čkanie je väčšinou spôsobené infiltráciou podbráničných štruktúr a najmä nervov, hepatomegáliou, stázou v žalúdku, čo môže viesť ku nekoordinovanému sťahu bránice. Niekedy je dráždenie n.vagus spôsobené centrálné.

Pocit rýchlej sýtosti spôsobuje hepatomegália, ascites (aj pri nenádorových ochoreniach) infiltrácia alebo útlak pyloru a duodena, chronický subileózny stav.

Chronický subileózny stav sa prejaví najprv akútne kolikovitými bolesťami, nafúknutým bruchom, nevoľnosťou a vracaním, prítomnosťou vysokých tónov pri úsilnej peristaltike, tenezmami, neprítomnosťou stolice a vetrov, niekedy paradoxnou hnačkou. Pri vyčerpaní môže dôjsť až ku paralýze čriev.

Syndróm krátkeho čreva vzniká vtedy, keď sa pri poruchách pasáže gastrointestinálnym traktom indikuje operačný výkon, pri ktorom sa zistí, že nie je možné rekonštruovať priechodnosť čriev a vykoná sa vyvedenie časti tenkého čreva ako ileostómia. Porucha pasáže gastrointestinálnym traktom sa môže vyvinúť. Ak nedôjde ku skráteniu tenkého čreva, pac. trpí najmä vodovými hnačkami a dehydratáciou. Ak dôjde ku skráteniu tenkého čreva a vyvedie sa napríklad jejunostómia, ku stratám tekutín sa pridáva aj malnutícia. Mladí pacienti so syndrómom krátkeho čreva sa veľmi rýchlo adaptujú na neprítomnosť kolonu. Starí a kachektickí pacienti nie. Paliatívna ileostómia sa temer vždy robí bez konzultácie paliatológa, s ktorým by sa prediskutovala možnosť - najmä v terminálnej fáze základného ochorenia - konzervatívnej liečby.

Obstipácia znamená vyprázdňovanie tvrdej stolice spojené s námahou a s nedostatočným pocitom úľavy, stolica býva raz za niekoľko dní. Môže byť príznakom intermitentnej črevnej obštrukcie, poruchy vnútorného prostredia, spôsobená nedostatočným príjmom stravy a tekutín, imobilitou, ascitom, kachexiou.

Hnačka u progredujúceho nádorového ochorenia je skôr príznakom inkontinencie alvi ako skutočnou hnačkou. Môže však byť zapríčinená aj klostrídiovou infekciou a dysmikrobiou. Podobne je to aj pri nenádorových ochoreniach.

Prítomnosť bolesti závisí od priebehu základného ochorenia. Chronická nádorová bolesť je komplexná, má **somatickú, viscerálnu, neuropatickú a zápalovú komponentu v rôznom pomere**. Onkologický pacient môže mať bolesti spôsobené priamo nádorovým ochorením, diagnostickými procedúrami, jeho liečbou (chirurgickou, rádioterapeutickou a komplexnou medikamentóznou protinádorovou). Môže mať nenádorové bolesti z predchorobia, pri rôznych komorbiditách.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Anamnézu a klinický obraz s doplňujúcim otázkami a s **fyzickým vyšetrením** využívame na diagnostiku gastrointestinálnych symptómov a bolesti **u pacienta so známym onkologickým ochorením**. Pohľad špecialistu v paliatívnej medicíne je odlišný od pohľadu špecialistu v klinickej onkológii. Navzájom sa dopĺňajú.

Zhodnotíme aj **hematologické a biochemické vyšetrenia**, ktoré sme indikovali. Zistíme, aké zobrazovacie vyšetrenia sa pacientovi vykonali dosiaľ a či dávajú odpoveď na otázku, čo spôsobuje hlavným dielom pacientove symptómy. Ak si dôvodne myslíme, že je potrebné a pacientov stav to dovoľuje iné **zobrazovacie vyšetrenie**, indikujeme ho.

Liečba

Liečba jednotlivých symptómov závisí od reálnej možnosti zlepšiť stav pacienta aj protinádorovou liečbou, napr. operáciou, rádioterapiou alebo chemoterapiou. Kým sa o tejto možnosti rozhodne, je nutná na zlepšenie celkového stavu pacienta, zmiernenie jeho ťažkostí a prípravu na zvládnutie indikovanej protinádorovej liečby. Progredujúca kachexia, inoperabilita, niekoľko línii protinádorovej chemoterapie s progresiou ochorenia, výkonnosť (WHO) 3 - 4 je kontraindikáciou ku cielenej protinádorovej liečbe, aj keby si ju pacient prial.

U nenádorových ochorení s gastrointestinálnymi príznakmi, ktoré sa vracajú čoraz častejšie a vyžadujú si liečbu na akútnom oddelení by bolo vhodné tiež konzultovať paliatológa o vhodnosti život zachraňujúcich výkonov. Zatiaľ pre tento postup neexistuje interdisciplinárny konsenzus.

Nauzea a vracanie. Ak nie je možnosť odstrániť vyvolávajúcu príčinu je indikovaná antiemetická liečba. V prípade črevnej obštrukcie nepoužívame prokinetiká, ale haloperidol v nízkych dávkach (0,5 - 1,5 mg), spazmolytikum podľa potreby (butylskopolamín 60 - 120 mg/d.), antiemetický a antiedematózny efekt malej dávky dexametazónu, pri metabolických poruchách a neuropatickej bolesti je vhodný levomepromazín (12,5 - 25 - 50 - 75 mg/d.) Anxiolytiká sú tiež vhodné.

Nechutenstvo býva sprievodným znakom pokročilého a zhoršujúceho sa nádorového aj nenádorového ochorenia alebo zlyhávania orgánových systémov. Jeho vplyv na celkový stav pacienta možno zmierniť úpravou stravovania: podávať menšie porcie pre pacienta chutného jedla, nedbať na ich „zdravé“ zloženie, uprednostňovať kašovitú a tekutú jedlá s menším množstvom balastných látok, podávať malé množstvá studených tekutín podľa výberu pacienta. Doplňky výživy treba využívať rozumne, veľmi chorým pacientom niekedy nechutia.

Čkanie liečime v prípade jeho pretrvávania 24 - 48 hod. a subjektívnych ťažkostí. Podávame malé dávky haloperidolu pravidelne a 8 h., 2-násobnú dávku pred spaním, prípadne baclofen 5 - 20 mg každých 8 hod., levomepromazín 6 - 12 mg pred spaním, chlorpromazín sa neodporúča. Možný je aj nifedipín 5 - 20 mg každých 8 hod. (pozor na hypotenziu).

Pocit rýchlej sýtosti zvládame podobne ako nechutenstvo, odstraňujeme odstrániteľné príčiny (ascites), podávame metoklopramid alebo domperidon.

Chronický subileózný a ileózný stav liečime podľa vyvolávajúcej príčiny. Pri kŕčovitých bolestiach podávame butylskopolamín, pri stabilných bolestiach morfín s.c., i.v. kontinuálne prenosnou pumpou alebo fentanyl v náplasti, proti vracaniu haloperidol alebo levomepromazín. Subileózne príznaky môžeme zmierniť intermitentným podávaním dexametazónu. Pri dilatácii tenkočrevných kľučiek je indikovaný oktreotid ako liek voľby proti kŕčovitým bolestiam a zníženiu sekrécie tekutín do čreva. Ide o indikáciu off label, s dokázaným efektom. Pri obštrukcii tenkého čreva a vracaní fekulentného obsahu môže pomôcť nazogastrická sonda, zavádzaná prípadne intermitentne. U pacienta v lepšom výkonnostnom stave možno zaviesť perkutánnu endoskopickú gastrostomiu na odvádzanie tenkočrevného obsahu (vypúšťací PEG).

Syndróm krátkeho čreva liečime podľa symptómov: úpravou vnútorného prostredia, hydratáciou i.v. alebo s.c.. Výrazné skrátenie resorpčnej plochy vedie ku veľkým poruchám vnútorného prostredia a je indikáciou na zváženie totálnej parenterálnej výživy a hydratácie, aj domácej.

Obstipácia pri podávaní opioidov vzniká vždy a zhoršuje sa so zhoršujúcou výkonnosťou pacienta, s progredujúcou kachexiou. Ak sa vylúči ileus ako príčina, sú indikované zmäkčujúce

(osmotické) a stimulačné laxatíva. Podľa nálezu per rectum možno dávať opakovane glycerínové čapíky, aj niekoľko za sebou. Na zmäkčenie stolice sa dobre tolerujú roztoky s nevstrebateľným magnéziom sulfátom (prírodné alebo prášok rozpustený vo vode), laktulóza spôsobuje niekedy meteorizmus, oboje si vyžaduje dostatočný perorálny prívod tekutín. Stimulačné laxatívum je bisacodyl a pikosulfát, možno využiť ich rôzne formy. Efekt dosiahneme, ak má pacient mäkkú formovanú stolicu raz za 3 dni, bez bolestí. Niekedy je potrebné vyprázdniť rektosigmum malou klyzmou glycerínu s teplou vodou (50 - 100 ml).

Pri nenádorových ochoreniach, ktoré nie sú sprevádzané hnačkou z povahy ochorenia, pozorujeme tiež obštipáciu. Platia pre ňu postupy ako je uvedené vyššie.

Hnačka sa lieči podľa vyvolávajúcej príčiny. Môže byť dôvodom podávania p.o metronidazolu a diosmektitu aj v paliatívnej medicíne. Pri hnačke z obtekania pri chronickej zápche postupujeme diagnosticky a liečebne tak, aby sme zápchu odstránili.

Prognóza

Prognóza gastrointestinálnych príznakov pri progredujúcom nádorovom ochorení je zväčša nepriaznivá, vzhľadom na to, že súvisí s metastatickým ochorením, ktoré je principiálne nevyliciteľné (vyliečiť možno cca 5 % pacientov). U pacientov s nenádorovým ochorením a výraznými gastrointestinálnymi príznakmi môže ísť tiež o terminálne ochorenie.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Gastrointestinálne symptómy pri progredujúcom nádorovom ochorení **sa neposudzujú ako samostatná nozologická jednotka**. Posudková činnosť sa týka práceschopnosti a práceschopnosť závisí od typu práce, ktorú pacient/ka s metastatickým onkologickým ochorením vykonáva.

Pri revíznej lekárskej činnosti sa taktiež hodnotí základné chronické onkologické ochorenie, nie samostatne gastrointestinálne príznaky.

Pracovná zdravotná služba sa gastrointestinálnymi príznakmi pri progredujúcom nádorovom ochorení nezaobrá.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Klinický onkológ, onko-chirurg, rádioterapeut a gastroenterológ sú špecialisti zameraní na odstránenie odstrániteľných príčin gastrointestinálnych symptómov pri metastatickom nádorovom ochorení.

Liečbou gastrointestinálnych symptómov u pacientov s nevyliciteľným a/alebo progredujúcim nádorovým ochorením sa **zaoberajú paliatológovia - špecialisti v paliatívnej medicíne** ako primárni poskytovatelia komplexnej paliatívnej starostlivosti. Paliatológovia sú konzultantami pre všeobecných lekárov, ktorí by mali mať základné vedomosti o paliatívnom prístupe, sú konzultantami pre klinických onkológov, rádioterapeutov a onko-chirurgov, ako aj iných odborníkov, ktorí majú pacientov s chronickými nevyliciteľnými ochoreniami, hlavne geriatrov, neurológov a psychiatrov.

Ďalšie odporúčania

Ambulancie paliatívnej medicíny a mobilné paliatívne tímy (mobilné hospice) je potrebné vytvárať v každom okrese na celom Slovensku.

Paliatívny tím (lekár a sestra) a/alebo posteľ pri geriatrickom, internom, onkologickom, neurologickom, pediatrickom oddelení alebo oddelenie paliatívnej medicíny v nemocniciach 2. a 3. typu budú postupne nevyhnutnosťou. Ich úlohou bude komplexná liečba a starostlivosť o symptomatických pacientov s chronickým onkologickým ochorením, o pacientov s demenciou, s chronickými neurologickými degeneratívnymi ochoreniami, ak spôsobujú neznesiteľné príznaky, o pacientov pri ukončovaní chronického intermitentného dialyzačného programu, o pacientov v chronickom vegetatívnom stave a o iných pacientov, ak to bude vyžadovať ich zdravotný stav.

Oddelenia dlhodobo chorých by sa mali potom venovať len rehabilitácii pacientov s prechodným zhoršením zdravotného stavu, ktoré im bráni plne fungovať v domácej starostlivosti.

Prechod medzi jednotlivými oddeleniami akútnej a dlhodobej starostlivosti sa musí dohodnúť medzi primármi týchto oddelení vzhľadom na to, že treba nájsť pre pacienta primeranú starostlivosť v ďalšom priebehu jeho života.

Pacienti a ich rodiny si na Slovensku musia platiť plne alebo vysoko doplácať sociálnu starostlivosť (opatrovanie a domáce práce súvisiace s pacientom).

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Paliatívna medicína / starostlivosť je interdisciplinárny odbor. V slovenskom zdravotníctve t. č. (2021) nie je zabezpečená kontinuita zdravotnej starostlivosti, ktorá by bola prevenciou opakovaných hospitalizácií chronicky chorých pacientov a najmä chronicky chorých a starých pacientov. Návštevná služba všeobecných lekárov funguje nedostatočne, tlak na znižovanie preskripcie liekov u všeobecných lekárov vedie ku zhoršovaniu stavu chronicky chorých, nedostatok všeobecne vzdelaných a skúsených internistov v úlohe primárov interných oddelení a kliník vedie ku špecializácii najmä kliník na parciálnu problematiku a ku zhoršovaniu starostlivosti o chronicky chorých.

Nedostatok lekárov v strednom veku, nedostatok mladých lekárov a ich nedostatočné odborné vedenie vedie ku nesprávnej zdravotnej starostlivosti. Tlak na krátku dobu akútnej hospitalizácie vedie ku predčasnému prepusteniu pacienta s nedodiagnostikovanými a neliečenými ochoreniami. Bludný kruh sa uzavrie u všeobecného lekára, ktorý každého pacienta so zhoršením stavu pošle do nemocnice.

Chronicky chorí pacienti majú mať kontinuálnu starostlivosť. Špecialisti majú zmluvy so zdravotnými poisťovňami na určitý počet ošetrovaných chorých a viac ich neošetrí, preto sú čakacie doby dlhé. **GeriatRIA živorí** pre zhoršovanie podmienok pre ambulatných špecialistov, ktorí pracujú hlavne svojou hlavou a nemajú vysoko platené inštrumentálne

výkony. **Podobne je to aj s vnútorným lekárstvom. Pediater, internista a geriater sú syntetickí odborníci, ktorí sú schopní vzhľadom na svoje široké vzdelanie dať do poriadku chronickú medikáciu multimorbídnych pacientov, sú schopní ich sledovať a sledovať zmeny terapie a môžu účinne odbremeniť nemocnice, ak by ich status bol primeraný ich vzdelaniu.**

Paliatívna medicína / starostlivosť podobne syntetizuje starostlivosť o pacienta a jeho blízkych, ktorí čelia chronickému, život ohrozujúcemu onkologickému ochoreniu alebo iným život ohrozujúcim ochoreniam. Je potrebný informovaný súhlas pacienta a jeho rodiny s odporúčaným liečebným postupom.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Tento štandard treba revidovať každé tri roky od jeho vydania.

Literatúra

1. Internal Medicine Issues in Palliative Cancer Care. Editors: Hui D, Bruera E. Oxford University Press 2014.
2. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 5th Edition. Editors: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK a Currow DC. Oxford University Press 2015.
3. Paliativní medicína pro praxi. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. a iní. Galén 2011.
4. www.palliativedrugs.com

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva