

VESTNÍK



**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

Osobitné vydanie

Dňa 15. decembra 2025

Ročník 73

OBSAH:

**Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov
a štandardných terapeutických postupov**

Obsah

| Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov | | |
|---|--|---------------|
| Číslo ŠP | Názov štandardu | Strana |
| 0317 | Syndróm diabetickej nohy/ ochorenie nohy súvisiace s diabetes mellitus - odporúčania pre prevenciu, diagnostiku a liečbu | 4 |
| 0318 | Hypofosfatázia - štandardný diagnostický a terapeutický postup | 31 |
| 0146R2 | Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu - 2. revízia | 42 |
| 0284R1 | Chirurgická liečba katarakty - 1. revízia | 69 |
| 0319 | Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so závažnou psychickou poruchou v zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti | 88 |
| 0310 | Štandardný operačný postup pre realizáciu ochranných liečení (OL) | 139 |
| 0320 | Komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov - štandardný diagnostický a terapeutický postup | 167 |
| 0234R2 | Komplexný manažment pacienta so Sjögrenovým syndrómom - 2. revízia štandardný diagnostický a terapeutický postup | 195 |
| 0321 | Manažment pacienta s chronickým kašľom štandardný diagnostický a terapeutický postup | 225 |

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:

Syndróm diabetickej nohy/ ochorenie nohy súvisiace s diabetes mellitus - odporúčania pre prevenciu, diagnostiku a liečbu

Autorský kolektív:

MUDr. Ivar Vacula, PhD.

doc. MUDr. Mária Rašiová, PhD.

doc. MUDr. Viera Doničová, PhD. MBA

Špecializačný odbor:

Angiológia

Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy

Recenzenti:

doc. MUDr. Denisa Čelovská, PhD.; MUDr. Daniel Kolény; MUDr. Miroslav Širila (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Pánková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Súhlasné stanoviská: Slovenská diabetologická spoločnosť (SDS), Slovenská angiologická spoločnosť (SAS), Slovenská chirurgická spoločnosť (SCHS), Slovenská spoločnosť pre cievnú chirurgiu (SSCCH), Slovenská podologická spoločnosť

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garants projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisia MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0317 | 9. október 2025 | schválený | 1. november 2025 |

Kľúčové slová

Syndróm diabetickej nohy, ochorenie nohy súvisiace s diabetes mellitus, diabetická polyneuropatia, Charcotova neuro-osteopatia, syndróm kritickej ischémie, amputácia.

Zoznam skratiek

| | |
|---------------|--|
| ABI | členkovo-ramenného indexu |
| ADP | arteria dorsalis pedis |
| ATB | antibiotikum |
| ATP | arteria tibialis posterior |
| DM | diabetes mellitus |
| IWGDF | International Working Group on the Diabetic Foot |
| PAO DK | periférne artériové ochorenie dolných končatín |
| TBI | palcovo-ramenný index |

1. Úvod

Hlavným cieľom dokumentu je prispieť k vybudovaniu štruktúrovaného systému identifikácie pacientov s rizikom vzniku syndrómu diabetickej nohy, ktorý umožní včasnú intervenciu a zníženie výskytu závažných komplikácií. Starostlivosť o týchto pacientov je jednou z prioritných tém Slovenskej diabetologickej spoločnosti (SDS), Slovenskej angiologickej spoločnosti (SAS), Slovenskej chirurgickej spoločnosti (SCHS), Slovenskej spoločnosti pre cievnu chirurgiu (SSCCH), ktoré spoločnou multiodborovou spoluprácou chcú participovať na prevencii a liečbe tohto ochorenia. Cieľom tohto dokumentu je štandardizácia liečby a interdisciplinárnej spolupráce v oblasti prevencie a liečby pacientov so syndrómom diabetickej nohy, a tým zníženie počtu amputácií, zlepšenie kvality života pacientov a ich príbuzných, zníženie nákladov na pacienta a odbremenenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Dokument bol vnútorne oponovaný vo výboroch Slovenskej angiologickej spoločnosti a Slovenskej diabetologickej spoločnosti a v oboch jednohlasne schválený ako spoločný návrh pre Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.

Dokument otvorene podporili výbory Slovenskej chirurgickej spoločnosti a Slovenskej spoločnosti pre cievnu chirurgiu. Podporné stanovisko poskytla aj Slovenská podologická spoločnosť.

Plán pre zlepšenie starostlivosti o pacientov so syndrómom diabetickej nohy/ochorením nohy súvisiacim s diabetom mellitus:

1. V prevencii: definovať kroky na včasný záchyt pacientov s rizikom vzniku syndrómu diabetickej nohy a vytvorenie tímov lekárov na úrovni krajov, ktorí budú účinne spolupracovať s podológmi* v prevencii vzniku syndrómu diabetickej nohy.
2. V liečbe: koncentrovať pozornosť v postgraduálnom vzdelávaní chirurgov, cievnych chirurgov, diabetológov, angiológov a ortopédov na možnosti a techniky odľahčenia. Vytvoriť tímy (môžu sa odlišovať od preventívnych, ale môžu sa aj prekrývať) na úrovni krajov so zapojením lôžkových chirurgických, cievnych chirurgických a angiologických pracovísk (oddelení a stacionárov) s jasným rozdelením kompetencií podľa aktuálnych možností jednotlivých krajov. Sústrediť pozornosť na spoluprácu s ortopedickými technikmi a podológmi v systéme edukácie odľahčenia diabetickej nohy. V jednotlivých krajoch zabezpečiť nadväznosť preventívnych tímov na tímy terapeutické (chirurgické, angiologické endovaskulárne, cievne chirurgické výkony).
3. Rozšíriť preskripčné obmedzenia na snímateľné ortézy a špeciálnu obuv pre lekárov pracujúcich v špecializačných odboroch diabetológia, angiológia, chirurgia, cievna chirurgia.

*text pracuje vo všetkých častiach s predpokladom skorého začlenenia podológov medzi zdravotnícke povolania.

2. Definícia syndrómu diabetickej nohy/ochorenia nohy súvisiaceho s diabetom mellitus a základné pojmy

Syndróm diabetickej nohy je definovaný ako infekcia, ulcerácia alebo deštrukcia tkaniva nohy u osoby s diabetom mellitus (DM), ktorá je spojená s neuropatiou a/alebo periférnym artériovým ochorením

dolných končatín (PAO DK) (1). Je najčastejším dôvodom amputácií dolných končatín, invalidizácie pacienta, zaťaženia rodinných príslušníkov, zdravotníkov a zdravotného systému (2). Termín syndróm diabetickej nohy je postupne nahrádzaný širším termínom ochorenie nohy súvisiace s diabetom. Tento pojem zahŕňa jednu alebo viac z charakteristík, ku ktorým patrí prítomnosť periférnej neuropatie, PAO DK, infekcie, ulcerácie, Charcotovej neuro-osteopatie, gangrény alebo amputácie na nohe pacienta s DM. Novšie pomenovanie zatiaľ nie je všeobecne zaužívané a akceptované, preto je prijateľné používať oba výrazy (3).

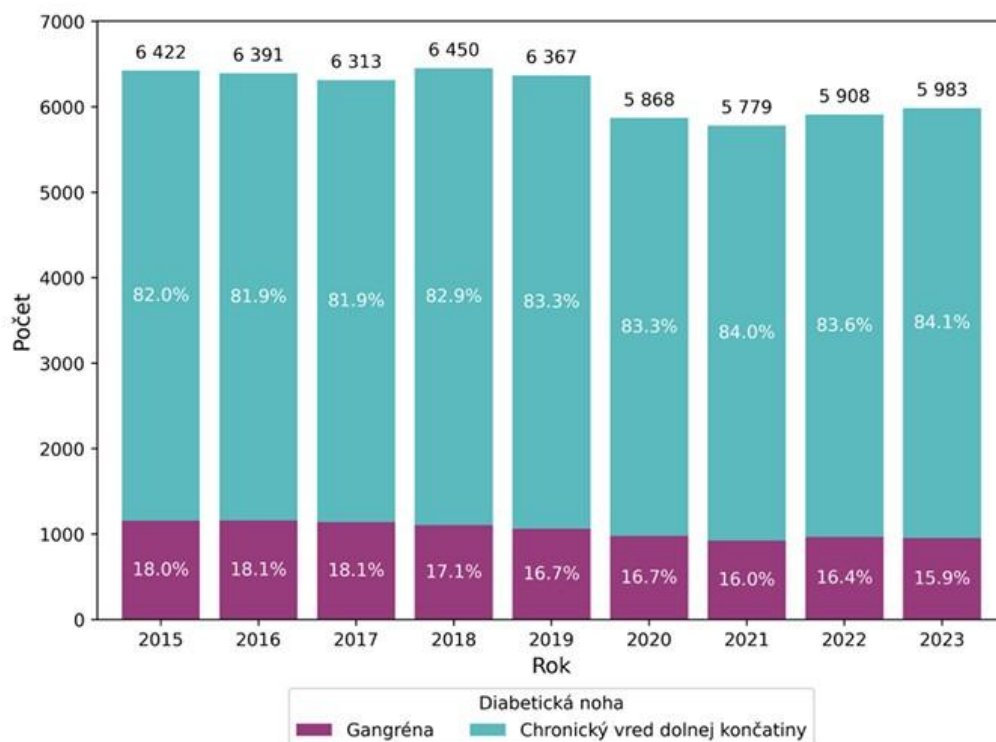
Definícia pojmov súvisiacich s ochoreniami nôh u pacientov s DM používaných v texte:

- **Ulcerácia/ulkus na nohe:** porušenie kože minimálne do epidermis a čiastočne do dermis.
- **Povrchová ulcerácia/ulkus:** nezasahuje hlbšie ako do dermis.
- **Hlboká ulcerácia/ulkus:** preniká do subkutánných štruktúr, ako sú fascie, svaly, šľachy alebo kosti a prejavuje sa abscesom, tendosynovitídou, septickou artritídou, ostitídou (infekcia kosti bez postihnutia kostnej drene) a osteomyelitídou.
- **Vysoká amputácia:** amputácia dolnej končatiny proximálne od členka.
- **Nízka amputácia:** amputácia dolnej končatiny v mieste členka alebo distálnejšie.
- **Odl'ahčenie:** odstránenie mechanického stresu (tlaku) z určitej oblasti nohy.
- **Podológ:** nelekársky pracovník, absolvent zdravotníckeho odboru Podológie.

3. Epidemiológia a prognóza syndrómu diabetickej nohy/ochorenia nôh súvisiaceho s diabetom mellitus

DM zvyšuje riziko vzniku ulcerácií na nohách, ktoré ak sa neliečia, progredujú do infekcie mäkkých tkanív, gangrény a vedú k strate končatiny. Riziko amputácií dolných končatín u pacientov s DM je v porovnaní s nediabetickou populáciou 15 – 40-násobne vyššie. Celoživotné riziko vzniku ulkusov na nohe u pacientov s DM je 19 % – 34 %. Odhaduje sa, že 50 % ulcerácií je spojených s infekciou, 20 % vyžaduje hospitalizáciu a 15 – 20 % končí amputáciou. V 85 % prípadoch amputáciám predchádzajú ulcerácie, ktoré sú potenciálne liečiteľné. Prevalencia ulkusov a amputácií dolných končatín súvisiacich s DM sa zvyšuje a to najmä medzi mladými ľuďmi. Po zhojení ulcerácie je rekurencia ulcerácie v priebehu prvého roka okolo 20 % a 5-ročné riziko rekurencie sa pohybuje v rozmedzí 50 – 70 % (4,5,6).

Celková mortalita pacientov so syndrómom diabetickej nohy je vysoká, pričom 5-ročná mortalita dosahuje viac ako 50 %. Po nízkych amputáciách je 5-ročná mortalita 54 – 79 %, po vysokých amputáciách 53 – 92 % a príčinami sú hlavne pridružené kardiovaskulárne ochorenia (6). Aktuálnosť problému v podmienkach Slovenskej republiky dokumentuje stagnácia výskytu syndrómu diabetickej nohy (obrázok č. 1).

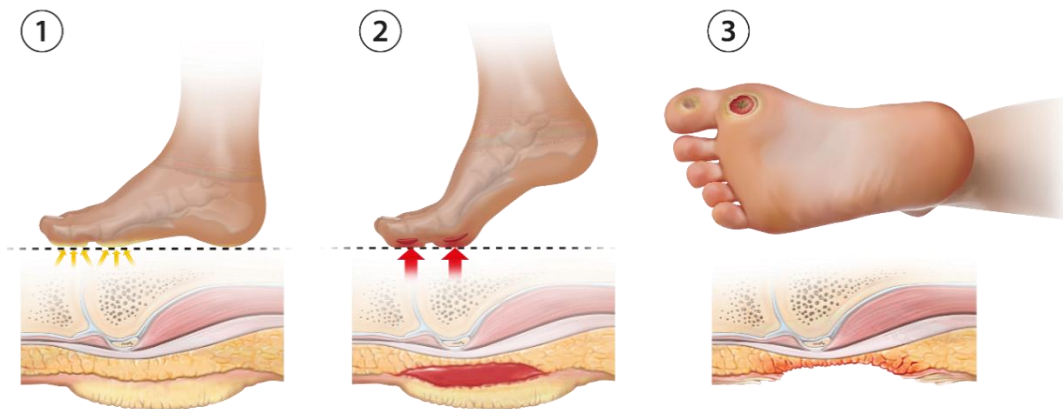


Obrázok č. 1: Vývoj počtu pacientov so syndrómom diabetickej nohy (prevz. zo stránky MZ SR) (7)

4. Patofyziológia a klinický obraz syndrómu diabetickej nohy/ochorenia nohy súvisiaceho s diabetom mellitus

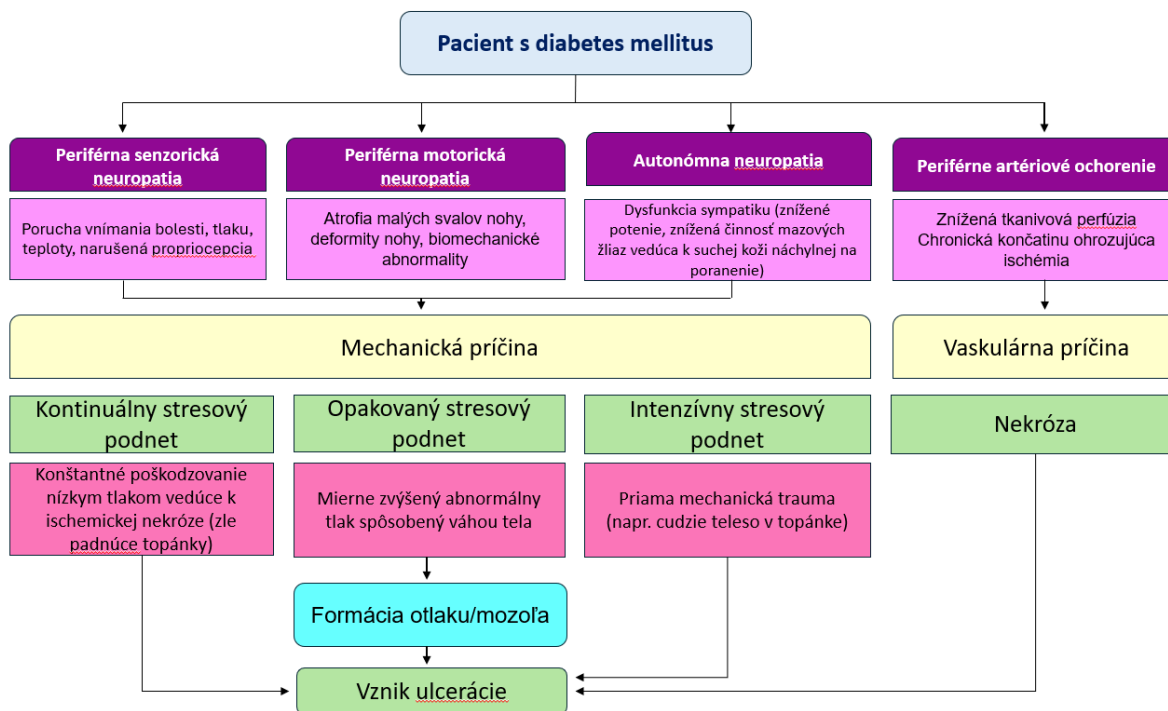
Základná etiológia ulkusov u pacientov s DM sa klasifikuje do troch typov: neuropatická (35 %), ischemická (15 %) a zmiešaná neuroischemická (50 %) (6). Hlavnými patogenetickými faktormi vzniku sú senzorická, motorická, autonómna neuropatia a PAO DK. Zníženie mobility kĺbov (diabetická osteoartropatia) a infekcia ďalej prispievajú k sťaženému hojeniu a progresii ochorenia (6). Vonkajšími spúšťacími faktormi sú často poškodenia nôh nesprávnou obuvou, vlastnou váhou, popáleniny, drobné úrazy napr. pri pedikúre, dekubity medzi prstami pri prekryvaní sa prstov, ragády, panarícia a mykotické infekcie.

Senzorická neuropatia vedie k strate propiocepcie, čo znamená citlivosti na bolesť a teplotu (spoločne nazývané strata protektívnej citlivosti – teda pacienti nemusia cítiť malú obuv, cudzie teleso v topánke, horúci piesok na pláži), čo predisponuje k nerozpoznannej menšej traume. Preulcerózne lézie alebo menšie ulcerácie zostávajú nevšimnuté, opakovane sa traumatizujú, čo vedie k tvorbe a zväčšovaniu ulkusov a k oneskorenej diagnóze. **Motorická neuropatia** spôsobuje úbytok svalov, ktorý má tendenciu prednostne postihovať extenzory. Výsledná nerovnováha flexorov a extenzorov vedie k deformáciám nôh (trvalá plantárna flexia so zvýšenou pozdĺžnou klenbou, kladivkové prsty) a k abnormálnemu rozloženiu plantárneho tlaku. Dôsledkom **autonómnej neuropatie** je zníženie produkcie potu a kožného mazu, čo má za následok suchú kožu s rýchlou tvorbou hyperkeratóz a ragád. Môže byť prítomná aj hyperhidróza spôsobujúca maceráciu kože. Noha s autonómnu neuropatiou je autsympatektomovaná, preto je zdanlivo dobre prekrvená. Autonómna neuropatia je príčinou arteriovenózných skratov a tým kapilárnej ischemie, neuropatických edémov, vzostupu kožnej teploty, mediokalcinózy a vzostupu krvného tlaku na kapilárnej úrovni. Neuropatia a glykácia spojivového tkaniva spôsobuje osteoartropatiu, ktorá je príčinou zníženej pohyblivosti šliach a kĺbov a tiež sa podieľa na vzniku deformácií. Neuropatické ulcerácie sa nachádzajú na plante v mieste pozdĺžnej a priečnej klenby. Typicky sú to bezbolestné, okrúhle rany s vyvýšenými macerovanými alebo podmínovanými okrajmi a hrubým okolitým mozolovitým tkanivom. Schematický vznik neuropatického ulkusu znázorňuje obrázok č. 2.



Obrázok č. 2: Schematický vznik neuropatického ulkusu. Pod hyperkeratózou (mozol'om) následkom opakovaného zaťaženia vlastnou váhou dochádza ku krvácaniu, nekróze a ulcerácií (5)

Periférne artériové ochorenie dolných končatín, prejav diabetickej makroangiopatie, je pre infrapopliteálnu lokalizáciu a neuropatiu často klinicky nemé a jeho prvou manifestáciou môže byť vznik ulkusu. Je významným rizikovým faktorom oneskoreného hojenia rán, infekcie a amputácie. V porovnaní s populáciou bez DM vzniká skôr, vyskytuje sa častejšie, symptómy často nie sú prítomné (klaudikácie sú neprítomné alebo atypické), progresia je rýchlejšia a riziko amputácie je vyššie. Typicky postihuje krurálne a pedálne artérie a ateroskleroticky sú postihnuté aj kolaterálne artérie. Často nie sú prítomné typické znaky PAO DK, teplota kože nôh môže byť normálna alebo zvýšená pre súčasnú prítomnosť infekcie a arteriovenózných skratov. Typickým miestom ischemických ulcerácií sú akrálne časti nohy a to prsty, medziprstové priestory, päta a laterálna časť nohy. Ischemické ulcerácie sú často nepravidelného tvaru s nekrotickým základom. Patofyziológia vzniku ulkusov u pacientov s DM je znázornená na obrázku č. 3.



Obrázok č. 3: Patofyziológia vzniku ulcerácií u pacienta s diabetom mellitus (5)

Infekcia je najčastejším dôvodom amputácie. Pribeh infekcie je zhoršený ischémiou pre nedostatočnú dodávku kyslíka a nutričov do tkanív a insuficientnú tkanivovú penetráciu antibiotickej (ATB) liečby. Zápalová odpoveď zvyšuje tlak v kompartmentoch nohy a ak tlak v kompartmentoch prevyší kapilárny tlak, dochádza k nekróze tkaniva. Infekcia sa šíri proximálne pozdĺž šliach z oblastí s vyšším tlakom do nízkotlakových oblastí. Oblasti na nohe s najvyšším rizikom ulcerácií sú znázornené na obrázku č. 4.



Obrázok č. 4: Oblasti nohy s najvyšším rizikom ulcerácií

4.1. Charcotova neuro-osteartropatia

Ide o zápalové deštruktívne ochorenie najčastejšie nohy a členka u pacienta s periférnou neuropatiou, ktorého výsledkom je poškodenie kostí, kĺbov a mäkkých tkanív. U pacientov s DM sa vyskytuje s prevalenciou približne 0,3 %. Trauma nohy alebo členka (často nepocitovaná) vedie k akútnej zápalovej odpovedi, prevahe proinflatórných cytokínov nad antiinflatórnymi, proliferácii a diferenciacii prekursorov osteoklastov do osteoklastov a k nadmernej resorpcii kosti. Tento zápalový proces spolu s mechanickými silami pri chôdzi vedie k oslabeniu ligamentov, dislokácii kĺbov a/alebo fraktúram kostí nohy/členka a k porušeniu architektúry nohy (8).

Charcotova neuro-osteartropatia môže byť aktívna, charakterizovaná unilaterálnym opuchom, začervenaním, zateplením, plochou nohou pre rozpad klenby nohy a kostnými abnormalitami. Chronická Charcotova neuro-osteartropatia je charakterizovaná neprítomnosťou znakov zápalu. Po rôzne dlhom pokojovom období hrozí reaktivácia procesu (8).

4.2. Akútny syndróm diabetickej nohy

Pojem akútny zdôrazňuje urgenciu terapeutického postupu na odvrátenie amputácie, pričom sú rozlišované 3 formy akútneho syndrómu diabetickej nohy:

- Rýchlo progredujúca infekcia, pri ktorej je rozhodujúca urgentná liečba infekcie s posúdením revaskularizácie (ak to dovoľí klinický stav pacienta do 48 hodín).
- Vážna ischémia s rýchlou progresiou postihnutia tkanív, pričom rozhodujúca je skorá vaskulárna diagnostika a urgentná revaskularizácia.
- Aktívna Charcotova neuro-osteartropatia, pri ktorej je rozhodujúce vysoké a dlhodobé odľahčenie nohy (3,9).

V prípade podozrenia na akútny syndróm diabetickej nohy je správne indikovať ihneď hospitalizáciu s dostupnosťou tímu venujúcemu sa syndrómu diabetickej nohy.

5. Prevencia syndrómu diabetickej nohy

5.1. Organizácia prevencie syndrómu diabetickej nohy

V prevencii rozvoja syndrómu diabetickej nohy v Slovenskej republike je nutné vytvoriť rutinný postup opakovaného vyšetrenia pacientov s DM s určením rizika syndrómu diabetickej nohy, s písomným a elektronickým záznamom o International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) kategórii, zázname prítomnosti/absencii straty protektívnej citlivosti a PAO DK. Kľúčové postavenie v takomto systéme má mať ošetrojúci diabetológ a v nadväznosti naň optimálne podológ. V oblasti edukácie a starostlivosti o preulcerácie, hyperkeratózy, otlaky, onychomykózu má byť u všetkých pacientov v kategórii IWGDF 1 a vyššie realizované pravidelné ošetrovanie nôh na podologickom pracovisku. Toto ošetrovanie nenahrádza lekárske vyšetrenie a zhodnotenie prítomnosti straty protektívnej citlivosti a PAO DK, ale je dôležitou súčasťou systému starostlivosti o pacienta s rizikom rozvoja syndrómu diabetickej nohy. Podológ okrem ošetrovania a edukácie pacienta podáva spätnú väzbu ošetrovateľovi v podobe včasného zachytu rizikových pacientov, napomáha včasnej liečbe infekcie, čiastočne pomáha v odľahčení nohy (pedobarografickým vyšetrením, vyvložkovaním vhodnej obuvi u pacientov).


Frekvencie ošetrovania podológom závisia od viacerých faktorov, avšak u pacienta v kategórii 1 navrhujeme minimálne raz za 6 mesiacov, v kategórii 2 raz za 3 mesiace, v kategórii 3 odporúčame vyšetrenie v mesačných intervaloch (výnimočne aj častejšie). Frekvenciu vyšetrení pacienta so zameraním na diabetickú nohu znázorňuje tabuľka č. 1.

V celej organizácii starostlivosti a edukácii má nezastupiteľné miesto sestra na diabetologickej, angiologickej a cievnej chirurgickej ambulancii. Mnohé diagnostické výkony ale aj edukačnú činnosť

je pri nedostatku lekárov možné presunúť na skúsenú a vzdelanú sestru a to predovšetkým u pacientov bez plne rozvinutého syndrómu diabetickej nohy (bez porušenia kožného krytu, prítomnosti infekcie,

akútneho syndrómu diabetickej nohy). Pacient s diagnostikovaným PAO DK je pravidelne dispenzarizovaný u angiológa alebo cievneho chirurga.

Tabuľka č. 1: Kategórie pacientov a frekvencia sledovania pacientov na základe vyšetrenia pacienta (5)

|  Skríning a sledovanie rizika syndrómu diabetickej nohy a aktívnych komplikácií syndrómu diabetickej nohy (podľa IWGDF) | | | | |
|---|-------------------|---|--|-------------|
| Kategória | Riziko ulcerácie | Charakteristika | Odporúčaná frekvencia vyšetrení | Prevalencia |
| 0 | Veľmi nízke | Bez dôkazu straty protektívnej citlivosti a PAO DK | V ročných intervaloch | 78,6 % |
| 1 | Nízke | Strata protektívnej citlivosti alebo PAO DK | 6 – 12 mesiacov | 14,2 % |
| 2 | Stredné | Sú prítomné ≥ 2 faktory z: strata protektívnej citlivosti PAO DK deformita nohy | Každých 3 – 6 mesiacov | 4,3 % |
| 3 | Vysoké | Remisia: namnėza ulcerácie, amputácie (malá/veľká), alebo terminálne ochorenie obličiek | Každé 1 – 3 mesiace | 1,8 % |
| Aktívna patológia | Aktívna ulcerácia | Aktívny ulkus, Charcotova neuro-osteartropatia, infekcia s/bez PAO DK | Urgentné poukázanie k špecialistovi/multidisciplinárny tím | 1,4 % |

Zdroj: IWGDF: International Working Group on the Diabetic Foot

Nevyhnutnou súčasťou „preventívneho tímu“ pod vedením diabetológa má byť ortopedický technik. Najväčšie rezervy v oblasti prevencie vnímame v absencii správneho odľahčenia nohy. Je potrebné rozšíriť preskripčné obmedzenia na snímateľné ortézy (okrem odborov ortopédia a úrazová chirurgia) aj na odbory angiológia, diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy, chirurgia a cievna chirurgia. Ďalšie vzdelávanie najmä v oblasti nesnímateľných ortéz a vyvločkovania obuvi by mali byť v centre pozornosti odborných spoločností všetkých spomínaných odborov. V Slovenskej republike takmer absentuje systém odľahčenia nadväzujúci na objektívne merania pomocou plantografie alebo pedobarografie. Ich zavedenie do systému centier pre syndróm diabetickej nohy a cievnych stacionárov je nevyhnutné pre objektívne vyšetrenie pacienta pred každým predpisom individuálnej ortézy.

V rámci primárnej prevencie sa odporúča vyšetřovať nohy (vrátane vyšetřenia na stratu protektívnej citlivosti a neinvasívne vyšetřenia vaskulárneho stavu) a obuv každého pacient s DM raz ročne. V systéme prevencie spolupracujú internista, diabetológ, podológ, ortopedický technik, angiológ a/alebo cievny chirurg. Tieto odbornosti by mali v jednotlivých krajoch úzko spolupracovať v preventívnych tímoch (nie nevyhnutne na jednom mieste, ale navzájom sa poznajú). Koordinácia týchto tímov podlieha krajským odborníkom MZ SR.

Kompetencie členov preventívneho tímu v nasledujúcom prehľade:

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy: identifikuje rizikového pacienta, vyšetřuje fyzikálne pacienta vrátane pulzácií, ABI, realizuje vyšetřenia na potvrdenie LOPS, odosiela pacienta k ďalším členom tímu, kontroluje výsledky konzilií, edukuje pacienta, dohliada na kompenzáciu diabetu, kontroluje obuv pacienta, môže ošetriť preulceratívne lézie do miery, do akej má na to technické vybavenie, realizuje plantografické resp. pedobarografické vyšetřenie a optimálne: aj predpisuje vhodné odľahčujúce pomôcky, identifikuje infekciu, meria teplotu kože.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo: v podmienkach SR začína liečbu diabetu často internista. V prípade, že pacienta neodosiela diabetológovi a manažuje liečbu samostatne, má v primodiagnostike pacienta s rizikom rozvoja syndrómu diabetickej nohy rovnaké kompetencie ako diabetológ.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore angiológia / Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore cievna chirurgia: podrobne hodnotí stav cievneho systému, realizuje ABI/TBI, DUS, indikuje CT AG/MRI, realizuje vyšetrenia na potvrdenie LOPS (ak nebolo potvrdené/vyšetrené diabetológom), edukuje pacienta, dohliada na terapiu ostatných rizikových faktorov aterosklerózy, môže ošetriť preulceratívne lézie do miery, do akej má na to technické vybavenie, realizuje plantografické resp. pedobarografické vyšetrenie a optimálne: aj predpisuje vhodné odľahčujúce pomôcky, identifikuje infekciu, meria teplotu kože. (pozn.: duplicitné vyšetrenia sa nerealizujú, ak sa klinický stav pacienta nezmenil, alebo neuplynul časový interval definovaný v štandardných postupoch)

Sestra: asistencia pri všetkých diagnostických výkonoch, edukácia pacienta a rodinných príbuzných.

Podológ: pravidelné ošetrovanie preulceratívnych lézií, edukácia pacienta, základné postupy v odľahčení (vločky), edukácia pacienta.

Ortopedický technik: zhotovuje všetky predpísané individuálne pomôcky na odľahčenie.

Fyzioterapeut: môže byť súčasťou tímu v prípade potreby cielených cvičení v snahe zmeniť biomechaniku nohy – súčasť odľahčenia a v podpore kondície arteriálneho systému, pri terapii edému.

5.2. Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie

V anamnéze sú dôležité údaje o fajčení, predchádzajúcich revaskularizáciách, ulceráciách, amputáciách, vzniku ulcerácie (spontánny/traumatický), trvaní ulcerácie, neuropatických symptómoch (pozitívne: páľivá, ostrá bolesť; negatívne: necitlivosť nohy/pocit mŕtvej nohy), vaskulárnych symptómoch (typické/atypické klaudikácie v lýtku, priehlavku alebo prstoch, pokojová bolesť, nehojaci sa ulkus), iných komorbiditách (kardiálne ochorenia, systémové ochorenie spojiva, liečba glukokortikoidmi), alebo komplikáciách DM (renálne: dialýza, transplantácia obličiek; očné: poruchy videnia).

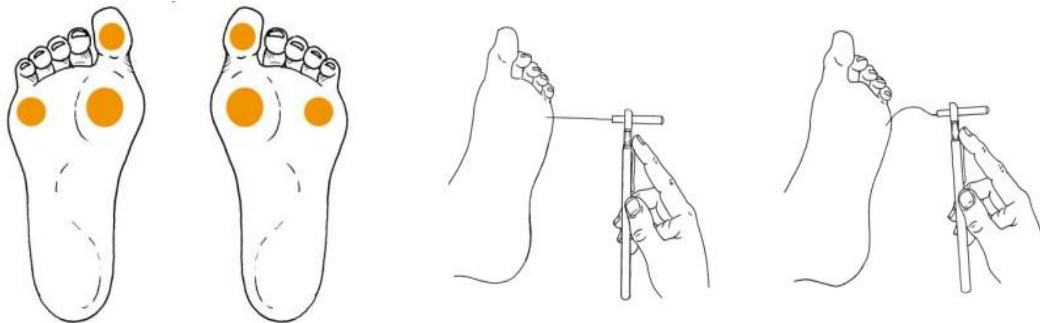
V diabetologickej ambulancii sa sleduje obezita pacienta (predstavuje mechanickú záťaž na nohu a nemožnosť adekvátnej hygieny a kontroly nôh), kožné zmeny na nohe (farba kože, hrúbka, suchosť, ragády, potenie, hyperkeratózy, otlaky, ulcerácie, edémy, teplota, prítomnosť mykotického kožného a nechťového ochorenia, interdigitálnej macerácie), muskuloskeletálne zmeny (kladivkové prsty, vbočené prsty, prekrývajúce sa prsty, prominujúce hlavičky metatarzov na plante, konvexná plantárna deformita nohy) a pohyblivosť kĺbov. Stranový rozdiel teploty nad 0,5 °C môže znamenať infekciu alebo Charcotovu neuro-osteopatiu (10). V priebehu vyšetrenia sa zisťuje stupeň znalostí pacienta o starostlivosti o nohu a o výber správnej obuvi a ponožiek. V prípade kožných a muskuloskeletálnych zmien by pacient mal byť poukázaný na podologické vyšetrenie/ ošetrovanie, pri ktorom sa odstránia hyperkeratózy, ošetrí nechty, podľa potreby sa realizuje pedobarografické vyšetrenie a navrhne odľahčenie. Nadväznosť podologického ošetrovania na predpis špeciálnej obuvi, resp. na predpis pomôcky alebo vložiek a spolupráca lekárov s príslušným preskripčným povolením s ortopedickým technikom sú jednou z najdôležitejších súčastí zdravotnej starostlivosti. Pri každej návšteve sa u fajčiarov zdôrazňuje nutnosť nefajčenia.

5.3. Vyšetrenie straty protektívnej citlivosti nohy

Základný skrining na stratu protektívnej citlivosti sa realizuje v dobe diagnózy DM 2. typu a po 5 rokoch od diagnózy DM 1. typu v ročných intervaloch. Ukončí sa pri potvrdení straty protektívnej citlivosti, pretože tento proces je nevratný. Dôkaz straty protektívnej citlivosti znamená, že pacient má zvýšené riziko vzniku neuropatického ulkusu (10). Stratu protektívnej citlivosti vyšetruje spravidla ošetrojúci diabetológ, avšak mali by ju vedieť zhodnotiť všetci lekári venujúci sa týmto pacientom.

Základný skrining sa skladá z vyšetrenia 10-g monofilamentom a z jedného z ďalších nenáročných klinických testov (vyšetrenie vibrácií ladičkou alebo biothesiometrom, reflexu Achillovej šľachy, citlivosti bolesti). Elektromyografické vyšetrenie nie je nutné, iba ak v diferenciálnej diagnostike pri podozrení na inú etiológiu kombinovanej neuropatie.

Vyšetrenie **taktilnej citlivosti** sa realizuje Semmes-Weinsteinovym 10-g monofilamentom, ktoré sa iniciálne prikladá na ruku/predlaktie pacienta (aby vedel, aký vnem má očakávať). Testuje sa na 3 rôznych miestach oboch nôh, pričom sa vyberá oblasť bez ulcerácie, hyperkeratózy alebo jazvy (obrázok 5). Monofilamentom sa zatlačí po dobu približne 2 sekúnd. Pacient lekárovi oznámi či dotyk cíti a kde je dotyk lokalizovaný. Tlak monofilamentom sa opakuje dvakrát na tom istom mieste a strieda sa s jednou otázkou, pri ktorej tlak monofilamentom nie je aplikovaný. Taktilná citivosť na danom mieste je zachovaná, ak pacient správne odpovie na dve z troch otázok. Strata taktilnej citlivosti na danom mieste znamená, že pacient nesprávne odpovie na dve z troch otázok (3). Jednoduchší test je založený na tlaku monofilamentom na plantu nohy v miestach 1., 3., 5. metatarzálnej hlavičky a na plantárnu časť palca; za poruchu protektívnej citlivosti sa považuje ak pacient necíti aspoň 1 bod (10). Taktilná citivosť sa dá odhadnúť aj testom dotyku (Ipswich touch test: ľahký dotyk 1. 3. a 5. prsta oboch nôh pri zavretých očiach pacienta) pričom strata protektívnej citlivosti je potvrdená pri nevnímaní viac ako 2 miest dotyku) (11).




Obrázok č. 5: Vyšetrenie taktilnej citlivosti 10-g monofilamentom (9)

Hlboká vibračná citivosť sa vyšetruje 128 Hz ladičkou, alebo biothesiometrom. Pred vyšetrením sa ladička/biothesiometer priloží na predlaktie (aby pacient vedel aký vnem očakávať). Rozvibrovaná ladička sa prikladá na dorzum palca a ak chýba, na 2. prst nohy. Test sa opakuje dvakrát, prestrieda sa s jedným „slepým“ testom bez použitia ladičky (pri zavretých očiach pacienta). Ak sú 2 z troch odpovedí nesprávne, test svedčí pre stratu vibračnej citlivosti. Ak sa vibračná citivosť testuje biothesiometrom, stratu vibračnej citlivosti predstavuje hodnota vibračného prahu vyššia ako 25 V. Pri periférnej neuropatii typicky dochádza najprv k strate vibračnej citlivosti a až následne k strate taktilnej citlivosti (10). **Diskriminačná porucha citlivosti** sa vyšetruje pomocou odlíšenia teplého a studeného predmetu

a odlíšenia ostrého a tupého vnemu. Autonómna neuropatia sa určuje semikvantitátnym náplast'ovým testom vyšetrenia sudomotorickej funkcie s chromogénnym činidlom meniacim farbu v prítomnosti potu. Stanovenie kategórie straty protektívnej citlivosti sa uvedie v diagnostickom závere. Vyšetrenie nohy na prítomnosť periférnej neuropatie je uvedené v tabuľke č. 2.

Tabuľka č. 2

|  Vyšetrenie nôh na prítomnosť periférnej neuropatie (10) | | | |
|--|-------------------------------|--|---|
| Test | Nástroj | Vyšetrenie | Výsledok pri patológii |
| Vyšetrenie monofilamentom | 10-g monofilamentum | Dotyk na plantu nohy v miestach 1, 3, 5 metatarzálnej hlavičky a na plantárnu časť palca | Necíti aspoň 1 bod |
| Vibračná citlivosť | Ladička 128 Hz Biothesiometer | Palec (dorzálna časť) | Necíti, alebo oneskorená odpoveď, pri biothesiometri vibračný prah > 25 V |
| Citlivosť bolesti | Ostrý hrot, pinprick | Palec (plantárna časť) | Necíti pichnutie |
| Reflex Achillovej šľachy | Reflexné kladívko | Reflex Achillovej šľachy | Vymiznutý, alebo znížený reflex |

5.4. Vyšetrenie periférneho artériového ochorenia dolných končatín

Dobрым prognostickým znakom pri vyšetrení pacienta sú hmatateľné periférne pulzácie nad arteria dorsalis pedis (ADP) a arteria tibialis posterior (ATP) v oblasti členka a nohy. Prítomnosť PAO DK sa hodnotí neinvazívne meraním členkovo-ramenného indexu (ABI) na oboch dolných končatinách. ABI (norma 1,00 - 1,39; hodnoty 0,9 - 1,0 sú považované za hraničné) je pomer tlaku krvi v oblasti členka (meraný ADP alebo ATP, vyberie sa **vyššia** hodnota nameraná na nohe) a tlaku na brachiálnej artérii (merané na oboch horných končatinách, vyberie sa vyššia hodnota). Automatické oscilometrické meranie ABI, ktoré je súčasťou práce mnohých všeobecných lekárov je u pacientov s DM zaťažené vysokým počtom falošne pozitívnych a falošne negatívnych nálezov, preto sa odporúča uprednostniť dopplerovské ručné meranie ABI. Nekompresibilné artérie (mediokalcinóza s $ABI \geq 1,4$), často sa vyskytujúca u pacientov s DM, je príčinou nielen vysokých, ale aj falošne normálnych hodnôt ABI, preto je optimálne súčasne určiť aj palcovo-ramenný index (TBI) (mediokalcinóza digitálnych artérií sa vyskytuje zriedka) (11).

PAO DK je veľmi málo pravdepodobné, ak je súčasne $ABI 0,9 - 1,39$; $TBI \geq 0,70$; je detekovaná bi- trifázická pedálna dopplerovská krivka (možné aj tužkovým dopplerom s displejom) a transkutánná tenzia kyslíka > 50 mmHg (4).

Vyšetrenie ABI/TBI v rámci skríningu PAO DK by mal vykonávať diabetológ (prípadne všeobecný lekár), avšak z kapacitných dôvodov rešpektujeme po vzájomnej dohode realizáciu vyšetrenia cievnyim špecialistom (angiológ/cievny chirurg). Diagnóza PAO DK spolu s hodnotami ABI na oboch dolných končatinách (RABI a LABI) sa uvádza v diagnostickom závere.

Pacienti s hodnotami $ABI < 0,9$ a $TBI < 0,70$ svedčiacimi pre PAO DK majú riziko vzniku ischemického ulkusu a mali by byť sledovaní cievnyim špecialistom. Skoré angiologické/cievne chirurgické vyšetrenie potrebuje každý pacient s členkovým tlakom < 50 mmHg, $ABI < 0,5$, prstovým tlakom < 30 mmHg a/alebo transkutánnym parciálnym tlakom kyslíka < 25 mmHg.

U asymptomatického pacienta s normálnymi hodnotami ABI/TBI nie je nutné vyšetrenie dolných končatín triplexnou ultrasonografiou (US). US vyšetrenie je však základným zobrazovacím vyšetrením u pacientov s nízkymi hodnotami ABI/TBI, pri vaskulárnych symptómoch pacienta (klaudikácie typické/ netypické/ ischemická akrálna pokojová bolesť) a pri ulkuse (urgentné vyšetrenie angiológom/cievnyim chirurgom do 48 hodín). Taktiež sa odporúča pri diferenciálnej diagnostike

nových ťažkostí pacienta a tiež raz ročne u pacienta s vysokým rizikom rozvoja syndrómu diabetickej nohy (IWGDF kategória 3).

Ďalšie vyšetrenia (CT angiografické vyšetrenie u obéznych pacientov a suponovanej patológie v panvovom riečisku, MR-angiografické vyšetrenie) indikuje cievny špecialista. Výťažnosť CT-angiografického a MR-angiografického vyšetrenia je pri krurálnom artériovom postihnutí limitovaná. Intraartérová digitálna subtrakčná angiografia sa pre diagnostiku PAO DK nepoužíva. Je indikovaná, ak okrem presnej diagnostiky je plánovaná súčasne endovaskulárna liečba.

5.5. Vyšetrenie biomechaniky

Medzi základné parametre hodnotenia patrí zhodnotenie dĺžky a obvodov končatín, horizontály panvy, rozsahu pohyblivosti kĺbov, atramentového otlaku chodidla (plantogramu) a stereotypu chôdze. Plantogram sa nahrádza statickým a dynamickým počítačovým pedobarografickým vyšetrením, ktoré poskytuje presnejšie informácie o zaťažení chodidla. Senzory pre meranie tlaku umožňujú snímať a analyzovať rozloženie tlakov na chodidle nohy v stoji (statický test) a v priebehu chôdze (dynamický test). Analyzuje sa rozloženie tlaku medzi ľavou a pravou DK a medzi prednožím a päťovou časťou každej končatiny. Vyvinuté sú aj tenzometrické stielky, ktoré čiastočne umožňujú zhodnotiť vhodnosť konkrétnej obuvi. Pedobarografické vyšetrenie by malo byť realizované podológom, alebo ortopedickým technikom, je možná jeho realizácia v rámci cievnych stacionárov, oddelení/kliník poskytujúcich liečbu pacientov so syndrómom diabetickej nohy. Výsledky pedobarografie sú dôležité pre výber správnej techniky odľahčenia a jeho realizáciu – úprava obuvi, výroba ortopedických vložiek, prípadne ortéz a vyšetrenie je odôvodnené len vtedy, ak priamo naň nadväzuje predpis špecifickej pomôcky alebo jej výroba, či výkon, ktorý vedie k odľahčeniu nohy.

6. Pacient s diabetickým ulkusom na nohe

6.1. Organizácia starostlivosti o pacienta s rozvinutým syndrómom diabetickej nohy

Časovo náročné vyšetrenie pacienta s diabetickým ulkusom je možné realizovať v ambulanciách alebo stacionároch venujúcich sa pacientom s diabetickou nohou a to diabetológom a/alebo angiológom, alebo chirurgom so špecifickým zameraním na syndróm diabetickej nohy alebo cievny chirurgom. Súčasťou tímu je podológ (súčasná starostlivosť o preulceratívne lézie napríklad na kontralaterálnej končatine), ortopedický technik (odľahčenie) a sestry. V tejto fáze je možná potreba konzultácie s ortopédom, infektológom.

System starostlivosti o pacientov so syndrómom diabetickej nohy má obsahovať špecializované ambulancie pre syndróm diabetickej nohy a cievne stacionáre (v legislatívnom procese). Tieto ambulancie a stacionáre by mali byť medzičlánkom v starostlivosti o pacientov, ktorí nevyžadujú urgentne hospitalizáciu a kde je nádej na zhojenie ulkusu v ambulantných podmienkach. Okrem debridementu rany, je v nich možné parenterálne podanie antibiotík pod dozorom, edukácia pacienta, správne určenie a použitie odľahčenia (vrátane objektívnej diagnostiky – plantografie resp.

pedobarografie), starostlivosť o pacientov po endovaskulárnych výkonoch a v nadväznosti na ukončenie hospitalizácie pre syndróm diabetickej nohy.

Pacienti, ktorí sú základným vyšetrením indikovaní na hospitalizáciu (závažnosť infekcie, nutnosť revaskularizácie), sú hospitalizovaní na chirurgických alebo cievnochirurgických, či angiologických oddeleniach nemocníc, kde je štandardom možnosť endovaskulárnej a zároveň cievnej chirurgickej

revaskularizácie. Pri všetkých invazívnych výkonoch a definovaných zásahoch do integrity pacienta je v zmysle právnych predpisov súčasťou starostlivosti predchádzajúci informovaný súhlas pacienta.

Nadväznosť preventívnych tímov na tímy intervenčné (chirurgické, cievnochirurgické, endovaskulárne výkony) je zabezpečená v jednotlivých krajoch akceptáciou medziodborových (všetky vyššie spomenuté odborné spoločnosti) písomne zadokumentovaných postupov. To umožňuje rýchlu a jasne definovanú cestu pacienta so syndrómom diabetickej nohy v mieste jeho bydliska.

Kompetencie členov liečebných tímov v prehľade:

Diabetológ: Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore **diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy:** identifikuje pacienta s rozvinutým syndrómom diabetickej nohy, vyšetruje fyzikálne pacienta vrátane pulzácií, ABI, realizuje vyšetrenia na potvrdenie LOPS, odosiela pacienta k ďalším členom tímu alebo na hospitalizáciu, kontroluje výsledky konzílií, edukuje pacienta, dohliada na kompenzáciu diabetu, kontroluje obuv pacienta, môže ošetriť ranu takej miery, do akej má na to technické vybavenie a prípadné školenie (pripravovaná certifikovaná pracovná činnosť (CPC) – „liečenie rán“), realizuje plantografické resp. pedobarografické vyšetrenie a optimálne: aj predpisuje vhodné odľahčujúce pomôcky, identifikuje infekciu, meria teplotu kože, lieči miernejšie formy infekcie, identifikuje pacienta s rozvojom osteoartropatie, syndrómom akútnej diabetickej nohy.

Internista: Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore **vnútorné lekárstvo:** v prípade prvého kontaktu s pacientom s rozvinutým syndrómom diabetickej nohy edukuje pacienta, posudzuje potrebu hospitalizácie, odosiela pacienta na urgentné posúdenie závažnosti ischémie a infekcie k ďalším členom tímu.

Angiológ/Cievny chirurg: Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore **angiológia** / Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore **cievna chirurgia:** podrobne hodnotí stav cievneho systému, realizuje ABI/TBI, DUS, indikuje CT AG/MRI, realizuje vyšetrenia na potvrdenie LOPS (ak nebolo potvrdené/vyšetrené diabetológom), edukuje pacienta, dohliada na terapiu ostatných rizikových faktorov aterosklerózy, môže ošetriť a v prípade cievneho chirurga spravidla ošetruje odborne rany, realizuje plantografické resp. pedobarografické vyšetrenie a optimálne: aj predpisuje vhodné odľahčujúce pomôcky, identifikuje infekciu a miernejšie formy infekcie lieči v ambulancii, pri závažnejších formách v podmienkach hospitalizácie. Meria teplotu kože. Realizuje intervenčné revaskularizačné výkony na cievnom – arteriálnom systéme (v prípade cievneho chirurga aj operačné revaskularizačné výkony). Dohliada na hojenie rany počas celej doby liečenia a aj po jej zhojení.

Chirurg: Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore **chirurgia:** ošetruje ranu, realizuje debridment, vlhkú terapiu, podtlakovú terapiu, amputácie, lieči v spolupráci s infektológom ťažšie formy infekcie v podmienkach hospitalizácie, identifikuje pacienta s potrebou odľahčenia, predpisuje pomôcky na odľahčenie, je súčasťou tímu najmä pri nedostupnosti cievneho chirurga a pri potrebe chirurgických zákrokov súvisiacich s liečbou samotnej rany.

Intervenčný rádiológ: Lekár s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti **intervenčná rádiológia:** je súčasťou tímu v regiónoch, kde intervenčné revaskularizačné výkony realizuje intervenčný rádiológ a nie intervenčný angiológ alebo cievny chirurg. Realizuje perkutánne revaskularizačné výkony.

Sestra: asistencia pri všetkých diagnostických a terapeutických výkonoch, edukácia pacienta a rodinných príbuzných.

Podológ: pravidelné ošetrovanie preulceratívnych lézií (ak sú prítomné napríklad na kontralaterálnej končatine alebo na inom mieste na nohe a neboli ošetrené chirurgom/cievnym chirurgom), edukácia pacienta, základné postupy v odľahčení (vločky), edukácia pacienta.


Ortopedický technik: zhotovuje všetky predpísané individuálne pomôcky na odľahčenie.

Fyzioterapeut: môže byť súčasťou tímu v prípade potreby cieľných cvičení v snahe zmeniť biomechaniku nohy – súčasť odľahčenia a v podpore kondície arteriálneho systému a to aj po revaskularizačnom zákroku, pri terapii edému.

6.2. Klasifikácia diabetickej nohy/ochorenia nohy súvisiaceho s diabetom mellitus

V súlade s odporúčaniami International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF), European Society for Vascular Surgery, Society for Vascular Surgery sa u pacientov s diabeticou nohou a PAO DK má zväžiť používanie Wound/Ischaemia/foot Infection (WIFI) klasifikácie (Tabuľka č. 3) (4). WIFI klasifikácia, hoci nezahŕňa neuropatiu/stratu protektívnej citlivosti, je široko používaná pre schopnosť predikcie hojenia a amputácie a tým určenia smerovania terapie.

Tabuľka č. 3

|  WIFI klasifikácia syndrómu diabetickej nohy s odhadom rizika amputácie v priebehu 1 roka a odhadu pravdepodobnosti prínosu revaskularizácie (5,12) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|------|------|---|------|------|------|----------------------------|---|------|------|-------------------|------|------|------|--|
| Wound (W) | | | | | | | | | Foot infection (fI) | | | | | | | | |
| Stupeň | Ulcerácia | | | | Gangréna | | | | Stupeň | | | | | | | | |
| 0 | Žiadna | | | | Neprítomná | | | | 0 | Neprítomné symptómy a znaky infekcie | | | | | | | |
| 1 | Povrchová, malá | | | | Neprítomná | | | | 1 | Mierna: Lokálny opuch alebo indurácia Erytém 0,5 – 2,0 cm okolo rany Lokálna citlivosť alebo bolestivosť Lokálne zvýšenie teploty Purulentný výtok | | | | | | | |
| 2 | Hlbšia s exponovanou kosťou, kĺbom alebo šľachou | | | | Limitovaná na prsty | | | | 2 | Stredne závažná: Erytém > 2 cm okolo rany Prechádzajúca do podkožných tkanív (absces, osteomyelitída, fasciitída, septická artritída) Bez znakov systémovej zápalovej odpovede | | | | | | | |
| 3 | Rozsiahle, hlboké zahŕňajúce prednú časť nohy a/alebo strednú časť nohy s/bez postihnutia pätovej kosti | | | | Extenzívna s postihnutím prednej a/alebo strednej časti nohy Nekróza päty v plnej hrúbke s/bez postihnutia pätovej kosti | | | | 3 | Infekcia ako uvedená vyššie a ≥ 2 znakov systémovej zápalovej odpovede: Teplota > 38 °C alebo < 36 °C Srdcová frekvencia > 90/min Frekvencia dýchania > 20/min alebo PaCO ₂ < 32 mmHg Počet Leu > 12000 alebo < 4000 mm ³ alebo 10 % nezrelých foriem | | | | | | | |
| Ischémia (I) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stupeň | ABI Členkový tlak | | | | Palcový tlak alebo TBI/TcPO2 | | | | | | | | | | | | |
| 0 | ≥ 0,80 > 100 mmHg | | | | > 60 mmHg | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 0,60 – 0,79 70 – 100 mmHg | | | | 40 – 59 mmHg | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0,40 – 0,59 50 – 69 mmHg | | | | 30 – 39 mmHg | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ≤ 0,39 < 50 mmHg | | | | < 30 mmHg | | | | | | | | | | | | |
| Odhad rizika amputácie v priebehu 1 roka na základe WIFI klasifikácie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ischémia-0 | | | | Ischémia-1 | | | | Ischémia-2 | | | | Ischémia-3 | | | | |
| W-0 | VN | VN | N | S | VN | N | S | V | N | N | S | V | N | S | S | V | |
| W-1 | VN | VN | N | S | VN | N | S | V | N | S | V | V | S | S | V | V | |
| W-2 | N | N | S | V | S | S | V | V | S | V | V | V | V | V | V | V | |
| W-3 | S | S | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | |
| | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | |
| Odhad pravdepodobnosti prínosu revaskularizácie (za predpokladu iniciálnej kontroly infekcie na základe WIFI klasifikácie) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ischémia-0 | | | | Ischémia-1 | | | | Ischémia-2 | | | | Ischémia-3 | | | | |
| W-0 | VN | VN | VN | VN | VN | N | N | S | N | N | S | S | S | V | V | V | |
| W-1 | VN | VN | VN | VN | N | S | S | S | S | V | V | V | V | V | V | V | |
| W-2 | VN | VN | VN | VN | S | S | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | |
| W-3 | VN | VN | VN | VN | S | S | S | V | V | V | V | V | V | V | V | V | |
| | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | fI-0 | fI-1 | fI-2 | fI-3 | |

VN = veľmi nízke = klinický stupeň 1

N = nízke = klinický stupeň 2

S = stredné = klinický stupeň 3

V = vysoké = klinický stupeň 4

6.3. Diagnostika a liečba pacienta s diabetickým ulkusom na nohe

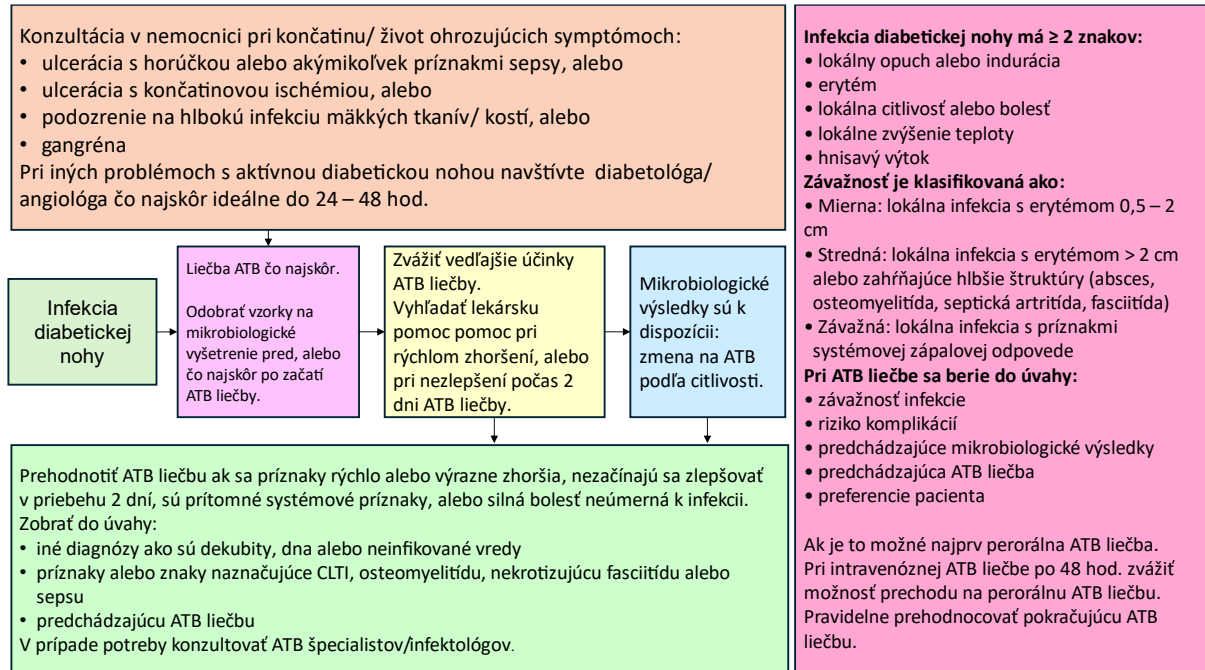
Anamnestické a fyzikálne vyšetrenie je podobné ako u pacientov s rizikom diabetickej nohy. Je potrebné diagnostikovať/liečiť infekciu, potvrdiť/vylúčiť PAO DK a zvážiť optimálny postup/výber revaskularizácie, odľahčiť končatinu a v prípade potreby konzultovať s chirurgom prípadne ďalšími odborníkmi.

6.3.1. Diagnostika a liečba infekcie

Diagnostika infekcie sa opiera o klinické zhodnotenie znakov infekcie a výsledkov laboratórnych, kultivačných a zobrazovacích vyšetrení. Pre neuropatiu, PAO DK a imunodeficienciu často nie sú prítomné typické znaky infekcie, prípadne sú miernejšie, čo sťažuje jej včasné rozpoznanie. Lokálne znaky zahŕňajú opuch, začervenanie, zvýšenú teplotu postihnutej oblasti, hnisanie a znaky flegmóny. Horúčka, zvýšená sedimentácia erytrocytov, leukocytóza, zvýšený C-reaktívny proteín (CRP lepšie koreluje so závažnosťou infekcie ako prokalcitonín) nemusia byť výrazne vyjadrené a aj malé zvýšenie zápalových markerov, mierna hyperglykémia či subfebrilita môžu naznačovať prítomnosť závažnej infekcie. Na diagnostiku osteomyelitídy sa používa „probe-to-bone“ test, pri ktorom sa skúma, či je možné sondou cez ranu dosiahnuť kosť. Pre mikrobiologické vyšetrenie sa odoberajú vzorky z rany alebo postihnutej tkaniva po debridemente, a to kyretážou alebo biopsiou tkaniva (nie z povrchu rany). Falošne pozitívne výsledky môžu byť spôsobené povrchovou kolonizáciou rany a naopak falošne negatívne výsledky môžu byť dôsledkom nekvalitného odberu vzorky alebo nesprávnej techniky, najmä pri steroch z povrchových rán, ktoré nemusia odrážať mikrobiálnu flóru v hlbších tkanivách. Počas resekcie kosti sa na mikrobiologické vyšetrenie odporúča použiť nielen vzorku resekovanej kosti, mäkkého tkaniva, ale aj materiál z kostnej biopsie z ponechaného pahýľa resekovanej kosti. Nezastupiteľnú úlohu pri správnom odbere materiálu má chirurg, ktorý ranu ošetruje (ostrý debridement).

Pri podozrení na hlbokú infekciu mäkkých tkanív/ osteomyelitídy sa ako iníciaľný diagnostický nástroj používa röntgenové (RTG) vyšetrenie. K charakteristickým znakom osteomyelitídy patria strata kostného kortexu, kostná erózia, kortikálna ruptúra, demineralizácia, sekvestrácia, periostálna apozícia. Ďalším znakom je skleróza, zahustenie kostnej štruktúry v mieste infekcie. Pri vysokom podozrení na osteomyelitídu a iníciaľne negatívnom RTG náleze sa RTG vyšetrenie zopakuje o 4 - 6 týždňov. V nejasných prípadoch je možné doplniť MRI vyšetrenie, scintigrafické metódy, ako leukocytárny scan a SPECT CT. Prítomnosť plynu v mäkkých tkanivách svedčí pre anaeróbnú infekciu. Postup pri infekcii diabetickej nohy je znázornený na obrázku č. 6.

Obrázok č. 6: Schematický postup pri infekcii diabetickej nohy



Empirická ATB liečba závisí od stupňa infekcie a trvania ulkusu, má viacero modifikácií a konkrétna ATB skupina nie je určená. Po 3-dňovej empirickej ATB liečbe sa zhodnotí efekt terapie a ďalšia ATB liečba sa upraví na cieľnú podľa výsledkov kultivačného vyšetrenia. Vždy je potrebné zvažovať možnosť hlbšej infekcie a/alebo osteomyelitídy a nohu odľahčiť.

Ak infekcia trvá kratšie ako 4 týždne, je liečba infekcie cieľná na methicilín-senzitívny *Staphylococcus aureus* a streptokoky. Ak pacient nedávno užíval ATB alebo bol pre ulkus hospitalizovaný, zvyšuje sa podozrenie na prítomnosť iných baktérií. Pri chronickej infekcii trvajúcej ≥ 4 týždne je liečba cieľná aj proti anaeróbnym baktériám a enterobaktériám.

Liečba stredne závažnej, závažnej alebo rozsiahlej infekcie je realizovaná počas hospitalizácie a okrem debridementu sa posudzuje potreba invazívnejšieho chirurgického zákroku, akým je napr. odstránenie infikovanej kosti, uvoľnenie tlaku v príslušnom kompartmente a drenáže, pričom ATB liečba je parenterálna a často v dvojkombinácii. Po 5 - 7 dňoch parenterálnej ATB liečby sa pri zlepšení klinického stavu a zápalových ukazovateľov môže prejsť na perorálnu ATB terapiu v domácom prostredí s lokálnym ošetrovaním rany v ambulanciách a stacionároch pre pacientov so syndrómom diabetickej nohy. Pri limitovanej osteomyelitíde v prednej časti nohy sa posudzuje benefit konzervatívnej liečby vs. primárnej amputácie/resekcie kosti. Pri potvrdení ischémie je urgentne indikovaná revaskularizácia.

Pri krátko trvajúcej miernej infekcii ulkusu je empirickou ATB liečbou prvej voľby cefalexin alebo clindamycin; linezolid v prípadoch nedávnej infekcie meticilín-rezistentným *Staphylococcus aureus* (MRSA) alebo MRSA kolonizácie (neodporúčajú sa fluorochinolóny, tetracyklíny a trimetoprim-sulfametoxazol).

Pri chronickej miernej infekcii alebo stredne závažnej infekcii sa odporúča amoxicilín-klavulát a pri alergii na penicilín ceftriaxon+metronidazol. V prípadoch nedávnej MRSA infekcie alebo známej MRSA kolonizácie sa zväži linezolid, doxycyklín alebo trimetoprim-sulfametoxazol (podľa National

Institute for Health and Care Excellence trimetoprim-sulfametoxazol pri diabetickej nohe patrí momentálne k off-label liečbe) (13).

Pri závažnej infekcii (bez sepsy, alebo septického šoku) sa odporúča intravenózne podaný amoxicilín-klavulát, pri alergii na penicín intravenózne ceftriaxon+metronidazol. V prípadoch nedávnej MRSA infekcie alebo známej MRSA kolonizácie sa pridá vancomycín, alebo daptomycín alebo teicoplanín alebo linezolid; a pri infekcii spôsobenej *Pseudomonas aeruginosa* piperacilín/tazobactam.

Pri infekcii spôsobujúcej sepsu sa odporúča piperacilín/ tazobactam+glycopeptid (vankomycín, teicoplanín) alebo linezolid a pri septickom šoku sa pridá amikacín. Pri nezávažnej alergii na penicilín sa odporúča cefepim+metronidazol+glycopeptid (vankomycín, teicoplanín, daptomycín) alebo linezolid, pri septickom šoku sa pridá amikacín. Karbapenémy (meropeném, imipeném) sa odporúčajú len v prípadoch potvrdenia Enterobaktérií produkujúcich rozšírené spektrum beta-laktamáz. Zmeny a dávkovanie ATB liečby je vhodné konzultovať s infektológom/specialistom pre ATB liečbu (14).

ATB terapia miernej/povrchovej infekcie trvá 10 - 14 dní, liečba hlbokkej infekcie a infekcie s pomalým ústupom napríklad pri PAO DK približne mesiac. ATB liečba po malej amputácii pre osteomyelitídu trvá 3 týždne a 6 týždňov pri osteomyelitíde bez resekcie kosti alebo amputácie. Za remisiu osteomyelitídy sa považuje neprítomnosť znakov infekcie na postihnutej končatine 6 mesiacov od ukončenia ATB liečby (15). Empirický výber ATB liečby je uvedený v tabuľke č. 4. Zdôrazňujeme, že rezistencia na ATB liečbu sa dynamicky mení a antimikrobiálna liečba sa podáva vždy v súlade s aktuálnymi antimikrobiálnymi prehľadmi.

Tabuľka č. 4

|  Empirický výber ATB podľa závažnosti infekcie (15,16) | | | |
|--|---|--|--|
| Stupeň infekcie | Prídavné faktory | Patogén | Empirická ATB liečba |
| Mierna | Bez znakov komplikácie | G+koky | semisyntetický PNC rezistentný na penicilinázu (cloxacilín) cefalosporíny 1. generácie (cefalexín) |
| | Alergia/intolerancia β -laktámových ATB | G+koky a G-koky | klindamicín; fluorochinolóny (levofloxacín, moxifloxacín); trimetoprim-sulfametoxazol; doxycyklín |
| | Nedávna liečba ATB | G+koky a G-tyčinky | β -laktámy s inhibítorom β -laktamázy 1 (amoxycilín/klavulát; ampicilín/sulbactam); fluorochinolóny (levofloxacín, moxifloxacín); trimetoprim-sulfametoxazol |
| | Vysoké riziko MRSA | MRSA | linezolid; trimetoprim-sulfametoxazol;; klindamycín; doxycyklín; fluorochinolóny (levofloxacín, moxifloxacín) |
| Stredne závažná a závažná | Bez znakov komplikácie | G+koky \pm G-tyčinky | β -laktámy s inhibítorom β -laktamázy 1 (amoxycilín/klavulát; ampicilín/sulbactam); 2. a 3 generácia cefalosporínov (cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon) |
| | Nedávna liečba ATB | G+koky \pm G-tyčinky | β -laktámy s inhibítorom β -laktamázy 2 (ticarcilín/klavulát; piperacilín/tazobactam); 2. a 3 generácia cefalosporínov (cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon); karbapenémy 1. skupina (ertapeném) |
| | Macerovaný ulkus Teplá klíma | G-tyčinky (vrátane Pseudomonas) | β -laktámy s inhibítorom β -laktamázy 2 (ticarcilín/klavulát; piperacilín/tazobactam); cloxacilín+ceftazidim alebo ciprofloxacín; karbapenémy 2. skupina (meropeném, imipeném) |
| | Ischémia, nekróza, tvorba plynu | G+koky \pm G-tyčinky \pm anaeróby | β -laktámy s inhibítorom β -laktamázy (amoxycilín/klavulát; ampicilín/sulbactam alebo ticarcilín/klavulát; piperacilín/tazobactam); karbapenémy (ertapeném alebo meropeném, imipeném); 2. a 3 generácia cefalosporínov (cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon) + clindamycín alebo metronidazol |
| | Riziko MRSA | MRSA | pridanie/nahradenie glykopeptidmi (vankomycín, teicoplanín); linezolid; daptomycín; kys.fusidová; trimetoprim-sulfametoxazol; doxycyklín |
| | Riziko rezistentných G-tyčiniiek | Enterobaktérie s rozšíreným spektrom β -laktamáz | karbapenémy (ertapeném, meropeném, imipeném); fluorochinolóny (ciprofloxacín); aminoglykozidy (aminokacín); kolistín |

Pokiaľ je uvedené viac ako jedno liečivo, používa sa jedno liečivo z uvedených, ak nie je explicitne uvedené inak (+). Perorálna liečba u závažných infekcií sa používa po iniciálnej intravenózne liečbe ako následná terapia po zvládnutí akútnej fázy. G+: grampozitívne; G-: gramnegatívne; MRSA: meticilin-rezistentný Staphylococcus aureus

Každá ATB liečba môže byť komplikovaná infekciou *Clostridium difficile* (CDI). Riziko CDI zvyšuje vek nad 65 rokov, imunosupresívny stav, liečba inhibítormi protónovej pumpy, pobyt v nemocnici a predchádzajúca CDI (17).

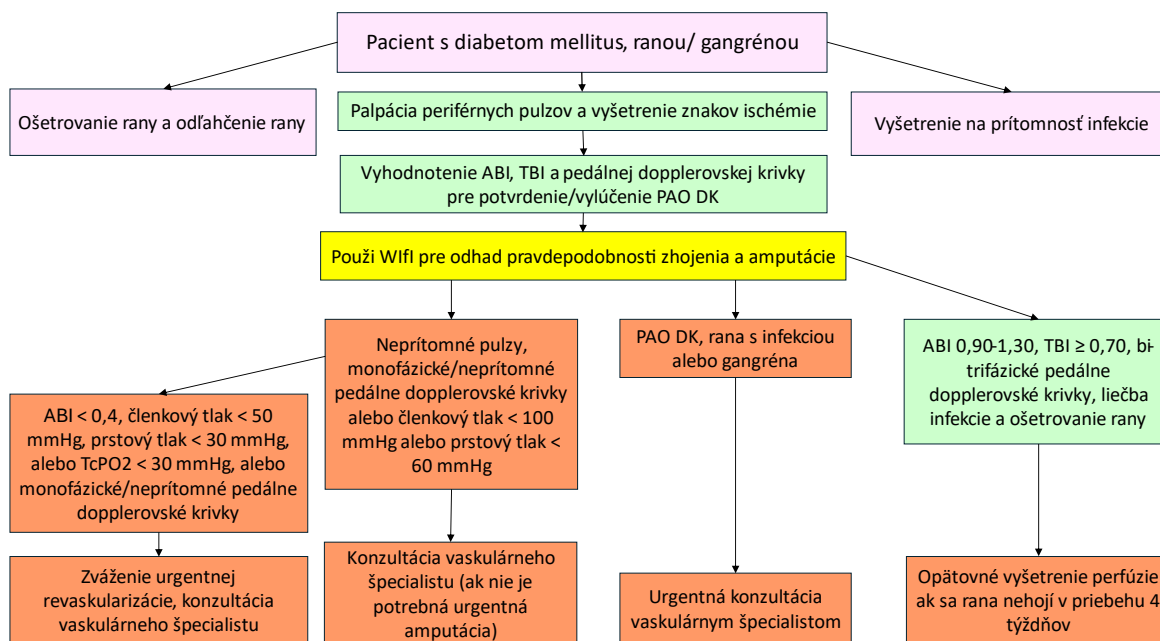
6.3.2. Diagnostika a liečba periférneho artériového ochorenia dolných končatín

Prítomnosť/neprítomnosť PAO DK u pacienta s ulkusom je potrebné potvrdiť do 48 hodín. Oneskorená revaskularizácia je spojená s pomalším hojením a vyšším počtom amputácií (5). Typ liečby (endovaskulárna alebo chirurgická) závisí od angiografického nálezu. U väčšiny pacientov je pre komorbidity a prevažne distálne artériové postihnutie snaha o endovaskulárnu liečbu. Jej cieľom je dosiahnuť tok do nohy minimálne cestou jednej artérie, optimálne všetkých (4). Cievnochirurgická liečba je indikovaná pri dlhých artériových uzáveroch a zlyhaní endovaskulárnej liečby. Amputačnému riešeniu by malo vždy predchádzať konzílium intervenčného angiológa/rádiológa a cievného chirurga. Ak u pacienta s ulkusom nebola iniciálne potvrdená vaskulárna patológia, ale rana sa napriek adekvátnemu ošetrovaniu, liečbe infekcie, odľahčovaniu v priebehu 4–6 týždňov nezlepšuje, prípadne sa zhoršuje a klinicky imponuje ako ischemická/neuroischemická, vždy je potrebné zvážiť angiografické vyšetrenie (možné pedálne postihnutie) a endovaskulárnu liečbu.

Revaskularizácia nie je indikovaná u krehkých pacientov s krátkou očakávanou dĺžkou života, nepriaznivým funkčným stavom, imobilných, s veľkou oblasťou tkanivovej deštrukcie/ nezachrániteľnou funkciou nohy a u pacientov, u ktorých sa po revaskularizácii neočakáva mobilizácia (4). V týchto prípadoch môže byť vhodnou liečbou skorá amputácia.

Hyperbarická oxygenoterapia nie je alternatívou revaskularizácie. Zvažuje sa, ak po revaskularizácii nedochádza k hojeniu a u pacienta bez možnosti revaskularizácie, ak klinický stav nevyžaduje bezprostredné amputačné riešenie. Terapia kmeňovými bunkami, ktorá je naďalej len experimentálnou liečbou, sa v súčasnosti v Slovenskej republike realizuje výlučne u nerevaskularizovateľných pacientov a za podmienok kontrolovaných klinických skúšaní, ktorých výsledky sú zatiaľ nejednoznačné. Postup u pacienta s DM a ulkusom je znázornený na obrázku č. 7.

Po endovaskulárnej liečbe je pacient prechodné obdobie liečený duálnou antiagregačnou terapiou. U pacienta bez zvýšeného rizika krvácania je vhodná kombinácia dlhodobej liečby kyselinou acetylsalicylovou (100 mg denne) a malou dávkou rivaroxabanu (2,5 mg dvakrát denne). Liečba inhibítormi sodík-glukózového kotransportéra 2 (SGLT-2) u pacientov s ulkusom je predmetom diskusií s protichodnými názormi. Pre silný kardiovaskulárny benefit podporený mnohými štúdiami odporúčame liečbu SGLT-2 inhibítormi aj u pacientov s DM a ulkusom (4). Farmakoterapia používaná pri PAO DK je uvedená v odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti pre liečbu PAO DK, ktoré sa osobitne venujú antiagregačnej liečbe, hypolipidemickej liečbe, liečbe artériovej hypertenzie a liečbe diabetes mellitus (18).



Obrázok č. 7: Vyšetrenie a manažment pacienta s diabetes mellitus, PAO DK a ranou na nohe.
 (4) Žltá farba označuje podmienené odporúčanie, zelená farba silné odporúčania, oranžová odporúčania na základe osvedčených postupov.

6.3.3. Odľahčenie nohy

Odľahčenie nohy je základom liečby všetkých neuropatických ulkusov, ale je nemenej dôležitou súčasťou liečby ischemických a neuroischemických ulkusov. Nesprávne rozloženie plantárnych tlakov sa podieľa na 90% plantárnych ulkusov. Používanie odľahčovacích pomôcok významne zníži alebo modifikuje plantárny tlak, čím uľahčí hojenie rán. Odľahčenie nohy by mal navrhnúť a realizovať protetik, ktorý v závažnejších prípadoch konzultuje ortopéda. Používanie odľahčovacích pomôcok môže viesť k nestabilite pri chôdzi a k pádom, preto sa odľahčenie odporúča s ohľadom na fyzickú výkonnosť/stabilitu chôdze pacienta. Pri všetkých typoch odľahčenia sa pri chôdzi využívajú podporné prostriedky (vychádzková palica, barle, chodítko, prípadne mechanický vozík).

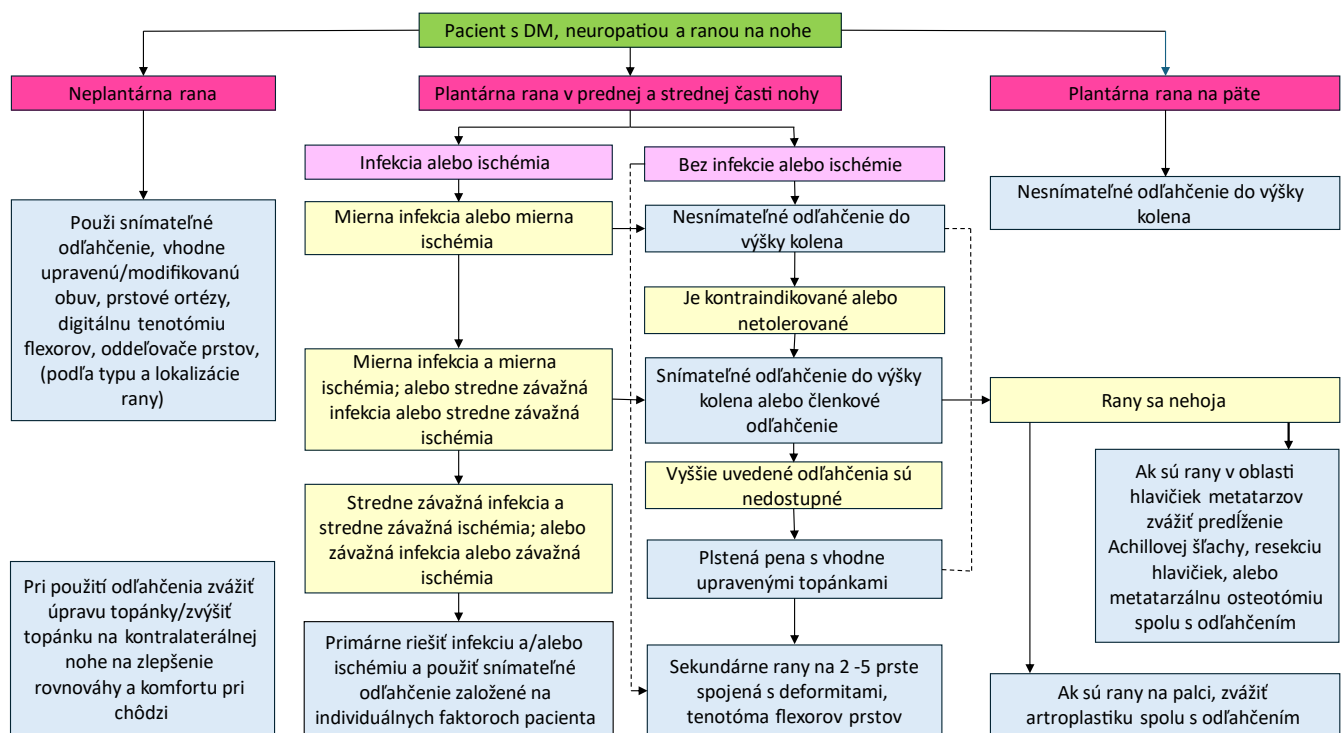
Pre neuropatický plantárny ulkus je zlatým štandardom a prvou voľbou nesnímateľná kontaktná sadrová fixácia do výšky kolena, ktorá redukuje plantárne tlaky o 84 % – 92 % a skracaie čas hojenia o 8 – 12 týždňov. Jej zhotovenie vyžaduje skúsenosti (možnosť sekundárnych ulcerácií pri nesprávne vytvorenej sadrovej fixácii), pričom sa vymieňa každý 1 – 2 týždne. Hoci je z hľadiska hojenia neuropatických ulkusov veľmi efektívna, zo strany pacienta je problematická jej tolerancia, keďže interferuje s pohybom pacienta, spánkom alebo schopnosťou pracovať. Pri intolerancii/kontraindikácii vysokej kontaktnej sadrovej fixácie možno použiť snímateľnú ortézu do výšky kolena upravenú bandážou na nesnímateľnú. Použitie ortézy je spojené s dlhším časom hojenia v porovnaní s kontaktnou sadrovou fixáciou, keďže sa dá zložiť a pacienti sa pohybujú bez odľahčenia (18).

Pri intolerancii/ kontraindikácii nesnímateľnej pomôcky sa používajú snímateľné, na mieru zhotovené predkolenné ortézy a pri ich kontraindikácii/intolerancii odľahčovacie pomôcky do výšky členka. Ako najmenej vhodné je použitie upravenej plstenej/filcovej vložky v kombinácii s vhodne upravenými topánkami (napr. polovičné topánky s odľahčením prednej časti pri ulkuse v prednej časti nohy, alebo polovičné topánky s odľahčením zadnej časti pri ulkuse v zadnej časti nohy). Pacienti s neuropatickým ulkusom by nemali používať konvenčné/ terapeutické topánky!!!

Ak sa napriek odľahčeniu neuropatický ulkus nehojí, chirurg/ortopéd by mal zvážiť chirurgickú terapiu. Pri ulceráciách v oblasti hlavičiek metatarzov možno zvážiť resekciu hlavičky metatarzálnych kostí, metatarzálnu osteotómiu, predĺženie Achillovej šľachy, pri ranách v oblasti palca artroplastiku, pri ulkusoch v oblasti 2 – 5 deformovaného prsta tenotómiu digitálnych flexorov a po chirurgickej liečbe sa naďalej pokračuje v odľahčovaní (19).

Pri ischemických a infikovaných ranách by sa nesnímateľné kontaktné sadrové fixácie nemali používať, používajú sa snímateľné kolenné/členkové ortézy, po zložení ktorých je možno ošetriť ranu. Ďalej sa u neplantárnych ulcerácií používa vhodne upravená obuv, prstové ortézy, alebo silikónové oddeľovače prstov (podľa lokalizácie defektu). Postup odľahčenia nohy v závislosti od lokalizácie a typu ulkusu je znázornený na obrázku č. 8.

Doplnenie preskripčných obmedzení na špeciálnu obuv, vložky, ortézy pre pacientov s DM na špecializácie cievny chirurg, chirurg, angiológ a diabetológ považujeme za jeden z kľúčových krokov v zlepšení starostlivosti o pacientov so syndrómom diabetickej nohy.



Obrázok č. 8: Postup odľahčenia nohy v závislosti od lokalizácie a typu ulkusu (20)

6.3.4. Lokálna liečba ulkusov

Výber lokálnej liečby (hydrogély, hydrokoloidy, kolagén, antimikrobiálne látky obsahujúce jód a striebro, algináty) závisí od fázy hojenia ulkusu, lokalizácie, stupňa zápalu a množstva exsudátu. Lokálna liečba sa volí tak, aby absorbovala exsudát a podporila granulačný a epitalizačný proces. Vo všeobecnosti sa hydrogély používajú pri malej secernácii z rany, kým pri masívnej secernácii sa používajú algináty. Alternatívou k mechanickému debridementu je biologická/larválna liečba. Po chirurgických zákrokoch sa pri liečbe rán často uplatňuje terapia riadeným podtlakom. Takúto liečbu je možné aplikovať aj v ambulantných podmienkach v ambulanciách a stacionároch venujúcich sa pacientom s diabeticou nohou. Ďalšou terapeutickou možnosťou sú kožné náhrady vrátane moderných náhrad získaných genetickým inžinierstvom.

7. Chirurgické výkony pri liečbe syndrómu diabetickej nohy

Spektrum chirurgických výkonov u pacientov s DM sa rozdeľuje do 4 tried, kritériom rozdelenia je najmä perioperačné riziko. Riziko stúpa od triedy I. ku triede IV.

Trieda I: Elektívna chirurgia nohy: výkony na odstránenie deformít u pacientov bez neuropatie. Perioperačné riziko porovnateľné s pacientmi bez DM.

Trieda II: Profylaktická chirurgia nohy: výkony u pacientov s neuropatiou a s deformitami, ale bez ulkusov. Cieľom je znížiť riziko ulkusov odstránením deformít (napr. operácia kladivkových prstov). Riziko pooperačných komplikácií je zvýšené, hlavne u pacientov ktorí už ulkusu mali.

Trieda III: Kuratívna chirurgia nohy: výkony zamerané na zhojenie otvorených ulkusov a na prevenciu ďalších (napr. resekcie hlavičiek metatarzov, metatarzofalangeálne artroplastiky, predĺženie Achillovej šľachy, ostektómie atď).

Trieda IV: Akútne výkony: výkony na obmedzenie šírenia infekcie (nekrektómie, discízia planty, parciálne amputácie, drenáže, často s odloženou sutúrou).

Amputácie sú vykonávané pri progresii gangrény, sepse nereagujúcej na ATB liečbu, pokojových bolestiach napriek analgetickej liečbe ak nie je možná revaskularizácia. Pred vyššou amputáciou by pacienta mal vyšetriť angiológ. Absolútny tlak na členkovej artérii < 50 mmHg, transkutánná tenzia kyslíka v predpokladanom mieste amputácie < 30 mmHg sú nepriaznivými prognostickými faktormi pre hojenie amputačného kýtľa. Po amputácii je pacient sledovaný ďalej odborníkmi ambulancii/stacionári pre pacientov s diabeticou nohou pre riziko zhoršenia ischémie aj na kontralaterálnej končatine (3,9).

8. Diagnóza a liečba Charcotovej neuro-osteopatie

Na diagnózu Charcotovej neuro-osteopatie sa myslí u pacienta s DM, periférnou neuropatiou, intaktnou kožou, ak je prítomný edém, začervenanie a zvýšená teplota nohy v rovnakom anatomickom mieste pri porovnaní s kontralaterálnou nohou. Určenie diagnózy sa opiera o klinické a RTG vyšetrenie vo viacerých projekciách (anteroposteriorna, laterálna, mediálna a šikmá). Pri pretrvávajúcom klinickom podozrení a negatívnom RTG vyšetrení by sa malo realizovať MR vyšetrenie/scintigrafia, pri ich nedostupnosti CT-vyšetrenie, alebo SPECT-CT vyšetrenie (8).

Pri podozrení na Charcotovu neuro-osteopatiu je potrebné dlhodobé odľahčenie/ imobilizácia končatiny do výšky kolena. Prvou voľbou je nesnímateľná kontaktná sadrová fixácia, druhou voľbou je snímateľná ortéza upravená bandážou na nesnímateľnú a treťou voľbou je snímateľná ortéza. Pre dosiahnutie stability chôdze s imobilizovanou nohou, zníženie rizika pádu, odľahčenia hmotnosti a tlaku na nohu by pacient mal používať individuálne pomôcky pri chôdzi (napr. chodítko, barly, invalidný vozík). Nízke odľahčenie do výšky členka nie je vhodné. Je potrebné pacienta poučiť, že dosiahnutie remisie môže trvať niekoľko mesiacov (6–12 mesiacov).

Momentálne nie sú dôkazy pre efektivitu farmakoterapie, ale vzhľadom na význam vitamínu D a vápnika v kostnom metabolizme a nízkych hladín vitamínu D vo všeobecnej populácii, by sa mala určiť ich koncentrácia v krvi a vyhodnotiť potreba ich suplementácie podľa medzinárodných odporúčaní.

Zmiernenie režimu odľahčenia nasleduje 4 - 6 týždňov po klinickom zlepšení spojenom s ústupom edému, normalizáciou rozdielov teploty meraných na nohách a zlepšení nálezu na zobrazovacích modalitách. V chronickej fáze a pri prevencii reaktivácie procesu je dôležitá edukácia pacienta, pravidelné monitorovanie teploty nohy bezkontaktným teplomerom, používanie obuvi/ortéz/odľahčenia podporujúceho optimálny tvar nohy a rozloženie plantárnych tlakov (8).

9. Príloha

9.1. Edukácia pacienta s diabetes mellitus so zameraním na riziko/prítomnosť syndrómu diabetickej nohy/ochorenia nohy súvisiaceho s diabetom mellitus

Organizácia edukácie pacientov s DM sa môže líšiť podľa dostupnosti jednotlivých špecialistov v danom kraji, ale dohľad a kontrolu nad úrovňou edukácie má mať ošetrojúci lekár - diabetológ, ktorý spolupracuje s podológom a ďalšími lekáorskými a nelekárskymi odborníkmi (uvedenými v predchádzajúcom texte). Dôležité je posilniť motiváciu pacientov a naučiť ich praktické zručnosti v oblasti starostlivosti o nohy, ako napríklad správne strihanie nechtov. Pacienti by sa mali naučiť identifikovať preulcerózne lézie a ulkusy na nohách. Edukácia môže prebiehať individuálne, alebo v malých skupinách a mala by sa opakovať počas viacerých sedení. Je nevyhnutné skontrolovať, či pacienti/ príbuzní resp. opatrovatelia porozumeli informáciám a ovládajú praktické zručnosti potrebné pre samostatnú starostlivosť o nohy.

Základné inštrukcie pri edukácii pacientov s DM (3,5,9):

- Nefajčite.
- Noste vhodné topánky (obrázok č. 9). Nové topánky vždy noste krátko a skontrolujte potom nohy na prítomnosť drobných zranení.
- Myslite na to, že máte nohy znížené citlivé, alebo necitlivé na teplo, tlak a bolesť a preto sa chráňte pred poranením.
- Nechodievajte nikdy bosí, nenoste obuv naboso, noste bavlnené či vlnené ponožky bez sťahujúcich lemov. Pri známkach mykózy perte ponožky pravidelne pri vyššej teplote.
- Denne nohy prehliadajte, vrátane medziprstových priestorov. Ak na ne nevidíte, môžete použiť zrkadlá alebo požiadať rodinného príslušníka.
- Nechajte si u svojho diabetológa nohy pravidelne raz ročne vyšetriť na riziko diabetickej nohy.
- Pri každej návšteve svojho lekára dbajte, aby bola vašim nohám venovaná pozornosť a upozornite sestru a lekára na všetky zmeny, ktoré ste na svojich nohách spozorovali.
- Udržujte správnu hygienu nôh. Teplota vody pri umývaní nemá presiahnuť 37 °C. Odstraňujte opatrne zatvrdnutú kožu vhodnými nástrojmi podľa odporúčaní lekára/podológa, premasťujte nohy denne vhodným krémom (nie medzi prstami).
- Predchádzajte zraneniam ostrými predmetmi, nechty zastrihávajte opatrne s rovnými okrajmi nechtu, obrusujte vhodným pilníkom. Venujte pozornosť zarastajúcim nechtom a obráťte sa na odborníkov.
- Používajte správne odľahčovacie pomôcky a predchádzajte ulkusom na druhej končatine.
- Naučte sa, ako spoznať infekciu rany na nohe pri poranení, mozoli a ulkuse (napr. podľa opuchu, začervenania, zatvrdnutia tkaniva, vyššej lokálnej kožnej teploty, brnenia alebo bolestivosti, výtoky z rany, ale aj podľa zhoršenia kompenzácie diabetu alebo aj zvýšenej teploty nad 37 °C). V týchto prípadoch informujte čo najskôr svojho lekára.
- Navštívte vždy odborníkov, ak máte opuch jednej alebo oboch dolných končatín alebo novo vzniknutú deformitu na nohe, zmenu farby kože, zatvrdnutú kožu na nohách, mozole, praskliny, poranenia alebo vrede, prípadne ak pozorujete novo vzniknutú bolesť v nohách. Porovnávajte teplotu kože na oboch nohách a hláste každú zmenu.
- Poradte sa so svojim ošetrojúcim lekárom ohľadne pohybu – jeho formy, intenzity – kinezioterapia je dôležitou súčasťou liečby nedokrvenia dolných končatín, ale aj zníženia celkového kardiovaskulárneho rizika.

9.2. Používanie vhodnej obuvi

Nosenie nevhodnej obuvi alebo chôdza naboso je častou príčinou poranenia nôh. Posudzovať parametre obuvi pri kúpe je odporúčané v stoji, popoludní, alebo večer, keď môže byť prítomný

mierny opuch nôh. Vhodné je doplniť vyšetrenie v stoji na vložke topánky a posúdiť, či obuv vyhovuje na dĺžku a šírku. Vhodná profylaktická obuv spĺňa:

- tuhá podrážka znižujúca tlak na plochu nohy,
- pružná, dostatočne vysoká plochá vložka topánky, najlepšie viacvrstvomá,
- fixácia nohy prispôsobiteľným zapínaním (šnurovaním alebo suchými zipsami),
- dostatočná šírka a dĺžka topánky (+ 1 - 2 cm dĺžky pri zaťaženej končatine, umožnenie voľného pohybu prstov), výška by mala poskytovať dostatok priestoru pre prsty (obrázok č. 9),
- opäťok do 2,5 cm,
- kvalitný priedušný prírodný materiál, najlepšie koža,
- rovný mediálny okraj topánky - odstránenie mediálneho tlaku na palec,
- vnútorný priestor obuvi bez cudzích predmetov, bez rizikových švov a pod.

Ak nie je k dispozícii bežná obuv napr. v dôsledku deformácie nohy, po amputácii, je potrebné po protetickom vyšetrení predpísať terapeutickú obuv, vložky do topánok na mierku a prípadne iných pomôcok (napr. ortéza pre kladivkové deformity prstov).



Obrázok č. 9: Schematické znázornenie obuvi, ktorá by mala byť dostatočne široká, aby sa prispôsobila nohe bez nadmerného tlaku na kožu (9)

10. Kritériá a podmienky plnej vykonateľnosti štandardného postupu

Predkladaný materiál je koncipovaný s cieľom zefektívniť systém starostlivosti o pacientov s rizikom vzniku syndrómu diabetickej nohy, ako aj o pacientov s jeho rozvinutou formou. Na zabezpečenie jeho plnej vykonateľnosti je nevyhnutné realizovať viaceré systémové a legislatívne opatrenia.

Za kľúčové podmienky považujeme najmä:

- **zriadenie multidisciplinárnych preventívnych a terapeutických tímov**, ako sú definované v štandardnom postupe (v štádiu prípravy);
- **odporúčané vytvorenie informačnej webovej stránky orientovanej na pacienta**, ktorá bude obsahovať prehľadné a dostupné informácie o diagnosticko-terapeutickom postupe, ako aj o dostupnosti odborných tímov; vytvorenie takéhoto rozhrania nie je legislatívnou ani inštitucionálnou povinnosťou Ministerstva zdravotníctva SR, avšak predstavuje významný nástroj na podporu informovanosti a edukácie pacientov;
- **rozšírenie preskripčných kompetencií** pre indikáciu odľahčujúcich individuálnych zdravotníckych pomôcok na odbornosti angiológia, chirurgia, cievna chirurgia a diabetológia;
- **zaradenie podológa medzi regulované zdravotnícke povolania**, čím sa zabezpečí odborná starostlivosť v oblasti prevencie a liečby komplikácií diabetickej nohy;
- **schválenie návrhu na zriadenie cievnych stacionárov**, ktoré sú aktuálne v legislatívnom procese;

- **postupné budovanie siete špecializovaných ambulancií**, ktoré sa profilujú z existujúcich diabetologických, angiologických a cievnochirurgických pracovísk, so zameraním na komplexnú starostlivosť o pacientov s diabetickou nohou.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pacient (príp. jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z., § 6 informovaný súhlas. Týmto pacient vyjadrí svoj súhlas s aktuálne aj v budúcnosti realizovanými diagnostickými aj liečebnými postupmi.

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

Z posudkového hľadiska vo vzťahu k invalidite, ťažko kompenzovateľný diabetes mellitus s opakovanými stavmi kolísania hodnôt glykémie a diabetickými komplikáciami, kam patrí aj syndróm diabetickej nohy, je dôvodom uznania invalidity. Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť je zákonom určená v Prílohe č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, hodnotou 50 % – 75 % podľa závažnosti komplikácie.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardného postupu

Odporúčame revidovať raz za dva roky z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k:

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach;
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi;
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR;
- posúdeniu efektivity;
- podnetom zo strany zdravotných poisťovní a ďalších zainteresovaných strán;
- platnej legislatíve.

Literatúra

1. Van Netten JJ, Bus SA, Apelqvist J, Lipsky BA, Hinchliffe RJ, Game F, et al. International Working Group on the Diabetic Foot. Definitions and criteria for diabetic foot disease. *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36 Suppl 1:e3268. doi: 10.1002/dmrr.3268. , 36(S1), e3268.
2. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Hinchliffe RJ, Lipsky BA; IWGDF Editorial Board. Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36 Suppl 1:e3266. doi: 10.1002/dmrr.3266. PMID: 32176447.
3. Jirkovská A., Fejfarová V., Piťhová P., Koliba M., Jirkovská J., Kúsová H., et al. Doporučený postup pro prevenci, diagnostiku a terapii onemocnění nohou souvisejícím s diabetem. Revize ke dni 2.3.2025, published online: <https://www.diab.cz/standardy>.
4. Fitridge R, Chuter V, Mills J, Hinchliffe R, Azuma N, Behrendt CA, et al. The intersocietal IWGDF, ESVS, SVS guidelines on peripheral artery disease in people with diabetes and a foot ulcer. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3686. doi: 10.1002/dmrr.3686. Epub 2023. PMID: 37726988.
5. Armstrong DG, Tan TW, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers: A Review. *JAMA.* 2023;330(1):62-75.
6. McDermott K, Fang M, Boulton AJM, Selvin E, Hicks CW. Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Care.* 2023;46(1):209-221
7. Shaparets A, Rybanska V, Smatana M. Diabetes mellitus na Slovensku. Epidemiologický prehľad incidencie, prevalence, terapeutických prístupov a ekonomických nákladov. Published online: <https://health.gov.sk/?iza>
8. Wukich DK, Schaper NC, Gooday C, Bal A, Bem R, Chhabra A, Hastings M, Holmes C, Petrova NL, Santini Araujo MG, Senneville E, Rasovic KM. Guidelines on the diagnosis and treatment of active Charcot neuro-osteoarthropathy in persons with diabetes mellitus (IWGDF 2023). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3646. doi: 10.1002/dmrr.3646. Epub 2023 May 23. PMID: 37218537.
9. Jirkovská A. a členové Výboru Podiatrické sekce ČDS ČLS JEP Fejfarová V., Piťhová P., Koliba M., Jirkovská J., Kúsová H., Drienko M. Doporučený postup pro prevenci, diagnostiku a terapii onemocnění nohou souvisejícím s diabetem. Revize 2024: published online: <https://www.diab.cz/standardy>
10. Boulton AJ, Armstrong DG, Albert SF, Frykberg RG, Hellman R, Kirkman MS, et al. American Diabetes Association; American Association of Clinical Endocrinologists. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care.* 2008, 31(8):1679-85.
11. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, Monteiro-Soares M, Senneville E, on behalf of the IWGDF Editorial Board. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease, IWGDF 2023 update. (open access: iwgdfguidelines.org).

12. Mills JL Sr, Conte MS, Armstrong DG, Pomposelli FB, Schanzer A, Sidawy AN, et al. Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Committee. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection (WIFI). *J Vasc Surg.* 2014;59(1):220-34.
13. NICE Guideline, No. 19. Diabetic foot problems: prevention and management; 2023; ISBN-13: 978-1-4731-4945-8. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng19/resources/visual-summary-pdf-6954030109>
14. Bonnet E, Maulin L, Senneville E, Castan B, Fourcade C, Loubet P, et al. Clinical practice recommendations for infectious disease management of diabetic foot infection (DFI) - 2023 SPILF. *Infect Dis Now.* 2024;54(1):104832.
15. Senneville É, Albalawi Z, van Asten SA, Abbas ZG, Allison G, Aragón-Sánchez J, et al. EJM. IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections (IWGDF/IDSA 2023). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3687.
16. Lipsky BA, Senneville É, Abbas ZG, Aragón-Sánchez J, Diggle M, Embil JM, et al., International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36 Suppl 1:e3280.
17. Barwell ND, Devers MC, Kennon B, Hopkinson HE, McDougall C, Young MJ, Robertson HMA, Stang D, Dancer SJ, Seaton A, Leese GP; Scottish Diabetes Foot Action Group. Diabetic foot infection: Antibiotic therapy and good practice recommendations. *Int J Clin Pract.* 2017;71(10). doi: 10.1111/ijcp.13006.
18. Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J.* 2024;45(36):3538-3700.
19. Bus SA, Sacco ICN, Monteiro-Soares M, Raspovic A, Paton J, Rasmussen A, et al. Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3651. doi: 10.1002/dmrr.3651.
20. Bus SA, Armstrong DG, Crews RT, Gooday C, Jarl G, Kirketerp-Moller K, et al. Guidelines on offloading foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3647. doi: 10.1002/dmrr.3647.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii a diagnostike 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. novembra 2025.

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

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:

Hypofosfatázia

štandardný diagnostický a terapeutický postup

Autorský kolektív:

doc. MUDr. Martin Kužma, PhD.
MUDr. Ľubica Tichá, PhD.
prof. MUDr. Milan Kokavec, PhD.
prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., FRCP, MPH, FEFIM

Špecializačný odbor:

Endokrinológia

Recenzenti:

doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP; prof. MUDr. Ľudmila Podracká, PhD.; MUDr. Peter Vaňuga, PhD., MPH (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Mílada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Súhlasné stanovisko: Slovenská endokrinologická spoločnosť, Slovenská pediatrika spoločnosť, Neonatologická sekcia SPS, hlavní odborník MZ SR pre pediatrickú endokrinológiu a diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisia MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0318 | 9. október 2025 | schválený | 1. november 2025 |

Kľúčové slová

Hypofosfatázia, alkalická fosfatáza, *ALPL* gén, asfotáza alfa,

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|---------------|---|
| AFF | Atypická zlomenina femuru |
| ALP | Alkalická fosfatáza |
| ALPL | Gén kódujúci alkalickú fosfatázu |
| ATP | Adenozíntrifosfát |
| CNS | Centrálny nervový systém |
| CT | Počítačová tomografia |
| HPP | Hypofosfatázia |
| HRQoL | Kvalita života spojená so zdravím (z angl. Health-Related Quality of Life) |
| MLPA | Viacnásobná ligáciou závislá amplifikácia sond (z angl. Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) |
| MRI | Magnetická rezonancia |
| NSAID | Nesteroidné antiflogistiká |
| PCR | Polymerázová reťazová reakcia |
| PEA | Fosfoetanolamín |
| PLP | Pyridoxal-5'-fosfát |
| PPi | Anorganický pyrofosfát |
| TNSALP | Tkanivovo nešpecifická alkalická fosfatáza |
| UZ | Ultrazvuk |

Kompetencie

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom s hypofosfatáciou môže:

a) cieľové zdravotnícke zariadenie:

1. pracovisko ambulancie zdravotnej starostlivosti v špecializačných odboroch neonatológia, pediatria, pediatrika endokrinológia, endokrinológia, reumatológia, ortopédia, vnútorné lekárstvo, nefrológia, neurológia a lekárska genetika
2. pracovisko ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačných odboroch neonatológia, pediatria, vnútorné lekárstvo, ortopédia, reumatológia, endokrinológia, neurológia a nefrológia.
3. zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek:
 - laboratórium klinickej biochémie,
 - laboratórium hematológie a transfúziológie,
 - laboratórium klinickej a molekulárnej genetiky,
 - rádiologické (rádiodiagnostické) pracovisko,
 - denzitometrické pracovisko.

b) kompetentný zdravotnícky pracovník - lekár so špecializáciou minimálne v jednom z týchto špecializačných odborov:

- endokrinológia,
- reumatológia,
- ortopédia,
- vnútorné lekárstvo,
- neurológia,
- nefrológia,
- lekárska genetika.

Úvod

Hypofosfatázia (HPP) je zriedkavé, ťažké, heterogénne dedičné, potenciálne fatálne ochorenie, charakterizované mnohopočetnými kostnými prejavmi, porušeným metabolizmom vápnika a fosfátov, poruchou rastu a hybnosti, predčasnou stratou prvej dentície, u dojíciat respiračnými ťažkosťami a krčmi. Príčinou je mutácia génu tkanivovo nešpecifickej alkalické fosfatázy (TNSALP) v sére.^{1,2}

Historicky prvá zmienka o HPP pochádza z roku 1948, kedy kanadský detský lekár J. C. Rathbun popísal kazuistiku malého chlapca s novou kostrovou patológiou charakterizovanou neobvyklými klinickými nálezmi pripomínajúcimi rachitídu, vrátane extrémne nízkych hladín alkalické fosfatázy (ALP) a záchvatov.^{1,4}

Objav génu kódujúceho ALP (ALPL) a jeho prvých mutácií v 80. rokoch prispel zásadným spôsobom k pochopeniu etiológie a patogenézy HPP. V tom čase boli podniknuté prvé pokusy o liečbu.^{2,3} V súčasnosti bolo identifikovaných viac ako 400 rôznych patogénnych variantov génu **ALPL**.^{4,5} Klinická manifestácia HPP môže byť extrémne rôznorodá v rámci rodín i medzi nimi, a to ako u detí, tak u dospelých. Pacienti na závažnom konci spektra prejavov majú ťažkú demineralizáciu kostí, pľúcnu hypopláziu, respiračné zlyhanie a záchvaty reagujúce na vitamín B6. Pacienti na najmiernejšom konci spektra prejavov choroby vykazujú iba straty zubov alebo periodontálne ochorenie.⁵ Klinický obraz je veľmi variabilný v závislosti od typu mutácií a mechanizmu dedičnosti. Existujú viaceré formy ochorenia. Najťažšie formy postihujú dojatá a malé deti, u ktorých sa prejavy objavujú už intrauterinne.⁴

Hlavné klinické príznaky súvisia s chybnou mineralizáciou kostí a zubov (rachitída, osteomalácia, zlomeniny, strata zubov), ale u najzávažnejších foriem môžu byť prítomné aj ďalšie systémové prejavy (krčce, dýchacie a obličkové problémy, chronická bolesť, slabosť atď.). Tieto systémové prejavy môžu súvisieť s rolou TNSALP v purinergnej signalizácii (prostredníctvom defosforylácie ATP), ktorá je extrémne relevantná v CNS, kostiach a ďalších orgánoch.^{4,6,7}

Hlavnými diagnostickými kritériami sú nízka aktivita ALP a TNSALP v sére (hypofosfatasémia) a zvýšené hladiny substrátov ALP, tj anorganického pyrofosfátu (PPi) v krvi a v moči, pyridoxal-5'-fosfátu (PLP, aktívny metabolit vitamínu B6) v krvi a fosfoethanolamínu (PEA) v moči.⁴

Diagnóza HPP je u detí, a najmä u dospelých často zanedbávaná. Údaje z Global HPP Registry ukazujú, že medián doby medzi nástupom príznakov a diagnózou HPP je 5,7 roka.⁷

Počas tejto doby môžu jedinci trpieť významnými multisystémovými komplikáciami HPP. Môžu byť tiež zle diagnostikovaní a/alebo zle liečení liekmi, ako sú bisfosfonáty, čo môže v skutočnosti ďalej zhoršiť základnú poruchu mineralizácie skeletu, čím sa u týchto pacientov zvyšuje riziko atypických zlomenín femúru (AFF). Je známe, že AFF sú spojené s HPP u pacientov bez expozície bisfosfonátom.⁸ Včasná diagnóza je rozhodujúca pre zabezpečenie vhodného hodnotenia a liečby multisystémových komplikácií HPP.⁹

Molekulárno genetické sekvenovanie génu ALPL môže potvrdiť diagnózu; prítomnosť patogénnej varianty v géne ALPL však nie je pozorovaná u všetkých pacientov s HPP a nie je potrebná pre stanovenie diagnózy.⁵

Etiológia a epidemiológia

HPP je vzácnym ochorením vyskytujúcim sa celosvetovo, s veľmi premenlivou prevalenciou. Odhadovaná prevalencia ťažkej formy HPP je obzvlášť vysoká v Kanade (1:100 000), zatiaľ čo v Európe je to asi 1:300 000. U miernych foriem, vrátane dospelých, je ťažké prevalenciu odhadnúť. Dôvodom je rozmanitosť klinickej manifestácie a početnosť nediagnostikovaných prípadov. Zvyčajne sa prevalencia miernej formy HPP uvádza medzi 1:3 100 až 1:6 300 u európskej populácie.^{1,4,10,11}

Na Slovensku máme momentálne diagnostikovaných 5 pacientov s adultnou formou.

Patofyziológia

HPP vzniká ako dôsledok mutácie génu ALPL, ktorý je lokalizovaný na 1. chromozóme (lokus 1p36.12) a obsahuje 12 exónov. V súčasnosti bolo identifikovaných viac ako 400 rôznych mutácií tohto génu. Korelácia medzi genotypom, a fenotypom je relatívne nízka. HPP sa dedí najčastejšie autozomálne recesívne (ťažšie formy) alebo autozomálne dominantne (ľahšie formy ochorenia) môže ísť aj o mutácie de novo. Boli popísané aj dve kazuistiky detí s ťažkou formou HPP v dôsledku zvláštneho typu dedičnosti, tzv. uniparentálnej izodizómie, keď dochádza k duplikácii genetického materiálu od jedného z rodičov. Pokiaľ tento rodič nesie mutáciu pre HPP, vzniká obraz podobný autozomálne recesívne dedičnosti s plne vyjadrenými znakmi choroby.^{1,4,5,12}

ALP je enzým s ubikvitárnym výskytom a exprimuje sa v kostiach, zuboch, pečeni, CNS, placente a nadobličkách. Základnou biochemickou funkciou ALP je odštepovanie fosfátov z rôznych molekúl pomocou hydrolyzy. Zatiaľ čo presná funkcia ALP v pečeni nebola doteraz úplne vysvetlená, význam ALP pre mineralizáciu kostí je absolútne zásadný. Konverziou anorganického pyrofosfátu (významného inhibítora mineralizácie) na fosfát umožňuje tvorbu hydroxyapatitu, základné látky podmieňujúce pevnosť kostného tkaniva. Nevyhnutným predpokladom procesu mineralizácie je prítomnosť kolagénu v mieste pôsobenia ALP, čo vysvetľuje, prečo nedochádza k zväpenataniu vo fyziologicky nemineralizovaných tkanivách, kde sa napriek tomu ALP exprimuje, teda napríklad v pečeni, mozgu či v placente. Zvláštne miesto má ALP pre fyziológiu mozgových buniek. Defosforyláciou vitamínu B6 uľahčuje jeho transport cez hematoencefalickú membránu, čím mu umožní vykonávať funkciu neurotransmiteru v mozgových bunkách. Nie je teda príliš prekvapujúce, prečo sa niektorí pacienti s ťažkými formami HPP manifestujú kŕčmi, ktoré sú v niektorých prípadoch pyridoxín senzitivné. V obličkách ALP stimuluje exkréciu fosfátov, v prípade HPP sa preto typicky stretávame s hyperfosfatémiou. Na druhej strane prítomnosť ALP v sére nemá podľa dostupných dát žiadnu relevanciu. Úloha ALP pre metabolizmus svalstva doteraz nebola dostatočne objasnená.¹

Klasifikácia

HPP je klinicky heterogénne ochorenie. Rozlišujeme 5 základných foriem HPP.¹

Tabuľka č. 1

| Klinické formy hypofosfatázie ¹ | |
|--|---|
| Forma | Klinické prejavy |
| Perinatálna | Extrémna demineralizácia, asfyxia, bez terapie letálna v novorodeneckom období |
| Infantilná | Diagnóza do 6 mesiacov – rachitída, hypotónia, neprospievanie, deformity skeletu, kraniosynostóza |
| Detská | Diagnóza najčastejšie 6 mesiacov až 5 rokov – hypotónia, predčasné vypadávanie zubov, deformita hrudníka, porucha rastu |
| Adultná | Stredný vek – osteomalácie, fraktúry, myopatia, predčasné vypadávanie zubov |
| Odontohypofosfatázia | Predčasné vypadávanie zubov bez resorpcie koreňov |

Klinický obraz

Perinatálna forma HPP

Ide o klinicky najťažšiu formu HPP. V ére pred zavedením rekombinantnej ALP bola vždy fatálna. Príznaky je možné odhaliť prenatálne sonografiou. Obraz celkovej demineralizácie skeletu, zvonovitý hrudník a skrútenie končatín nie je špecifický pre HPP, môže pripomínať ťažké formy osteogenesis imperfecta alebo niektorú z kostných dysplázií. Nemožnosť dosiahnutia adekvátneho negatívneho inspiračného tlaku v dôsledku mäkkého, nedostatočne mineralizovaného skeletu hrudného koša spôsobí, že bezprostredne po narodení sa u týchto detí objavuje akútna respiračná tieseň väčšinou s nutnosťou ventilačnej podpory. Objektívne nachádzame skrútenie končatín, mäkké záhlavie, extrémne veľkú fontanelu a otvorenú malú fontanelu, už pri narodení môžu byť prítomné fraktúry. Títo novorodenci majú typicky vysoký hlas, sú veľmi dráždiví, v prvých dňoch života sa rozvíjajú kŕče. K ďalším vzácnejším komplikáciám patrí febrília, anémia a intrakraniálne krvácanie. Rádiologicky nachádzame známky generalizovanej demineralizácie, lebečné kosti sú mineralizované iba centrálné. Bez terapie sa celkový stav týchto detí progresívne horší a umierajú najčastejšie v dôsledku respiračnej insuficiencie v prvých týždňoch či mesiacoch života.^{1,2}

Infantilná forma HPP

Infantilnú HPP diagnostikujeme do 6 mesiacov života. Bezprostredná postnatálna adaptácia nebýva u týchto detí alterovaná, v nasledujúcich týždňoch sa objavujú nešpecifické príznaky – neprospievanie, problémy s kŕmením, svalová slabosť, oneskorenie v psychomotorickom vývoji. V objektívnom náleze sú nápadné deformity hrudníka, široko otvorená veľká fontanela a hypertelorizmus. Rozvíja sa porucha rastu, vzhľadom na nízky kostný obrat sa predčasne uzatvárajú lebečné švy za vzniku kraniosynostózy. K častým prejavom infantilnej formy HPP ďalej patrí tracheomalácia s tendenciou k respiračným infektom, vrátane recidivujúcich bronchopneumónií s hocikedy proťahovaným priebehom. Prognosticky nepriaznivým príznakom sú pyridoxín rezponzívne kŕče. Rádiologický obraz sa podobá perinatálnej forme, demineralizácia skeletu je však vyjadrená menej. Nález 3D CT zodpovedá kraniosynostóze. Môže byť tiež prítomná hyperkalcémia v dôsledku blokády vstupu minerálov do kostnej hmoty. Prognóza týchto detí je bez terapie veľmi vážna, približne 50 % z nich umieralo v dojčenskom veku.^{1,2}

Detská forma HPP

Deti s touto formou HPP sú diagnostikované po 6 mesiacoch veku. Symptomaticky sa jedná o heterogénnu skupinu, od miernych foriem až po prípady klinicky imitujúce infantilný HPP. Nápadná je predčasná strata primárnej dentície, deti strácajú mliečne zuby väčšinou už v predškolskom veku, kvalita permanentnej dentície je nízka a vykazuje známky demineralizácie. Nálezy na skelete pripomínajú rachitické zmeny. Typická je deformita hrudníka, rozšírenie metafýz dlhých kostí a genua vara. Vývoj motoriky je celkovo oneskorený, znižuje sa rastová rýchlosť a rozvíja sa porucha rastu. Rádiograficky sú pre HPP typické rádiolucetné „jazyky“ ukazujúce na demineralizáciu skeletu zasahujúce od rastovej platničky do metafýz. Rastové štrbiny sú nepravidelné, môžu byť prítomné ložiská osteosklerózy. Medzi komplikácie kraniosynostózy patrí zvýšenie intrakraniálneho tlaku so známymi dôsledkami. Riziko fraktúr nie je nápadne zvýšené; pokiaľ ale k fraktúre dôjde, hojí sa veľmi pomaly s vysokým rizikom refraktúry v rovnakom mieste.^{1,2}

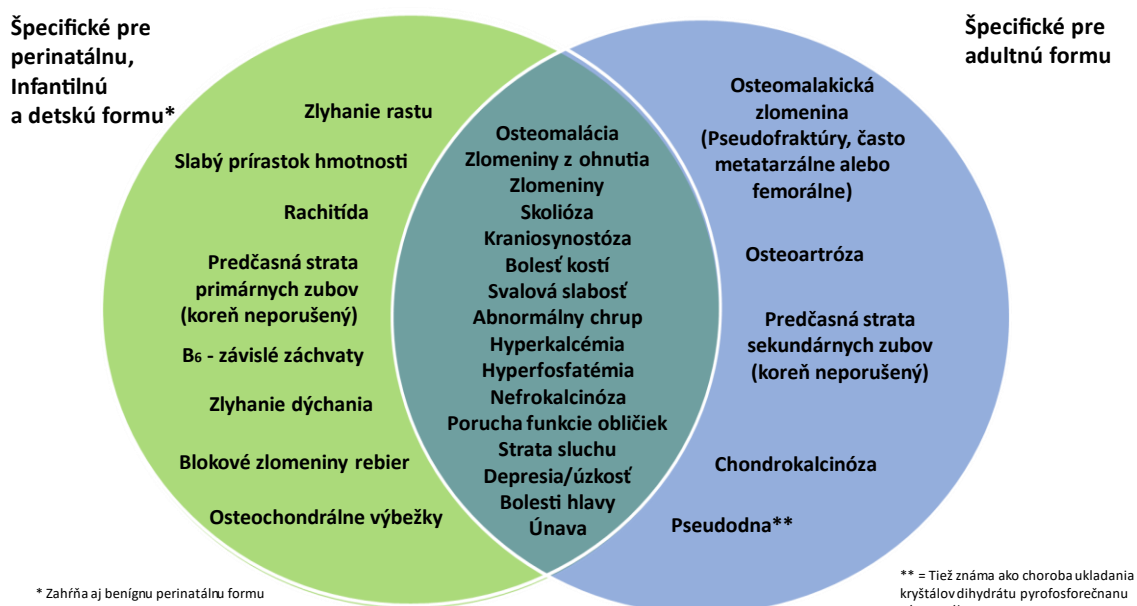
Adultná forma HPP

V dospelosti sa HPP typicky manifestuje v strednom veku, najčastejšie predčasnou stratou dentície alebo opakovanými, ťažko sa hojacimi stresovými fraktúrami metatarzov alebo subtrochanterickou pseudofraktúrou femúru (naštípenie kortexu femúru v oblasti Looserových zón). Hojenie týchto fraktúr výrazne spomaľuje predchádzajúce antiresorpčné terapie, najmä bisfosfonáty, ktorou sú u HPP z tohto dôvodu kontraindikované. Na rozdiel od bežných osteoporotických fraktúr staršieho veku sa u HPP vyskytuje veľmi zriedkavo fraktúra krčku femuru. Nehojace sa fraktúry významne zhoršujú kvalitu života týchto pacientov. Extracelulárna akumulácia anorganického pyrofosfátu môže spôsobovať vznik pyrofosfátovej artropatie, depozícia kryštálov hydroxyapatitu v blízkosti kĺbov periartritídu, môže dochádzať aj k osifikácii ligament. Aj u dospelých nachádzame svalovú slabosť, bolesti kostí a kĺbov.^{1,2}

Odontohypofosfatázia

Ide o symptomaticky najmiernejšiu formu HPP, ktorá sa prejavuje výhradne stomatologickými príznakmi – predčasnou stratou mliečnych zubov, ktoré veľmi nápadne vypadávajú vrátane koreňov – teda bez ich resorpcie, ako je bežné u zdravých detí.^{1,2} Jednotlivé prejavy ochorenia podľa veku sú zhrnuté v obrázku 1.

Obrázok 1. Schéma prejavov hypofosfatázie



Prevenencia

Nie je známa žiadna prevencia tohto ochorenia, toto ochorenie je genetickou poruchou.

Diagnostika / postup určenia diagnózy


Diagnostika ochorenia je celkom jednoduchá, ak sa spomenie na HPP. Kombinácia nízkej koncentrácie ALP v sére sprevádzaná typickými klinickými symptómami je patognomická. U perinatálnej formy je už možná prenatálna detekcia ultrazvukom. U perinatálnej či infantilnej formy je výrazne znížená mineralizácia skeletu a viditeľné skrátenie dlhých končatín. Na röntgenových snímkach je porucha osifikácie klenby lebečnej aj dlhých kostí, objavujú sa patologické fraktúry. Zmeny v metafýzach upomínajú na krivici, tieto rachitické zmeny progredujú. Densita kostného minerálu je znížená. Na HPP je tiež nutné pomýšľať u pacientov s predčasnou stratou chrupu či poruchou dentície. Normálne hodnoty ALP kolíšu v dôsledku fyziologických zmien rastovej rýchlosti a na to sa musí myslieť ak sa hodnotí sérová koncentrácia ALP. V období rýchleho rastu, teda v dojčenskom a čiastočne v batoliacom veku a ďalej v dobe pubertálneho rastového výšvihu koncentrácia ALP fyziologicky stúpa. Je preto potrebné používať vekovo špecifické normy. V diferenciálnej diagnostike zvažujeme iné metabolické kostné poruchy, najmä jednotlivé formy rachitídy a osteogenesis imperfecta. U tých však prakticky vždy nachádzame zvýšenie, nie nízku koncentráciu ALP v sére. Hyperkalcémia a sekundárna hypoparatyreóza sú typickými nálezmi pre perinatálnu a infantilnú formu - tieto nálezy odrážajú insuficientnú mineralizáciu skeletu. Pomocnými biochemickými diagnostickými markermi sú fosfoetanolamín (PEA) v moči a pyridoxal 5'-fosfát (PLP), ktorý sa akumuluje v krvi, v dôsledku malfunkcie ALP. V prípade, že klinické, rádiologické a biochemické markery nepostačujú (s výnimkou prenatálnej HPP) na stanovenie diagnózy, definitívnym potvrdením diagnózy HPP je molekulárna genetická analýza – sekvenčná analýza a delečno-duplikačná analýza. HPP je najčastejšie spôsobená heterozygotnými alebo zloženými heterozygotnými väčšinou missense mutáciami (asi 74 %) v géne ALPL. Vo všeobecnosti sú závažné fenotypy HPP zvyčajne spôsobené homozygotnými alebo zloženými heterozygotnými mutáciami a prejavujú sa ako recesívne ochorenie. V prípadoch miernych alebo stredne ťažkých foriem s autozomálne dominantnou dedičnosťou zahŕňajú základné mechanizmy buď dominantný negatívny účinok jednej heterozygotnej mutácie, intrónových mutácií alebo mutácií v regulačnej sekvencii.

Genetická diagnostika je založená na identifikácii mutácie ALPL a je rozhodujúca pre diagnostiku prenatálnej HPP, hoci sa nepovažuje za nevyhnutný predpoklad pre diagnostiku iných typov HPP. Prístupy molekulárneho testovania zahŕňajú sériové testovanie jedného génu, v ktorom po sekvenčnej analýze génu ALPL nasleduje analýza delécie/duplikácie, ak sa nájde iba jeden alebo žiadny patogénny variant, alebo stratégia multigénového panelu, ktorá môže zahŕňať, okrem ALPL, ďalšie gény. Sekvenčná analýza môže detegovať malé intragénne delécie/inzercie a missense, nonsense alebo splice varianty, ktoré môžu byť patogénne, ale aj benígne alebo neistého významu. Použité metódy môžu zahŕňať kvantitatívnu polymerázovú reťazovú reakciu (PCR), long-range PCR, ligation-dependent probe amplification (MLPA) alebo géново zacielené microarray navrhnuté na detekciu delécií alebo duplikácií jedného exónu. Uvádzajú sa aj mutácie v nekódujúcich oblastiach génu, ktoré ovplyvňujú funkčnosť proteínu, aj keď sa v súčasnosti v klinickej praxi nepoužívajú. V týchto prípadoch sa môže použiť aj komplexnejšie testovanie genómu vrátane sekvenovania exómu a genómu, podľa ktorého sa dajú zistiť delécie alebo duplikácie celého génu. V prípadoch, keď panel s jedným génom nepotvrdí diagnózu u jedinca vysoko podozrivého na HPP, by sa mali zväžiť aj iné gény, ktoré môžu regulovať aktivitu TNSALP, ako je RUNX2, ktorý je rozhodujúci pre diferenciáciu a tvorbu kostí.¹⁰

Diferenciálne diagnosticky je potrebné odlíšiť krivicu (akéhokoľvek pôvodu), osteogenesis imperfecta, kleidokraniálnu dyspláziu. Pri rachitíde je však vždy zvýšená hodnota S-ALP, zatiaľ čo pri osteogenesis imperfecta alebo kleidokraniálnej dysplázii je S-ALP v rozmedzí referenčných hodnôt pre daný vek. Pri

kleidokraniálnej dysplázii je na röntgenovej snímke hrudníka vždy viditeľná absencia klavikuly, či jeho hypoplázia. ^{1,2, 13}

Tabuľka č. 2

|  Diferenciálna diagnostika HPP ¹ | | | |
|---|------------|------------------|--------------------------------|
| | HPP | Rachitida | Osteogenesis imperfecta |
| Kalcium | N alebo ↑ | N alebo ↓ | N |
| Fosfát | N alebo ↑ | ↓ | N |
| ALP | ↓ | ↑↑ | N alebo ↑ |
| Parathormón | N alebo ↓ | ↑↑ | N |

HPP – hypofosfatázia, ALP – alkalická fosfatázia, N – normálna, ↑ - zvýšená hodnota, ↓ - znižovaná hodnota, ↑↑ - veľmi vysoká hodnota


Definitívne potvrdenie diagnózy je molekulárne genetická analýza.

Laboratórne testy

Kľúčové laboratórne vyšetrenie je vyšetrenie S-ALP. Normálne koncentrácie ALP sa v priebehu života menia (viď tabuľka č. 3), rôzne laboratória tiež udávajú aj rôzne referenčné hodnoty pre jednotlivé vekové skupiny. ^{8,19}

Pre diferenciálnu diagnostiku je tiež potrebné vyšetrenie vápnika, fosfátu a parathormónu.

Tabuľka č. 3

|  Referenčné hodnoty ALP pre jednotlivé vekové skupiny¹⁴ | | |
|--|----------------------|----------------------|
| Vek | Muži (ukat/l) | Ženy (ukat/l) |
| 0 - 6T | 1,20 - 6,30 | 1,20 - 6,30 |
| 6T - 1R | 1,40 - 8,0 | 1,40 - 8,0 |
| 1R - 10R | 1,12 - 6,20 | 1,12 - 6,20 |
| 10R - 15R | 1,35 - 7,50 | 1,35 - 7,50 |
| 15R - 99R | 0,67 - 2,15 | 0,58 - 1,74 |

Zobrazovacie metódy

Perinatálna forma HPP – prenatalná ultrasonografická detekcia

Infantilná forma HPP a ostatné formy – ultrasonografia, röntgen, CT, rádiografia, rádionuklidový kostný scan, MRI, renálny UZ

Komplikácie

Perinatálna forma HPP - pred zavedením rekombinantnej ALP bola vždy fatálna. Po narodení sa u týchto detí objavuje akútna respiračná tieseň väčšinou s nutnosťou ventilačnej podpory. Bez terapie sa celkový stav týchto detí progresívne horší a umierajú najčastejšie v dôsledku respiračnej insuficiencie v prvých týždňoch či mesiacoch života. ^{1,2}

Infantilná forma HPP - neprospievanie, problémy s kŕmením, svalová slabosť, oneskorenie v psychomotorickom vývoji, nápadné deformity hrudníka, porucha rastu, hypertelorizmus, kraniostenóza, respiračné infekty, recidivujúci bronchopneumónie, pyridoxín rezpozívne kŕče. ^{1,2}

Detská forma HPP - predčasná strata primárnej dentície, rachitické zmeny, chronická bolesť.^{1,2}

Adultná forma HPP - predčasná strata primárnej dentície, stresové/bolestivé fraktúry, ktoré sa ťažko hoja, bilaterálne femorálne pseudofraktúry, ktoré sú chronické a bolestivé, svalová slabosť, abnormálna chôdza, ektopické kalcifikáty, chronická bolesť. Prejavy HPP môžu zhoršiť telesné funkcie a pohyblivosť, obmedzujú aktivity každodenného života a negatívne ovplyvňujú kvalitu života pacientov (HRQoL). Pacienti používajú barly a palice pre pomoc pri chôdzi, majú upravený domov – kúpeľne atď. Veľa pacientov je kvôli svojej chorobe postihnutá okrem fyzických prejavov aj zhoršeným psychickým stavom.^{1, 2, 7, 18}

Liečba

Do roku 2015 bola liečba týchto pacientov iba symptomatická. Perinatálne a infantilné formy boli letálne. Taktiež bola skúšaná transplantácia buniek kostnej drene.^{2,17} Teraz je k dispozícii rekombinantná ALP – asfotáza alfa, ktorá je vyrobená rekombinantnou DNA technológiou, ktorá výrazne prispieva k zlepšeniu. Liek sa podáva 3x do týždňa subkutánnou injekciou a je indikovaný na dlhodobú enzýmovú substitučnú liečbu u pacientov s hypofosfatáziou, u ktorých sa prvé príznaky ochorenia objavili do 18 rokov veku, za účelom liečby kostných prejavov tohto ochorenia.^{1,14}

Skúsenosti ukazujú zlepšenia stavu detí s HPP vo viacerých parametroch, teda muskuloskeletárnej, respiračnej, psychomotorickej aj neurologickej symptomatológii aj zvýšení kostnej mineralizácie. Najväčší profit zo substitúcie ALP majú deti s najťažšími formami HPP (najmä infantilnou formou). Prognóza týchto pacientov aj ich kvalita života sa zlepšila. Pri bolestiach končatín sa uplatňujú nesteroidné antireumatiká (NSAID). Nutná je taktiež stomatologická starostlivosť a kontroly chrupu, najmenej 2x ročne.^{1, 2, 15, 16}

Liečba hypofosfatázie u dospelých nie je jednoznačne definovaná. Asfotáza alfa sa podáva tým dospelým, u ktorých sa dokázali prejavy ochorenia v detstve. Podľa najnovších dát, liečba HPP asfotázou alfa u jedincov s detskou aj dospelou formou viedla k významnému subjektívnemu zlepšeniu muskuloskeletálnych a kognitívnych prejavov a kvality života pacientov. Rozhodnutie o liečbe je potrebné individuálne upraviť podľa dostupných klinických informácií, vrátane preferencie pacienta.^{20,21}

U pacientov s HPP sa nesmú podávať bisfosfonáty, pretože tieto lieky znižujú kostný obrat a v prípade HPP zhoršujú mineralizáciu skeletu a zvyšujú riziko fraktúry. Nadmerný príjem vitamínu D môže potencovať hyperkalcémiu a hyperkalcériu.^{8, 20}

Neskorá diagnostika môže zhoršovať prognózu pacientov s HPP. Vzhľadom ku komplexnej problematike starostlivosti o deti s HPP, je nutné tieto deti sledovať a liečiť v centrách so skúseným multidisciplinárnym tímom, ktorý zahŕňa okrem pediatrického endokrinológa tiež neurochirurga, neurológa, nefrológa, otorinolaryngológa, pediatrického pneumofizeológa, ortopéda a anestéziológa a intenzivistu. Prenatálne a neimplantačné poradenstvo je v rukách klinických genetikov v týchto centrách.¹

Prognóza

Perinatálna forma - pred zavedením rekombinantnej ALP bola vždy fatálna. Napriek zavedenej terapii zostáva väčšina týchto pacientov polymorbídna so spornou prognózou budúceho zapojenia do bežného života.

Infantilná forma - prognóza týchto detí je bez terapie veľmi vážna, približne 50 % z nich umieralo v dojčenskom veku. Najväčší profit zo substitúcie ALP majú deti s najťažšími formami HPP (najmä infantilnou formou), pre ktoré je táto možnosť život zachraňujúca. ^{1,2}

Adultná forma - klinické spektrum ochorenia je u dospelých mimoriadne široké. Väčšina pacientov s dospelou formou HPP má muskuloskeletálne ťažkosti, chronické bolesti (vrátane bolesti hlavy). Chronická svalová bolesť a slabosť predstavujú pre pacientov s HPP značnú záťaž a sú spojené so zníženou pohyblivosťou a fyzickou aktivitou. ⁴

Neskorá diagnostika môže zhoršovať prognózu všetkých pacientov s HPP. Hypofosfatázia je závažné, ale v súčasnosti už liečiteľné ochorenie. Včasné stanovenie správnej diagnózy je absolútne zásadné pre zlepšenie prognózy týchto pacientov.

Stanovisko odborníkov (posudková činnosť, revízná činnosť, PSZ a pod.)

Z posudkového hľadiska, posudkoví lekári Sociálnej poisťovne posudzujú na účely invalidity pacientov s týmto ochorením podľa Prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. Vyhodnocujú všetky pretrvávajúce fyzické, psychické, metabolické a kognitívne zmeny a podľa závažnosti príznakov ochorenia určia percentuálnu mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v súlade s platnou legislatívou až do 90 % v prípade ťažkého obmedzenia výkonnosti organizmu. Prihliada sa aj na typ vykonávaného zamestnania pacienta. U tých pacientov, u ktorých dochádza pri liečbe k významnému zlepšeniu zdravotného stavu, nie je dôvod na uznanie invalidity. Odôvodnená je dočasná pracovná neschopnosť, ak túto pacientovi odporučí odborný ošetrojúci lekár.

V prípade tohto ochorenia u detí a mladistvých, rodič má nárok na predĺženie rodičovského príspevku najdlhšie však do šiestich rokov veku dieťaťa, ak ide o dieťa, ktoré má dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav a vyžaduje si osobitnú starostlivosť. Dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa posudzuje príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny podľa miesta trvalého pobytu alebo prechodného pobytu oprávnenej osoby na základe žiadosti, na podklade predloženej lekárskej dokumentácie o zdravotnom stave dieťaťa. Z posudkového hľadiska, posudkoví lekári Sociálnej poisťovne posudzujú dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť, a to na účely § 15 ods. 1d zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, t. j. na účely dôchodkového poistenia osoby, ktorá sa riadne stará o takéto dieťa od dovŕšenia 6 rokov jeho veku, u endokrinných chorôb najdlhšie do 15 rokov veku. Posudkoví lekári posudzujú zdravotný stav na základe doložených odborných lekárskeho nálezu s dokumentovaným stupňom závažnosti ochorenia. Sociálna poisťovňa vydá posudok o zdravotnom stave dieťaťa z vlastného podnetu na základe dát poskytnutých Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny, alebo na základe žiadosti opatrovateľa dieťaťa. Za osobitnú starostlivosť pacientov detského a adolescentného veku sa podľa Prílohy č. 2 – „Choroby a stavy, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť“ k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, považuje podávanie liekov, denný dozor, sprevádzanie do špecializovaných zdravotníckych zariadení.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje informovaný súhlas v zdravotnej dokumentácii v súlade s § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.. Týmto pacient vyjadří svoj súhlas s aktuálne aj v budúcnosti realizovanými diagnostickými aj liečebnými postupmi.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia tohto štandardného postupu do roka a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby, a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Literatúra

1. Šumník Z, et al. Hypofosfatázie: Kedy na ni myslieť a ako ju liečiť. *Pediatr. praxi.* 2016; 17(3): 146–149
2. Kutílek Š, et al. Hypofosfatázie – onemocnění skeletu, na které musíme myslět. *Čes-slov Pediatr* 2017; 72 (4): 228–231
3. Weiss MJ, et al. Structure of the human liver/bone/kidney alkaline phosphatase gene. *J Biol Chem* 1988; 218: 12002–12010
4. Bianchi ML, et al. Hypophosphatasia in adolescents and adults: overview of diagnosis and treatment. *Osteoporos Int* 31, 1445–1460 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05345-9>
5. Khan AA, et al. Hypophosphatasia diagnosis: current state of the art and proposed diagnostic criteria for children and adults. *Osteoporos Int* (2023). <https://doi.org/10.1007/s00198-023-06844-1>
6. Sebastián-Serrano Á, et al. Haploinsufficient TNAP mice display decreased extracellular ATP levels and expression of pannexin-1 channels. *Front Pharmacol* 2018; 9:170
7. Seefried L, et al. Burden of illness in adults with hypophosphatasia: data from the Global Hypophosphatasia Patient Registry. *J Bone Miner Res* 2020; 35(11):2171–2178
8. Whyte MP. Atypical femoral fractures, bisphosphonates, and adult hypophosphatasia. *J Bone Miner Res* 2009; 24(6):1132–1134
9. Bishop N. Clinical management of hypophosphatasia. *Clin Cases Mineral Bone Metab* 2015; 12(2):170–173
10. Tournis S, et al. Hypophosphatasia. *J. Clin. Med.* 2021, 10, 5676. <https://doi.org/10.3390/jcm10235676>
11. Mornet E, et al. Hypophosphatasia: a genetic-based nosology and new insights in genotype-phenotype correlation. *European Journal of Human Genetics* 2021; 29:289–299 <https://doi.org/10.1038/s41431-020-00732-6>
12. Watanabe A, et al. Perinatal hypophosphatasia caused by uniparental isodisomy. *Bone* 2014; 60: 93–97.
13. Turan S, et al. Serum alkaline phosphatase levels in healthy children and evaluation of alkaline phosphatase z-scores in different types of rickets. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2011; 3: 7–11.
14. SmPC Strensiq, https://www.ema.europa.eu/sk/documents/product-information/strensiq-epar-product-information_sk.pdf
15. Whyte MP, et al. Enzyme-replacement therapy in life-threatening hypophosphatasia. *N Engl J Med* 2012; 366: 904–913.
16. Whyte MP, et al. Asfotase Alfa Treatment Improves Survival for Perinatal and Infantile Hypophosphatasia. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101: 334–342.
17. Whyte MP, Kurtzberg J, McAlister WH, et al. Marrow cell transplantation for infantile hypophosphatasia. *J Bone Miner Res* 2003; 18: 624–636.
18. Zima Tomáš, *Laboratórna diagnostika, druhé vydanie, vydavateľstvo Galén, 2007*
19. Colantonio DA, Kyriakopoulou L, Chan MK, Daly CH, Brinc D, Venner AA, Pasic MD, Armbruster D, Adeli K. Closing the gaps in pediatric laboratory reference intervals: a CALIPER database of 40 biochemical markers in a healthy and multiethnic population of children. *Clin Chem.* 2012 May;58(5):854-68.
20. Kužma et al. Hypofosfatázia u dospelých. *Interná med.* 2018; 18(4):179-182
21. Alsarraf F, Ali DS, Almonaei K, Al-Alwani H, Khan AA, Brandi ML. Hypophosphatasia: presentation and response to asfotase alfa. *Osteoporos Int.* 2024 Apr;35(4):717-725. doi: 10.1007/s00198-023-06943-z.

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. novembra 2025

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

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:

Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu 2. revízia

Autorský kolektív:

MUDr. Michal Turček, PhD.

PhDr. Zuzana Kamendy, PhD.

MUDr. Miroslav Grohol

MUDr. Eduard Višňovský

MUDr. Boris Bodnár, MBA

Mgr. Peter Knapík

PhDr. Vladimír Stanislav PhD., MPH

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.

Špecializačný odbor:

Medicína závislostí

Recenzenti:

hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Mílada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Stanoviská: Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS, Sekcia medicíny závislostí SPsS SLS, Asociácia klinických psychológov Slovenska, Slovenská komora psychológov

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisiai MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|---|-----------|---|
| 0146R2 | 9. október 2025 | schválené | 1. november 2025 |
| 0146R1 | 24. október 2023 | schválené | 15. november 2023 |
| 0146 | 11. marec 2021 | schválené | 15. máj 2021 |

Kľúčové slová

závislosť od alkoholu, diagnostika, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|-----------------|--|
| AA | Anonymní alkoholicy |
| AAF | podiel alkoholu na úmrtiach (Alcohol-Attributable Fraction) |
| ALT | alanínaminotransferáza |
| ARBD | alkoholové poškodenie mozgu (Alcohol-Related Brain Damage) |
| AST | aspartátaminotransferáza |
| AUD | Alcohol Use Disorder |
| AUDIT | Alcohol Use Disorders Identification Test (skriningový dotazník) |
| BZD | benzodiazepíny |
| CAGE | „Cutting down / Annoyance by criticism / Guilty feelings / Eye-opener“ (skriningový dotazník) |
| CDT | karbohydrát-deficientný transferín |
| CGI | celkový klinický dojem (Clinical Global Impression) |
| CIDI | Composite International Diagnostic Interview (štruktúrovaný diagnostický rozhovor pre MKCH-10) |
| CPČ | Certifikovaná pracovná činnosť |
| DSM-5 | Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5. vydanie |
| EMA | Európska lieková agentúra (European Medicines Agency) |
| EtG | etylglukoronid |
| EÚ | Európska únia |
| GABA | kyselina γ -aminomaslová |
| GMT | γ -glutamyltransferáza |
| HDP | hrubý domáci produkt |
| KBT | kognitívno-behaviorálna terapia |
| M.I.N.I. | Mini International Neuropsychiatric Interview (štruktúrovaný diagnostický rozhovor pre MKCH a DSM) |
| MCV | stredný objem erytrocytov (Mean Corpuscular Volume) |
| MET | terapia posilňujúca motiváciu (Motivation Enhancement Therapy) |
| MKCH-10 | Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia |
| NCZI | Národné centrum zdravotníckych informácií |
| OECD | Organization for Economic Cooperation and Development |
| PEth | fosfatidyletanol |
| SR | Slovenská republika |
| SZO | Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization) |
| ŠOP | Štandardný operačný postup |
| ŠDTP | Štandardné preventívne, diagnostické a terapeutické postupy |

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (ďalej len „psychiater“) s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti medicína závislostí komplexné klinické vyšetrenie, diagnostika a liečba závislosti od alkoholu, indikovanie základných a špecifických laboratórnych vyšetrení, diagnostika a liečba s ňou súvisiacich duševných porúch, indikovanie vyšetrení somatických komplikácií, spadajúcich do kompetencie lekárov príslušných iných špecializácií, konzultácie a konziliárne vyšetrenia v spolupráci s lekármi iných odborov u pacientov s podozrením alebo novým zistením závislosti od alkoholu a drog, tvorba individuálneho terapeutického plánu, indikovanie farmakoterapie, psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie pacientovi aj blízkym osobám, poskytovanie krátkej psychoterapeutickej intervencie, poskytovanie psychoterapie pacientovi aj blízkym osobám, vedenie skupinovej psychoterapie, indikovanie a realizácia a vedenie komplexného liečebného programu u závislostí, indikovanie a vedenie špecifickej udržiavacej (substitučnej) liečby a administratívne dokumentovanie priebehu, návrhov na zmenu formy a na ukončenie súdom nariadenej protialkoholickéj a protitoxikomanickej liečby, realizácia vyšetrenia za účelom zistenia/vylúčenia závislosti od alkoholu a drog u vodičov, ktorí riadili motorové vozidlo pod ich vplyvom.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria - komplexné klinické vyšetrenie, diagnostika a liečba závislosti od alkoholu, indikovanie základných a špecifických laboratórnych vyšetrení, diagnostika a liečba s ňou súvisiacich duševných porúch, indikovanie vyšetrení somatických komplikácií spadajúcich do kompetencie lekárov príslušných iných špecializácií, konzultácie a konziliárne vyšetrenia v spolupráci s lekármi iných odborov u pacientov s podozrením alebo novým zistením závislosti od alkoholu, tvorba individuálneho terapeutického plánu, indikovanie farmakoterapie, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie pacientovi aj blízkym osobám, vedenie liečebného programu a administratívne dokumentovanie priebehu, návrhov na zmenu formy a na ukončenie súdom nariadenej protialkoholickéj liečby, realizácia vyšetrenia za účelom zistenia/vylúčenia závislosti od alkoholu u vodičov, ktorí riadili motorové vozidlo pod vplyvom alkoholu, supervízia lekárov bez špecializácie.

Lekár zaradený do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore psychiatria - komplexné klinické vyšetrenie, diagnostika a liečba závislosti od alkoholu, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie pacientovi aj blízkym osobám, indikovanie vyšetrení somatických komplikácií spadajúcich do kompetencie lekárov príslušných iných špecializácií, diagnostika a liečba psychiatrických komplikácií závislosti od alkoholu pod dohľadom psychiatra, tvorba individuálneho terapeutického plánu pod dohľadom psychiatra.

Iný lekár so špecializáciou v inom odbore ako psychiatria (všeobecný lekár, iný špecialista, zubný lekár, lekár bez špecializácie) - skrining, indikovanie psychiatrického vyšetrenia pacientovi pre podozrenie existencie diagnózy závislosti od alkoholu, spolupráca s psychiatrom pri tvorbe a manažmente terapie u pacienta so somatickými ťažkosťami, u ktorých sa konzumácia alkoholu podieľa na ich vzniku, alebo významne sťažuje ich liečbu, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie, včasná identifikácia a zahájenie liečby akútnych komplikácií syndrómu odňatia a včasná prevencia ďalších komplikácií.

Psychológ - realizácia psychodiagnostického vyšetrenia pod dohľadom klinického psychológa, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie pod dohľadom klinického psychológa, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným / blízkym osobám pod dohľadom klinického psychológa alebo psychiatra, participovanie na psychoterapeutických aktivitách v komunitnej starostlivosti pod dohľadom klinického psychológa alebo psychiatra.

Klinický psychológ – realizácia psychodiagnostického vyšetrenia, indikácia psychiatrického vyšetrenia, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám.

Klinický psychológ s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti Psychoterapia - realizácia psychodiagnostického vyšetrenia, indikácia psychiatrického vyšetrenia, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám, poskytovanie individuálnej a skupinovej psychoterapie, participovanie na psychoterapeutických aktivitách v komunitnej starostlivosti.

Klinický psychológ s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti látkové a nelátkové závislosti - realizácia psychodiagnostického vyšetrenia, indikácia psychiatrického vyšetrenia, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, vypracovanie plánu psychosociálnych intervencií a vedenie individuálnej a skupinovej terapie závislosti, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám v spolupráci s psychiatrom. Vypracovanie terapeutického plánu a vedenie terapie nelátkových závislostí.

Psychológ s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti látkové a nelátkové závislosti - psychodiagnostika závislosti, indikácia terapie závislosti, vypracovanie plánu terapie závislostí, vykonávanie skupinovej terapie závislosti a terapeutických komunit.

Praktická sestra – asistent - ošetrovateľské činnosti definované vyhláškou MZ SR č. 321/2005 Z.z..

Sestra - ošetrovateľská starostlivosť je realizovaná v zmysle zákona a v rozsahu ošetrovateľskej praxe sestry podľa vyhlášky MZ SR č. 208/2024 Z.z.. Je poskytovaná v súlade s legislatívnymi požiadavkami na personálne obsadenie pracovísk, so zohľadnením profesijných titulov a získaním odbornej spôsobilosti pre výkon odborných, certifikovaných a špecializovaných pracovných činností. Konkrétne podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, pri špecializácii v psychiatrii skrining a poradenstvo pri problémoch s alkoholom, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie a techniky činnostnej terapie.

Sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii - poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zmysle zákona a v rozsahu ošetrovateľskej praxe sestry podľa vyhlášky MZ SR č. 208/2024 Z.z a poskytovanie špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti samostatne v rozsahu získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností.

Liečebný pedagóg - terapeuticko-výchovná činnosť, liečebno-pedagogické poradenstvo, psychoedukácia, komunitná činnosť, konzultačno-poradenské intervencie smerom do životného prostredia pacienta, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, dramaterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie.

Liečebný pedagóg, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností - samostatne vykonávanie špecializovaných pracovných činností podľa akreditovaného špecializačného študijného programu, samostatne vykonávanie konzultačnej, výskumnej, vzdelávacej alebo výchovnej činnosti v zdravotníctve v súlade s aktuálne platnou legislatívou.

Liečebný pedagóg, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon certifikovanej pracovnej činnosti Psychoterapia - samostatne vykonávanie certifikovaných pracovných činností podľa akreditovaného certifikačného študijného programu príslušnej certifikovanej pracovnej činnosti.

Liečebný pedagóg, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon certifikovanej pracovnej činnosti látkové a nelátkové závislosti - samostatne vykonávanie certifikovaných pracovných činností podľa akreditovaného certifikačného študijného programu príslušnej certifikovanej pracovnej činnosti.

Sociálny pracovník - psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právne poradenstvo a asistencia.

Fyzioterapeut - rehabilitácia pohybového aparátu osôb so závislosťou s využitím špeciálnych postupov a techník fyzioterapie a činnostnej terapie, psychoedukatívna podpora zdravia a zdravého životného štýlu.

Sanitár - samostatne vykonávanie základnej dezinfekcie a starostlivosti o pomôcky a prostredie, hygienickej starostlivosti o rehabilitačné pomôcky, transportu biologického materiálu do príslušných laboratórií, transportu osoby na vyšetrenia a operačné zákroky, pomoci osobám, ktoré vyžadujú asistenciu pri stravovaní, ďalej vykonávanie procesu základného hygienického filtra u dospelých osoby a tiež vykonávanie likvidácie infekčného a kontaminovaného materiálu.

Sanitár v spolupráci so sestrou - asistencia pri podávaní jedla dospelým osobám, asistencia pri vykonávaní hygienickej starostlivosti o osobu, manipulácii a polohovaní osôb.

Úvod

Konzumácia alkoholu patrí v 21. storočí popri obezite, fajčení tabaku a nedostatku pohybovej aktivity k štyrom najčastejším preventabilným činiteľom zhoršujúcim zdravie a skracujúcim dĺžku života. Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) zdôrazňuje, že zo zdravotného hľadiska je rizikové pitie akéhokoľvek množstva alkoholu, pričom riziko poškodenia zdravia i vytvorenia závislosti rastie úmerne s množstvom konzumovaného alkoholu. Škody spôsobené alkoholom predstavujú celosvetovo viac ako 1 % HDP, ale na liečbu a prevenciu sa napr. v Európskej únii vynakladajú prostriedky vo výške iba asi 4 % z tohto objemu. Experti SZO pritom vyčíslili, že prostriedky vložené do prevencie a liečby závislosti od alkoholu majú vysokú ekonomickú návratnosť. Závislosť od alkoholu má z hľadiska zdravotných a sociálnych škôd medzi poruchami zapríčinenými pitím alkoholu kľúčové postavenie a samotná je v pozadí až 62 % všetkých ekonomických škôd spôsobených alkoholom.

Závislosť od alkoholu je závažná psychická porucha chorobného charakteru s ďalšími škodlivými telesnými, duševnými a sociálnymi dôsledkami a s vysokou pravdepodobnosťou smerovania k chronickému recidivujúcemu priebehu. Predstavuje závažný problém verejného zdravotníctva a v medicíne je spolu so svojimi negatívnymi sociálnymi dopadmi predmetom interdisciplinárnej starostlivosti.

Škody spôsobené alkoholom majú dosah nielen na jedinca so závislosťou, ale aj na jeho rodinu, blízke osoby a celú spoločnosť. Na ich odstraňovaní sa podieľajú najmä vládne rezorty zdravotníctva, sociálnych vecí a rodiny, vnútra a spravodlivosti. Všetky uvedené spolu s rezortmi školstva (výskumu, vývoja a mládeže), kultúry, dopravy, hospodárstva aj financií majú zároveň úlohy v prevencii pitia, ktoré k závislosti môže viesť. Koordinácia medzisektorového úsilia je realizovaná v rámci Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom v gescii Úradu verejného zdravotníctva.

Medicínskym cieľom manažmentu pacienta so závislosťou od alkoholu je efektívna diagnostika a liečba v súlade s dobrou medicínskou praxou a s orientáciou na optimálny výsledok, čo v praxi znamená dosiahnutie dlhodobej abstinencie, predchádzanie relapsom a v odôvodnených prípadoch aj redukcia konzumu alkoholu (ako prechodný cieľ na ceste k plnej abstinencii) v rámci stratégie redukcie škôd (angl. harm reduction). Dodržanie týchto ŠDTP vedie k maximalizácii úspešnosti a naopak ich opomenutie môže negatívne ovplyvniť výsledný efekt manažmentu. ŠDTP zároveň poskytujú náčrt základného rámca prevencie, ktorá však má v medicínskej oblasti významne interdisciplinárny charakter a je preto predmetom samostatných štandardných medicínskych postupov.

Pri tvorbe textu autori vychádzali predovšetkým zo zdrojov typu významných medzinárodných a národných štúdií, prehľadových článkov, metaanalýz, medzinárodných guidelineov, oficiálnych národných štatistík, ako aj odborných tematických monografií, pričom všetky použité zdroje sú uvedené v zozname literatúry na konci dokumentu. Do štandardu autori aplikovali grading iba v prípade, ak bol dostupný a dohľadateľný z renomovaných medzinárodných zdrojov. Všetky ďalšie tvrdenia v ŠDTP neobsahujúce grading vychádzajú z poznatkov evidence-based medicine, hoci neboli všetky podrobené rigoróznemu skrutíniu formou metaanalýz.

Prevencia

SZO identifikovala tri najúčinnějšíe globálne opatrenia na redukciiu škodlivého užívania alkoholu:

- a) obmedzenie marketingu pitia alkoholu;
- b) zvýšenie spotrebnej dane z alkoholu so stanovením minimálnej jednotkovej ceny;
- c) obmedzenie času a miest predaja alkoholických nápojov.

Zákonná regulácia na národnej úrovni vyžaduje vyvážený prístup so zohľadnením iných faktorov, napríklad ekonomických záujmov a kultúrnych zvyklostí. V závislosti od miery implementácie týchto odporúčaní a intenzity ich kontroly sa odvíja potom okrem iných poškodení aj výskyt ľudí so závislosťou od alkoholu a následne efektívnosť jej liečby. Poukazuje sa aj na to, že samotné vzdelávanie mladých ľudí a zdravotnícka osвета o rizikách pitia nemôžu byť účinnou protiváhou masívnej reklamy, nízkych cien a širokej dostupnosti alkoholických nápojov; ich preventívne pôsobenie je v takom prípade veľmi obmedzené. Podčiarkuje to potrebu celospoločenského multisektorového prístupu. Významnou súčasťou cieľov národnej politiky by mali byť zmeny kultúrnych a spoločenských stereotypov, v ktorých hrá konzumácia alkoholu významnú rolu.

Globálny akčný plán Svetovej zdravotníckej organizácie pre boj proti alkoholu na roky 2022 – 2030, ktoré schválilo WHO v máji 2022 s cieľom účinne implementovať globálnu stratégiu na zníženie škodlivého užívania alkoholu ako prioritu verejného zdravia. Účinnými prostriedkami prevencie a včasnej identifikácie rozvoja závislosti od alkoholu sú zdravotnícky skrining a krátke intervencie. Tie môžu byť poskytované najmä zdravotníkmi v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti, v rámci záchranej zdravotnej starostlivosti alebo na oddelení urgentného príjmu. Ale aj v sociálnej starostlivosti, v nízkoprahových službách, v zariadeniach pre ľudí bez domova, v terénnych službách poskytovaných neziskovými mimoládnymi a charitatívnymi organizáciami.

Na národnej úrovni zodpovedá za tvorbu a koordináciu realizácie prevencie organizačná zložka na Úrade verejného zdravotníctva SR, ktorá používa ako implementačný nástroj s medzirezortným dosahom Národný akčný plán pre problémy s alkoholom.

Epidemiológia

Slovensko patrí v celosvetovom meradle ku krajinám s vysokou spotrebou alkoholu na obyvateľa. Podľa údajov OECD publikovaných v roku 2023 bola priemerná ročná spotreba čistého alkoholu na dospelého (vrátane abstinujúcich) na Slovensku 9,4 litra, kým priemer medzi rozvinutými krajinami združenými v OECD bol 8,6 litra. Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) z roku 2024 osoby vo veku ≥ 15 rokov, ktoré konzumujú alkohol (približne 74 % populácie SR), spotrebujú ročne v prepočte 14,4 litra čistého liehu, čo zodpovedá približne 31 g 100 % alkoholu denne. V porovnaní s celosvetovým priemerom (44 %) je táto spotreba výrazne vyššia, pričom európsky priemer predstavuje 27 g denne.

Podľa výsledkov štúdie ESPAD z roku 2024 bola celoživotná prevalencia užívania alkoholu 87,3 % u študentov vo veku 14 – 19 rokov. V dlhodobom časovom horizonte je zjavný mierne klesajúci trend celoživotnej prevalencie alkoholu medzi adolescentmi: v roku 2003 dosahovala 98,0 %, v roku 2015 to bolo 94,9 %, pričom v roku 2024 už 87,3 %. Analýza vekových kohort zároveň potvrdzuje jednoznačný trend nárastu frekvencie konzumácie s pribúdajúcim vekom. V skupine ≤ 14 rokov deklarovalo abstinenciu (nikdy nepilo alkohol) 21,2 % respondentov, zatiaľ čo vo vekovej kategórii ≥ 18 rokov tento podiel klesol na 9,3 %.

Podľa údajov SZO je ročný výskyt závislosti v populácii SR nad 14 rokov približne 5,5 % (10 % u mužov a 1 % u žien); ak pripočítame diagnózu škodlivého pitia, ide o 10 % v populácii ≥ 15 rokov. Iba asi 10 % pacientov so závislosťou od alkoholu je diagnostikovaných, pričom percento liečených je ešte nižšie.

Ročne sa v SR realizuje vyše 100 000 ambulantných vyšetrení s diagnostickým záverom závislosť od alkoholu (F10.2 v MKCH-10), pričom 99,9 % z nich sú dospelí pacienti a vyše 70 % z nich tvoria muži. Tieto vyšetrenia zahŕňajú približne 25 000 osôb; incidencia novodiagnostikovanej závislosti je asi 5000 prípadov ročne. Ročne sa v SR realizuje vyše 11000 hospitalizácií pre poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu (F10.x v MKCH-10), pričom asi 75 % z nich tvoria muži.

Pacienti s diagnózou závislosti od alkoholu sú počtom na 1. mieste a tvoria najväčšiu časť (26 % v roku 2018) spomedzi všetkých pacientov s duševnými poruchami, ktorí vyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na špecializovaných psychiatrických lôžkach. Reflektuje to medicínsku závažnosť najmä akútnych stavov, ale aj absenciu komplexnej starostlivosti pre ľudí s touto diagnózou. V určitom kontraste s počtom hospitalizácií sa totiž v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti počet návštev pacientov s diagnózou závislosti od alkoholu dlhodobo pohybuje so 7 % zastúpenia medzi diagnózami duševných porúch až na 5. mieste.

Odhaduje sa, že asi 10 % ľudí nadužívajúcich alkohol má závažné komorbídne duševné ochorenie (napríklad bipolárna afektívna porucha, schizofrénia), 50 % má poruchu osobnosti a až do 80 % má miernu poruchu nálady. Pri závislosti od alkoholu sa však hromadia aj početné somatické zdravotné dôsledky. Tieto zdravotné poškodenia zahŕňajú vyše 200 rôznych diagnostických jednotiek. Ide o poruchy zdravia a úmrtia z vnútorných príčin (cirhóza pečene, onkologické ochorenia, diabetes mellitus a iné) aj z vonkajších príčin (otravy, úrazy a napadnutia, sebapoškodzujúce správanie a iné). V SR je každé šieste pitvané násilné úmrtie v súvislosti s intoxikáciou alkoholom. Štandardizovaná miera úmrtnosti v kauzálnej spojitosti s alkoholom v SR je 1,6-násobkom priemeru Európskej únie. Podľa aktuálneho odhadu SZO je podiel alkoholu na úmrtiach (AAF) v SR 8,3 %, čo u nás predstavuje 4 500 úmrtí ročne. Štatisticky podľa údajov NCZI sú úmrtia spôsobené alkoholickým poškodením pečene v poradí 5. najčastejšou príčinou. Avšak po revízii alkoholizmu spôsobil vrátane iných diagnóz (napr. intoxikácie), až o 60% viac úmrtí, čo by ho radilo na 2. miesto, hneď za kardiovaskulárne choroby.

Patofyziológia

Poruchy v dôsledku užívania alkoholu sa rozvíjajú na genetickom, psychosociálnom a environmentálnom pozadí. Chronické pitie alkoholu vedie k zmenám neuroadaptácie v mozgu, ktoré s najvyššou pravdepodobnosťou tvoria podstatu závislosti od alkoholu. Súčasný výskum poukazuje na niekoľko patofyziologických mechanizmov, ktoré sa podieľajú na vývoji a udržiavaní závislosti od alkoholu.

Jeden mechanizmus zahŕňa opioidný a mezolimbický dopamínergický systém, ktorých zmeny v skorých fázach ochorenia navodzujú hyperdopamínergický stav a s ním súvisiace prahunie po alkohole a relaps pitia kvôli účinkom pozitívneho posilňovania pri konzumácii alkoholu. V pokročilejších fázach ochorenia sa v tomto systéme uplatňuje hypodopamínergický stav, ktorý sa vyskytuje najmä počas syndrómu z odňatia alkoholu po dlhodobom chronickom pití, a ktorý je sprevádzaný stavom dysfórie nabádajúcej na obnovenie pitia.

Druhý mechanizmus zahŕňa niekoľko komponentov glutamátergického a GABA-ergického systému, ktorých zmeny navodzujú hyperglutamátergický / hypoGABA-ergický stav a s ním súvisiace vyhľadávanie alkoholu a udržiavanie pitia kvôli účinkom negatívneho podmienovania po rozvoji abstinenčného syndrómu.

Neurokognitívne poruchy zapríčinené alkoholom majú zložitejšiu genézu, kde sa okrem vplyvu samotného etanolu podstatnejšie uplatňuje vplyv jeho reaktívnych metabolitov, nutričná a vitamínová deficiencia, alkoholom navodené poškodenie pečene, ako aj traumy hlavy sprevádzajúce alkoholové intoxikácie.

Klasifikácia

Alkoholom zapríčinené poruchy sú v súčasnosti platnej 10. revízií Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) kódované na viacerých miestach, niektoré z nich sú explicitne označené ako alkoholové alebo alkoholické, alebo alkoholom indukované, či alkoholom zapríčinené, pre ostatné škody na zdraví je potrebné použiť kombináciu kódu poškodenia a kódu pre toxické účinky etanolu (T51.0).

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu (F10) sú v MKCH-10 zaradené do V. kapitoly (Duševné poruchy a poruchy správania).


Závislosť od alkoholu je klasifikovaná a vymedzená svojimi diagnostickými kritériami pod kódom F10.2; na piatej pozícii kódu (F10.2x) môže byť pridaný priebehový špecifikátor (Tabuľka č. 1).

Syndróm závislosti od alkoholu je tu definovaný ako súbor fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych prejavov, v ktorom užívanie alkoholu u jedinca nadobúda podstatne vyššiu prioritu ako iné, dovtedy hodnotnejšie formy správania. Centrálnou popisnou črtou syndrómu závislosti je túžba (často silná, premáhajúca) užívať alkohol. Návrat k užívaniu alkoholu po období abstinencie môže viesť k oveľa rýchlejšiemu znovuobjaveniu sa opätovných prejavov syndrómu závislosti od alkoholu, než ako tomu bolo u toho istého človeka s pitím predtým, kým sa neobjavil po prvý raz.

Pre diagnostické kritériá závislosti od alkoholu podľa MKCH-10 platí, že aspoň tri zo šiestich nižšie popísaných prejavov boli súčasne prítomné u pacienta niekedy v priebehu predchádzajúcich 12 mesiacov:

1. silná túžba alebo nutkanie piť (craving),
2. narušená schopnosť kontrolovať užívanie alkoholu v zmysle začatia, ukončenia alebo množstva: alkohol je užívaný vo väčších množstvách alebo počas dlhšieho obdobia než bolo zamýšľané, či akákoľvek neúspešná snaha alebo pretrvávajúca túžba ukončiť, či kontrolovať pitie,
3. stav nedostatku (syndróm z odňatia) pri redukcii, či ukončení pitia manifestovaný typickým obrazom abstinenčného syndrómu, alebo užívanie alkoholu či príbuzných látok s cieľom zmierniť abstinenčné prejavy alebo predchádzať im,
4. dôkaz tolerancie voči účinkom alkoholu, prejavujúci sa potrebou zreteľne väčšieho množstva vypitého alkoholu potrebného na to, aby sa dosiahol stav opitosti alebo požadovaný účinok, alebo zreteľný pokles jeho účinku v prípade pokračujúceho pitia toho istého množstva alkoholu,
5. zaneprázdnenosť alkoholom prejavujúca sa strácaním sa pôžitkov alebo záujmov, či trávením veľkého podielu času v prospech zaobstarávania si alkoholu, jeho pitia, alebo zotavovania sa z opitosti,
6. pokračovanie v pití alkoholu napriek preukázateľnej vedomosti o jednoznačných škodlivých zdravotných dôsledkoch nadmerného pitia, akými sú napríklad poškodenie pečene, či depresívne stavy.

Tabuľka č. 1

|  | Špecifikátory závislosti od alkoholu z hľadiska aktuálneho stavu a priebehu podľa MKCH-10 |
|--|--|
| F10.20 – v súčasnosti abstinujúci, s možnosťou bližšej špecifikácie (napr. pre výskumné účely): F10.200 – abstinujúci v skorej remisii F10.201 – abstinujúci v parciálnej remisii F10.202 – abstinujúci v plnej remisii F10.21 – v súčasnosti abstinujúci ale v chránenom prostredí F10.22 – v súčasnosti v substitučnej liečbe F10.23 – v súčasnosti abstinujúci ale užívajúci antiadiktívum F10.24 – v súčasnosti užívajúci alkohol (aktívna závislosť) F10.25 – kontinuálne užívanie F10.26 – epizodické užívanie (dipsománia) | |

Klinický obraz

Jednotlivé príznaky závislosti nemusia byť v klinickom obraze u človeka so závislosťou súčasne prítomné. Najkompletnejšie rozvinutý klinický obraz je v najpokročilejšej fáze a najt'azšom stave závislosti od alkoholu. Neúplne rozvinutý klinický obraz ale nevylučuje akútnosť z hľadiska ohrozenia života a zdravia jedinca.

Craving je prejavom psychickej zložky závislosti. Prejavuje sa ako silná túžba, prahuntie alebo nutkanie vypiť si. Môže sa vyskytovať aj v podobe silných myšlienok na alkohol alebo pitie, ktoré bránia uvažovaniu o niečom inom. Môže sa objavovať po expozícii určitých podnetov asociovaných s pitím (tzv. spúšťačov) alebo sa objavuje aj bez zjavne identifikovateľného podnetu. Pri dosiahnutí a udržaní abstinencie postupne ustupuje, no ak sa neskôr znovuobjaví a pretrváva, jeho prítomnosť je silným prediktorom relapsu. S dĺžkou abstinencie jeho frekvencia, trvanie a intenzita vo všeobecnosti klesá a

pri plnom uzdravení celkom vymiznú i jeho rezíduá. Craving je najčastejšie a najdlhšie sa objavujúcim rezíduom abstinénčného stavu i po niekoľkých mesiacoch abstinencie.

Strata kontroly resp. narušená kontrola označuje zníženú schopnosť jedinca kontrolovať začiatok, ukončenie alebo množstvo pitia alkoholu. Alkohol je užívaný vo väčších množstvách alebo počas dlhšieho obdobia než bolo zamýšľané, jedinec so závislosťou nie je schopný prestať s pitím alebo mať ho pod kontrolou.

Alkoholcentrické zaujatie (prioritizácia pitia, preokupácia pitím, alkoholová saliencia) vyjadruje zvýšenú mieru myšlienok a aktivít spojených so zaoštarávaním si alkoholu, jeho užívaním alebo zotavovaním sa z opitosti, ktoré idú na úkor ostatných aktivít, čo sa prejavuje vzdávaním sa iných pôžitkov alebo záujmov. Jedinec so závislosťou sa časom zaujíma viac o to, čo mu prekáža v pití, ako o to, v akých aktivitách je jeho pitie prekážkou.

Nárast tolerancie je vlastne patofyziologickou odpoveďou na prítomnosť látky, rozvíja sa v priebehu týždňov až mesiacov. Zvýšená tolerancia sa klinicky prejavuje potrebou zreteľne väčšieho množstva vypitého alkoholu na dosiahnutie stavu opitosti alebo iného želaného účinku, resp. zreteľným poklesom účinku v prípade pokračujúceho pitia rovnakého množstva alkoholu v nezmenenej frekvencii. Znakom zvýšenej tolerancie býva často aj prechod na pitie koncentrovanejších alkoholických nápojov. V terminálnej fáze závislosti od alkoholu sa často stretávame s poklesom tolerancie, ktorá súvisí najmä s ťažkým poškodením pečene, ako aj s alkoholom spôsobeným poškodením mozgu.

Pri významnom znížení množstva alebo pri snahe o ukončenie pitia sa rozvinutej alkoholovej závislosti rozvíja už po niekoľkých hodinách stav z nedostatku (odňatia) v podobe alkoholového abstinénčného syndrómu. K jeho typickým príznakom patrí podráždenosť, úzkosť, slabosť, porucha pozornosti, nepokoj, pokojový tras, nespavosť, potenie, nevoľnosť, zrýchlený pulz, zvýšený krvný tlak, prípadne aj epileptické záchvaty typu grand mal. Neliečený (resp. nekompensovaný) alkoholový abstinénčný syndróm môže prejsť do delíria tremens, ktoré je život ohrozujúcim stavom. Jedinci so závislosťou od alkoholu sa spravidla snažia vyhnúť nepríjemnému abstinénčnému syndrómu opakovaným až kontinuálnym užívaním alkoholu, resp. pri jeho objavení sa ho snažia alkoholom zmierniť. S narušenou kontrolou a abstinénčnými príznakmi súvisia u ľudí so závislosťou od alkoholu aj neúspešné snahy o dosiahnutie abstinencie.

Dlhodobé nadmerné pitie alkoholu (pri závislosti) spôsobuje ďalšie negatívne psychické aj somatické zdravotné dôsledky, resp. sa spolupodieľa na ich vzniku a zhoršuje ich prognózu. K psychiatrickým komplikáciám sa dá zaradiť najmä neurokognitívny komplex označovaný súhrnným termínom „poškodenie mozgu súvisiace s alkoholom“ (Alcohol Related Brain Disorder – ARBD), kam patrí Wernickeho encefalopatia, Korsakovova psychóza, pelagra, centrálna myelinolýza a alkoholová demencia. Okrem toho má závislosť od alkoholu vysokú mieru komorbidity s depresiou, úzkostnými poruchami (zvlášť sociálnou fóbiou), poruchami osobnosti, poruchami príjmu potravy, posttraumatickou stresovou poruchou či bipolárnou afektívnou poruchou. K somatickým komplikáciám chronického pitia patria najmä alkoholová choroba pečene, zápalové a onkologické ochorenia tráviaceho systému, diabetes mellitus, artériová hypertenzia, polyneuropatia, poruchy imunitného systému, úrazy, či fetálny alkoholový syndróm u novorodenca (pri pokračujúcom nadmernom pití počas tehotenstva matkou). Často sa vyskytujúcim patologickým fenoménom u ľudí so závislosťou od alkoholu je, že ďalej pijú aj napriek uvedomovaniu si vyššie spomenutých ďalších závažných negatívnych zdravotných dôsledkov konzumácie alkoholu, napriek rade lekára nerešpektujú dodržanie abstinencie počas ich liečby.

Negatívne sociálne dôsledky závislosti od alkoholu sú nemenej závažné v porovnaní s vyššie uvedenými zdravotnými problémami. Pri neliečenej alebo na liečbu rezistentnej forme závislosti od alkoholu býva

zväčša pod vplyvom alkoholu zvýšený výskyt násilnej trestnej činnosti, agresívneho správania, samovrážd. Rozpadajú sa partnerské vzťahy a vzťahy s ostatnými členmi rodiny. Objavujú sa absencie v práci alebo v štúdiu, ktoré môžu viesť k výpovedi zo zamestnania, resp. neschopnosti dosiahnuť zamýšľané vzdelanie. Kumulácia finančných problémov môže vyústiť až do bezdomovectva. Treba mať však na pamäti, že väčšina ľudí so závislosťou od alkoholu môže mať takéto prejavy až po mnohých rokoch a väčšinu času trvania choroby sú to slušne sa správajúci ľudia. Tak ako aj pri zdravotných dôsledkoch, znakom závislosti je, že ľudia pijú alkohol aj napriek skúsenosti o súvislosti ich pitia s negatívnymi sociálnymi dôsledkami.

Závislosť od alkoholu sa typicky iniciuje a rozvíja v mladom až strednom veku dospelosti, ale môže to byť aj v inom vekovom období. Jej diagnóza sa od počiatočných štádií stanovuje väčšinou s odstupom niekoľkých rokov až desiatok rokov. Má viacero priebehových trajektórií. Väčšinou ide o typický chronický priebeh, ktorý máva buď plynule progredientný (zriedkavejšie maligne progredientný), alebo relabujúco-remitujúci priebeh. Vyskytujú sa aj ďalšie priebehové charakteristiky, vrátane trvalej remisie, uzdravenia i bez liečby. U všetkých z nich dochádza však v rôznej miere ku zníženiu funkčnosti a kvality života minimálne počas plnej manifestácie klinických príznakov, niekedy napriek abstinencii aj celoživotne. Život ľudí, ktorí trpia závislosťou od alkoholu, býva v priemere kratší o 20 rokov v porovnaní so zvyškom populácie.

Diagnostika

Skríning

Skríning alkoholizmu predstavuje systematický proces identifikácie ľudí, ktorí nežiadajú o liečbu, ale ktorých pitie alkoholu má psychické, somatické, alebo sociálne nepriaznivé dôsledky, a teda sú potenciálne závislí od alkoholu. Skríning je vhodné vykonávať systematicky v rámci preventívnych prehliadok, ale aj vo všetkých iných situáciách, kedy má lekár podozrenie, že by u vyšetrovanej osoby mohlo ísť o problémy súvisiace s alkoholom. Odporúča sa ho realizovať okrem špecializovanej psychiatrickej zdravotnej starostlivosti aj inde v zdravotníctve. Zvlášť rizikovými skupinami z tohto hľadiska, zasluhujúcimi si osobitnú pozornosť, sú muži v strednom a vyššom veku, pacienti s artériovou hypertenziou, pacienti s poruchami pečene, pankreasu či vredovou chorobou žalúdka, pacienti s prekonaným epileptickým záchvatom.

1) Dotazníkový skríning

Najpoužívanejšími sebaopisovými dotazníkovými testovacími nástrojmi pre potreby skrínungu sú 4-položkový dotazník CAGE a 10-položkový dotazník AUDIT (a jeho skrátená verzia AUDIT-C zameraná na výskyt rizikového pitia). Ich administrácia nie je časovo náročná a po jednoduchom zaškolení ich môže s pacientom realizovať napr. sestra, alebo iný zdravotnícky pracovník. Zistené zvýšené skóre ako výsledok aplikácie skrínungového dotazníka ešte samotne nemôže viesť k diagnostikovaniu závislosti od alkoholu, indikuje však odôvodnenosť odporúčania pacienta na ciele psychiatrické vyšetrenie.

2) Skríning pri fyzikálnom vyšetrení

Vo fyzikálnom náleze hľadáme príznaky aktuálnej konzumácie a akútnej intoxikácie, príznaky abstinencného stavu a známky chronického užívania a sprievodných ochorení (spomenutých v predchádzajúcej kapitole). Typické klinické markery, ktoré sú v súvislosti s dlhodobým nadmerným pitím zistiteľné, sú najmä: periorbitálny edém tváre, hyperémia tváre a očných spojiviek, rhinophyma, teleangiektázie, hepatomegália a ascites, subikterus, polyneuropatia, tremor, titubácie, slabosť dolných končatín, trofické kožné zmeny. Uvedené príznaky majú vysokú pozitívnu ale nízku negatívnu prediktívnu hodnotu. Pri tomto type skrínungu je totiž potrebné si uvedomiť, že fyzikálne vyšetrenie je

schopné odhaliť zdravotné dôsledky až rozvinutého chronického, ťažkého štádia závislosti, kedy sú pridružené zdravotné komplikácie už typickým javom.

3) Laboratórny skrining

Pozostáva z vybraných základných laboratórnych markerov. Priame markery (pozitívna dychová skúška na alkohol) dokazujú priamo požitie alkoholu. Nepriame markery (zvýšené hodnoty γ -glutamyltransferázy (GMT), pomeru aspartátaminotransferázy / alanínaminotransferázy (AST/ALT), stredného objemu erytrocytov (MCV), karbohydrát-deficientného transferínu (CDT)) odrážajú dlhodobjšiu konzumáciu alkoholu cez rôzne menej špecifické biochemické zmeny; tieto markery sú prítomné iba v čase aktívnej závislosti a pri abstinencii s odstupom týždňov sú negatívne, alebo pretrvávajú z iných príčin.

Komplexné špecializované vyšetrenie závislosti od alkoholu

Komplexné posúdenie stavu v procese diagnostikovania závislosti má okrem samotného klinického vyšetrenia pri stanovovaní diagnózy závislosti aj iné komponenty, ktoré zohľadňujú i ďalšie zdravotné a sociálne aspekty, laboratórnu diagnostiku a kvalitu života. V klinickej praxi psychiatra pozostáva vyšetrenie predovšetkým z týchto častí:

1) Klinické psychiatrické vyšetrenie

Anamnestická časť o konzumácii alkoholu s dôrazom na pátranie po znakoch závislosti (v časovom rámci ostatných 12 mesiacov resp. celoživotne), vrátane prítomnosti alkoholom zapríčinených somatických ochorení a pozitívnych laboratórnych markerov v dokumentácii, osobitne sledujeme vplyv na sociálnu sféru. Adekvátne zhodnotenie užívania iných psychoaktívnych látok. Môžu sa pritom využiť aj dostupné štruktúrované diagnostické rozhovory pre MKCH (CIDI alebo M.I.N.I.). Konfrontácia subjektívnych s objektívnymi údajmi, ak sú k dispozícii. Súčasťou je ďalej ciele neuropsychiatrické vyšetrenie na zisťovanie prítomnosti známk ebriety, abstinenčných príznakov, posúdenie prítomnosti neurokognitívnej alebo psychotickej poruchy, orientačné posúdenie somatických a neurologických dôsledkov dlhodobého pitia. Dôležitým aspektom je zhodnotenie pacientovho náhľadu a odhad jeho budúcej adhirencie k liečbe.

2) Laboratórne vyšetrenie

Biochemické, hematologické a toxikologické vyšetrenie exspirovaného vzduchu, krvi a moču je zamerané na zistenie priamych a nepriamych laboratórnych markerov závislosti od alkoholu a podľa potreby na vylúčenie iných užívaných psychoaktívnych látok.

Osobitne sa sledujú markery

(a) aktuálneho pitia: dôkaz akútnej intoxikácie: dychová skúška a/alebo laboratórne vyšetrenie na etanol v krvi, pre forenzné účely je zlatým štandardom vyšetrenie krvi plynovou chromatografiou;

(b) nedávneho pitia (1 – 5 dní od ostatného konzumu: etylglukoronid (EtG) v moči, fosfatidyletanol (PEth) v krvi)

(c) chronického pitia (2 a viac týždňov od ostatného konzumu: AST/ALT, CDT, GMT, MCV), pri markeroch chronického pitia ich dynamika.

Súčasťou rozšírenej laboratórnej diagnostiky je zhodnotenie markerov v kontexte ich dynamiky a v kontexte ostatných laboratórnych výsledkov. Je potrebné zdôrazniť, že pozitívne resp. patologické nálezy laboratórnych markerov nadmerného pitia síce podporujú diagnózu závislosti od alkoholu, samotné ale na jej stanovenie nestačia. Naopak, aj negatívne resp. normálne hodnoty diagnózu závislosti celkom nevylučujú. Pri konečnom stanovení diagnózy vždy rozhoduje komplexné posúdenie klinického stavu.


3) Psychodiagnostické vyšetrenie

Psychodiagnostické vyšetrenie predstavuje fakultatívny doplnok komplexného vyšetrenia a diferenciálnej diagnostiky, optimálne po stabilizácii akútneho stavu, bez prítomných známk ebriety a odliedení abstinénneho stavu. Jedným cieľom diagnostiky je analýza štruktúry osobnosti, jej obranných mechanizmov a nožnej patológie. Druhým cieľom je určenie porúch kognitívnych funkcií a prípadného neurokognitívneho poškodenia v dôsledku konzumácie alkoholu. Využíva sa aj na pomoc pri diferenciálnej diagnostike ostatných psychických porúch, ktoré sú so závislosťou často komorbídne, a na určenie porúch kognitívnych funkcií a organických zmien. Ide o zistenia dôležité pre nastavenie terapeutického plánu, s využitím najmä v špecializovaných pracoviskách alebo pre súdnoznalecké účely na žiadosť psychiatra.

Liečba

V Tabuľke č. 2 uvádzame metodiku označovania miery evidencie (GRADE) podľa Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, ktorá je ďalej použitá v texte na označenie špecifických liečebno-preventívnych postupov.

Tabuľka č. 2

| Standardné postupy  | | |
|--|--|--------------|
| Spôsob označovania miery evidencie v týchto ŠDTP | | |
| Charakter dôkazu (intervencie, terapie, prevencie) | | Miera dôkazu |
| A | systematický prehľad randomizovaných klinických skúšaní, kohortových štúdií, alebo kontrolovaných štúdií | vysoká |
| B | jednotlivé randomizované klinické skúšania, kohortové štúdie, alebo kontrolované štúdie | stredná |
| C | ekologické štúdie, výskum zameraný na výstup | slabá |

Krátka intervencia

Krátke poradenstvo môže dosiahnuť významnú redukciu pitia alkoholu a je účinné najmä vtedy, ak ide u pacientov o rizikové pitie, škodlivé pitie bez závislosti alebo mierny stupeň závislosti. Pre osoby s *rizikovým pitím* sa odporúča rada alebo jednorazové krátke poradenstvo (do 5 minút). Odbornú radu (angl. advice) nekonzumovať alkohol alebo významne znížiť jeho pitie môže realizovať aj sestra alebo iný zdravotnícky pracovník v rámci svojich kompetencií. Pre osoby so *škodlivým pitím* rozšírená forma krátkej intervencie (1 – 4 sedenia v trvaní do 20 – 30 minút) s následným ambulantným monitoringom a prehodnotením výsledkov po 3 mesiacoch a roku. Krátke intervencie môže realizovať každý lekár, sú určené najmä pre primárnu sféru.

Ak sa po aplikovaní krátkej intervencie nepodarí dosiahnuť abstinencia alebo aspoň redukcia pitia, indikované je odporučiť pacienta na ambulantné špecializované psychiatrické vyšetrenie a v prípade zistenia diagnózy závislosti aj intenzívnejšia liečba v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti.

Liečba závislosti

Terapeutický plán liečby závislosti od alkoholu je optimálne stanovený na dobu 12 mesiacov, čo je v súlade s diagnostickými kritériami Medzinárodnej klasifikácie chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (MKCH-10). Manažment liečby človeka so závislosťou je v kompetencii lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria. Liečba sa realizuje v spolupráci s pacientom a

optimálne aj v spolupráci s blízkymi osobami pacienta. Účinnosť liečby je individuálna, závisí od závažnosti závislosti, od jej negatívnych dôsledkov, zvolenej formy a metódy liečby, ktoré majú byť individualizované v rámci možností daného zariadenia. Ľahšie formy s vyššou mierou adherencie a dobrým sociálnym zázemím sa liečia skôr **ambulantne** psychiatrom, podľa potreby v spolupráci s klinickým psychológom, prípadne v zariadeniach **komunitnej starostlivosti** s komplexným špecializovaným programom. Ťažšie a komplikované formy a prípady s predpokladom horšej adherencie v ambulantných podmienkach je vhodné liečiť najskôr **ústavnou formou** špecializovaným multidisciplinárnym terapeutickým tímom. Ústavná liečba je vždy nasledovaná ambulantnou liečbou.

V liečebných programoch sa odporúča využiť psychosociálne intervencie zamerané na motivačné, psychologické, sociálne a environmentálne faktory, ktoré prispievali k užívaniu alkoholu a sú účinné pri podpore abstinencie a v prevencii recidívy. Psychosociálne intervencie sa tiež používajú na zvýšenie celkovej adherencie k liečbe.

Liečba závislosti od alkoholu pozostáva z niekoľko na seba nadväzujúcich fáz, v ktorých sú príslušným spôsobom modifikované **ciele** (tab. č. 3), **formy** (tab. č. 4) a konkrétne **metódy / intervencie** (tab. č. 5):

1) Detoxifikačná liečba

V období ukončovania pitia alebo významnej redukcie pitia je cieľom liečba akútneho abstinenčného syndrómu a predchádzanie jeho komplikáciám. Okrem vlastnej detoxifikácie v tejto fáze prebieha zhodnotenie a liečba pridružených psychických a somatických komorbídnych ochorení. Zároveň je už v tejto fáze potrebné zapojiť intervencie s cieľom zlepšenia náhľadu a motivovania pacientov k následnému pokračovaniu liečby závislosti. Detoxifikácia trvá obvykle 7 – 21 dní.

2) Prevencia relapsu

Po odznení akútneho abstinenčného stavu, po detoxifikácii nasleduje vlastná liečba závislosti (tzv. odvykacia liečba), pri ktorej sa intenzívne pracuje pomocou psychoterapie, psychosociálnych intervencií s pomocou špecifickej antiadiktívnej farmakoterapie. V tejto fáze protrahovaného abstinenčného stavu klesajúcej intenzity dominuje v klinickom obraze postupne sa zmierňujúci craving a afektívna labilita. Ak sa liečba realizuje ústavnou formou, jej trvanie od 6 do 12 týždňov (podľa terapeutického programu konkrétneho pracoviska), v ambulantných podmienkach má intenzívna fáza ambulantnej liečby závislosti od alkoholu trvať aspoň 12 týždňov s pokračujúcim sledovaním do dosiahnutia stabilnej plnej remisie (t. j. najmenej 12 mesiacov súvislej abstinencie v nechránenom prostredí).

3) Rehabilitácia a doliečovanie

V doliečovacej / rehabilitačnej fáze je dôraz kladený viac na socioterapeutické aktivity zamerané na stabilizáciu a rozvoj potenciálu osobnosti s dôrazom a zameraním na plnohodnotnú sociálnu reintegráciu. Doliečovanie nie je presne vymedzený termín, prekrýva sa z časti s pojmom resocializácia. Rehabilitácia má zasa viac konotáciu s fyzickou komponentou zdravotných škôd u pacientov so závislosťou. Doliečovanie aj rehabilitácia môžu prebiehať ambulantnou, ústavnou alebo komunitnou formou.

Minimálnou formou špecializovanej liečby závislosti je tzv. *lekárske vedenie* (angl. medical management), ktoré pozostáva z pravidelného špecializovaného vyšetrenia zameraného na prítomnosť známkov závislosti a jej komplikácií, doplneného o prvky motivačných intervencií alebo iných psychoterapeutických postupov, farmakoterapiu a pravidelné sledovanie stanovených (klinických, laboratórných) parametrov s kontinuálnou podporou vytýčeného cieľa.

Odporúčaná frekvencia klinických vyšetrení u pacientov v ambulantnom programe liečby závislosti od alkoholu varíruje podľa miery závislosti, liečebného plánu, individuálnych potrieb pacienta a používaného terapeutického prístupu. Všeobecné odporúčania odporúčajú:

1. Iniciálna fáza (intenzívna liečba)

Počas prvých týždňov: V skorých etapách liečby pacienti môžu vyžadovať vyššiu frekvenciu návštev, typicky 2-3 razy za týždeň. Účelom je sledovanie progresu liečby, poskytovanie poradenstva a riešenie akútnych symptómov s odňatia (abstinenčných) ako i cravingu.

2. Pokračujúca liečba (udržiavacia fáza)

Po stabilizácii: V priebehu pokračujúceho uzdravenia sa môže frekvencia terapeutických návštev zredukovať na 1x za týždeň, alebo raz za 14 dní. Frekvencia môže byť prispôbená na základe individuálneho progresu, spúšťačov a pacientovej potreby.

3. Dlhodobá liečba:

Kontinuálna starostlivosť: Po niekoľkých mesiacoch alebo po dlhšom období abstinencie, niektorým môžu postačovať iba mesačné návštevy, v závislosti od miery ich stability a liečebného plánu.

4. Špeciálne okolnosti:


Prevenia relapsu: U jedincov s vysokým rizikom recidívy, alebo s veľkými psychickými, či sociálnymi problémami, môže byť frekvencia terapeutických návštev väčšia. Súvisiace psychické poruchy: Ak je prítomná tiež iná psychická porucha (napr. depresia, úzkosť) môže potreba integrovanej liečby vyžadovať častejšie terapeutické kontakty.

Terapeutický plán má byť vždy personalizovaný a prispôbený na základe vývoja stavu pacienta a jeho pokračujúceho hodnotenia poskytovateľom.


Odporúčaná dĺžka ústavnej liečby je optimálne 3 mesiace. Ak je prítomná iná závažná psychická porucha môže byť i dlhšia.

Nariaďovanie, realizácia a ukončovanie súdom nariadených ochranných opatrení formou protialkoholických liečení je upravené novelizovaným Trestným zákonom a Trestným poriadkom. V prípade súdom nariadenej ochrannej protitalkoholickéj liečby ústavnou formou táto trvá najviac 3 mesiace. Pri súdom nariadenej ambulantnej forme liečby je táto zo zákona v trvaní najviac 12 mesiacov.


Tabuľka č. 3

|  Ciele liečby závislosti od alkoholu | | |
|--|--|---|
| Cieľ | Abstinencia (grade A) | Redukcia pitia |
| Zámer | konečný cieľ | prechodný cieľ |
| Úloha | detoxifikácia a prevencia relapsu | zmiernenie vysoko rizikovej spotreby |
| Indikácie | <ul style="list-style-type: none"> preferovaný primárny cieľ každý pacient, ktorý súhlasí | <ul style="list-style-type: none"> opakované neúspešné pokusy o abstinenciu aktuálny nesúhlas s abstinenciou |
| Kontraindikácie | <ul style="list-style-type: none"> žiadne | <ul style="list-style-type: none"> nutnosť detoxifikácie anamnéza komplikovaného abstinénčného syndrómu závažná somatická komorbidity závažná psychiatrická komorbidity ochranné liečenie profesie celkom nezlučiteľné s konzumom alkoholu tehotenstvo vek menej ako 18 rokov |
| Špecifické parametre úspešnosti liečby | <ul style="list-style-type: none"> počet dní s abstinenciou čas do prvého napitia sa čas do relapsu | <ul style="list-style-type: none"> priemerná denná spotreba alkoholu počet dní ťažkého pitia |
| Pomocné parametre úspešnosti liečby | <ul style="list-style-type: none"> klinický stav: CGI, intenzita závislosti, intenzita cravingu adherencia: užívanie medikácie, účasť na terapeutických aktivitách, retencia v liečbe markery: dychová skúška, EtG, CDT, GMT, MCV funkčnosť: práca / štúdium, rodina, spoločenské aktivity | |

Tabuľka č. 4

|  Formy liečby závislosti od alkoholu | |
|---|---|
| Podľa typu zariadenia | Podľa počtu a zloženia účastníkov |
| Ambulantná <ul style="list-style-type: none"> ambulancie medicíny závislostí psychiatrické ambulancie pedopsychiatrické a gerontopsychiatrické ambulancie | <ul style="list-style-type: none"> Individuálna Skupinová Párová Rodinná Komunitná |
| Ústavná <ul style="list-style-type: none"> centrá pre liečbu drogových závislostí psychiatrické oddelenia / kliniky psychiatrické nemocnice / liečebne iné zdravotnícke zariadenia (liečba akútnych komplikácií) | |
| Osobitné formy a zariadenia <ul style="list-style-type: none"> denné psychiatrické stacionáre | |

Tabuľka č. 5

|  Metódy liečby (typy intervencií) závislosti od alkoholu | |
|---|--|
| Psychosociálne | Farmakologické |
| <p><i>Minimálne intervencie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • odborná rada • krátka intervencia • lekárske vedenie • psychoedukácia <p><i>Psychoterapeutické metódy</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • podporná racionálna psychoterapia • terapia posilňujúca motiváciu (MET) • kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) • krátkodobá psychodynamická psychoterapia • kontingenčný manažment • režimová liečba • iné špecifické programy prevencie relapsu <p><i>Doplňujúce intervencie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • didaktoterapia • biblioterapia • arteterapia a iné expresívne techniky • relaxačné techniky • činnosť a pracovná terapia • tréning sociálnych zručností <p><i>Komplementárne intervencie následnej starostlivosti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • terapeutická komunita • svojpomocné a podporné skupiny <ul style="list-style-type: none"> ○ Anonymní alkoholici ○ Kluby abstinentov <p>fyzioterapia a telesné cvičenie</p> | <p><i>Detoxifikácia</i> (dávkovanie podľa klinického stavu)</p> <p>- Základ farmakoterapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diazepam (resp. iný BZD– bromazepam, chlórdiazepoxid, oxazepam) <p>- Fakultatívna komedikácia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • karbamazepín • tiaprid, haloperidol • magnézium <p><i>Prevencia relapsu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • akamprosát vápenatý podľa telesnej hmotnosti: á 333 mg tbl denne 2-2-2 (nad 60 kg) resp. 2-1-1 (do 60 kg), po dobu 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie) • naltrexón á 50 mg tbl 1x denne, po dobu 3 až 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie) • nalmefén á 18 mg tbl denne 1x, po dobu 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie) • disulfiram <p><i>Redukcia pitia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • nalmefén <p>v dňoch s rizikom pitia: á 18 mg tbl denne 1x, po dobu 6 až 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie)</p> |

Poznámky:


Naltrexón je možné podávať iba pri vylúčení súčasného užívania opioidov, optimálne po negatívnom objektivnom naloxónovom teste.

Nalmefén pri redukcii pitia má byť iniciovaný len u pacientov s konzumom prepočítaného absolútneho alkoholu > 60 g/deň u mužov resp. > 40 g/deň u žien, ktorý pretrváva aspoň dva týždne po prvom vyhodnotení spotreby alkoholu.

Disulfiram je aktuálne deregistrovaný v SR, na jeho použitie je potrebné žiadať MZ SR o výnimku na dovoz. Hoci má evidenciu dôkazov 1b, nakoľko ale nie je u nás v súčasnosti registrovaný, nemožno ho odporúčať na použitie v bežnej praxi (z tohto dôvodu nie je v tabuľke uvedené presné dávkovanie).

V tab. č. 6 sú vymenované kľúčové poznámky manažmentu závislosti od alkoholu, ktoré sú súčasťou dobrej klinickej praxe aj v iných vyspelých krajinách s tradíciou medicínskych usmernení. Na obr. je následne prehľadne znázornená základná schéma celého postupu v diagnostike a liečbe závislosti od alkoholu.

Tabuľka č. 6

| | |
|--|--|
|  | Konkrétne poznámky k manažmentu závislosti od alkoholu (prienik odporúčaní v rôznych medzinárodných štandardných postupoch) |
| | |
| <p>Vyšetrenie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Súčasťou psychiatrického vyšetrenia na závislosť od alkoholu má byť aj zisťovanie závislosti od tabaku (nikotínu), užívania a závislosti od iných psychoaktívnych látok a psychofarmák bez lekárskeho predpisu, vrátane zhodnotenia závažnosti. • Pri identifikovaní rizikového pitia sa majú s pacientom prediskutovať riziká ďalšieho pitia aj riziká vysadenia alkoholu bez liečby. • Pri identifikovaní závislosti sa majú použiť aj princípy motivačných intervencií so zámerom dohodnúť s pacientom konkrétny cieľ liečby. • Laboratórne markery je vhodné vyšetriť vždy, keď sú pochybnosti o vierohodnosti alebo spoľahlivosti poskytnutých anamnestických údajov. | |
| <p>Organizácia liečebnej starostlivosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Závislosť od alkoholu sa má medicínsky liečiť. Pri liečbe je potrebné riadiť sa cieľom, ktorý bol vzájomne odsúhlasený spolu s pacientom. Participatívny prístup. • Liečba akútneho abstinénčného stavu nie je dostatočná, je len úvodom do ďalšej liečby zameranej na samotnú závislosť. • Pri celi abstinencie je vhodné podporiť pacienta, že si vybral najlepší cieľ, a ak je to potrebné, začať s detoxifikačnou liečbou čo najskôr a neskôr overovať abstinenciu objektívnymi pomocnými laboratórnymi metódami. • Pri celi redukcie pitia je dôležité pripomínať pacientovi, že ide o prechodný cieľ, pracovať s pacientovým záznamníkom spotreby alkoholu a zároveň monitorovať laboratórne parametre. • Ambulantná detoxifikácia by mala byť zahájená na začiatku pracovného týždňa, aby bol možný denný monitoring pacienta. Ambulantná detoxifikácia sa môže realizovať iba tam, kde má pacient možnosť denných kontrol a dostupnú urgentnú starostlivosť v prípade rozvoja komplikácií. • Alkohol sa pri detoxifikácii nemá používať. V prípade, že pacient nemôže podstúpiť asistovanú detoxifikáciu, je vhodnejšie postupné redukovanie pitia alkoholu. • Liečba závislosti má byť v rôznych etapách koordinovaná. Komplexná liečba závislosti je najúčinnnejšia (kombinácia psychosociálnych intervencií a farmakoterapie). <p>Pacientom závislým od alkoholu, ktorí sú navyše závislými od tabaku/nikotínu, má byť ponúknuté aj asistované ukončenie fajčenia/užívania nikotínu.</p> | |
| <p>Farmakologické intervencie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pri liečbe farmakologickými prostriedkami je nutné riadiť sa vždy aktuálnym znením súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). • Liečba abstinénčného syndrómu sa riadi klinickým stavom. Základom farmakologickej liečby je kupírovanie abstinénčných príznakov benzodiazepínmi (štandardne diazepam) v dennej dávke <i>quantum satis</i>, s následnou postupnou redukciou až do úplného vysadenia, a to podľa dynamiky klinických príznakov. • Benzodiazepíny sú účinné na liečbu abstinénčného syndrómu (grade A), prevenciu delíria tremens aj epileptických kŕčov, ale nie sú vhodné na dlhodobú (tzv. odvykáciu) liečbu samotnej závislosti. • Benzodiazepíny v kombinácii s antipsychotikami sú účinné na liečbu delíria tremens (grade B). • V prípade vážne narušených pečňových funkcií je potrebné uprednostniť benzodiazepíny s krátkym polčasom eliminácie (napr. oxazepam), ktoré sa len v malej miere metabolizujú v pečeni. • Anticravingové lieky (akamprosát vápenatý (grade B), naltrexón (grade B), nalmefén) sú vždy indikované ako súčasť komplexnej liečby závislosti od alkoholu, nenahrádzajú však lekárske vedenie ani psychosociálne intervencie a samostatne nie sú dostatočne účinné. | |

- Disulfiram (ak je dostupný) je možné použiť iba pri dobrej spolupráci pacienta, ako druhú voľbu, ak nebola účinná terapia akamprosátom, alebo naltrexómom. Osobitne treba vziať do úvahy vedľajšie účinky a upozorniť pacienta na možné riziká.
- Antikonvulzíva administrované ako profylaxia alkoholických paroxyzmov (grade B).
- Antidepresíva (samotné) sú neúčinné na prevenciu relapsu u pacientov so závislosťou od alkoholu bez zistenej samostatnej diagnózy komorbídnej depresie. Depresívna symptomatika, ktorá sa manifestuje a je súčasťou klinického obrazu vo fáze detoxifikácie u akútneho abstinenčného stavu, nie je dostatočnou indikáciou na ich predpis.
- Na prevenciu neurokognitívnych komplikácií (ARBD) u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou závislosťou je vhodné použiť (už počas detoxifikácie) tiamín / benfotiamín (vitamín B₁) a niacín (vitamín B₃).

Psychosociálne intervencie

Ľuďom, ktorým je diagnostikovaná závislosť od alkoholu, má byť vždy poskytnutá odborná rada o liečbe. Psychosociálne intervencie je možné realizovať ako individuálnu, párovú, rodinnú, skupinovú či komunitnú terapiu. Popri psychoterapeutických intervenciách zameraných na prevenciu relapsu je pacientom so závislosťou od alkoholu možné odporučiť aj svojpomocné podporné skupiny (AA – Anonymní Alkoholici).


- Krátke intervencie (grade C) sú účinné najmä pri redukcii spotreby alkoholu, a to zvlášť u jedincov, ktorí rizikovo pijú.
- Kontingenčný manažment: KM znamená poskytovanie pacientom konkrétnych nepenažných odmien na posilnenie pozitívneho správania, ako abstinencie, účasti na liečbe a na dodržiavanie stanovených cieľov liečby. Pre účinnosť KM je potrebné monitorovanie moču a toxikologické testovanie s okamžitou spätnou väzbou. Výsledky testov poskytujú indikátor pokroku v liečbe a môže sa o nich diskutovať na terapeutických sedeniach. KM sa často používa ako súčasť liečby, ktorá sa zameriava na podporu nového správania, a môže sa taktiež kombinovať s KBT.
- Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) (grade A): predpokladá, že užívanie alkoholu je naučené správanie, a je možné ho meniť. Počas liečby sú pacienti oboznámení s novými copingovými a kognitívnymi stratégiami, ktoré nahradia dysfunkčné správanie a vzorce myslenia. Terapeutické sedenia KBT sú štruktúrované súborom konkrétnych cieľov, ktoré sa zameriavajú na okamžité problémy, ktorým čelí pacient závislý od alkoholu.
- Motivačné interview (MI) (grade A) a terapia posilňujúca motiváciu: je spôsob rozhovoru uznávajúci autonómiu pacienta. Klinický pracovník preberá poradnú úlohu a snaží sa porozumieť pacientovým hodnotám - tento proces vytvára empatiu a podporuje terapeutickú alianciu, ktorá môže podporiť zmeny v správaní. Účinky MI pretrvávajú až do jedného roku po liečbe.
- Behaviorálna párová a rodinná terapia (grade B): je účinná na zlepšenie zapojenia sa do liečby, zníženie užívania alkoholu a zlepšenie účasti na doliečovaní v porovnaní so starostlivosťou, zameranou na individuálneho pacienta. Rodinné prístupy sú obzvlášť užitočné pri vzdelávaní pacientov a ich rodín o povahe závislosti a procese liečby.
- Krátkodobá psychodynamická psychoterapia (grade B): zameriava sa na aktívnu adaptívnu zmenu pre čo najväčšie uplatnenie potenciálu klienta, postavenú na porozumení dynamickým vzťahom medzi minulými zážitkami a aktuálnymi postojmi a ťažkosťami.
- Doplnkové psychosociálne intervencie: Dlhodobé rezidenčné programy môžu obsahovať široký rámec terapeutických modalít ako individuálnu a skupinovú psychoterapeutickú intervenciu, tréning životných zručností, zamestnanie alebo vzdelávanie a rekreačné aktivity. Špecifické terapeutické metódy, ktoré môžu byť použité, obsahujú: kognitívne behaviorálnu terapiu, terapiu posilňujúcu motiváciu, tréning sociálnych zručností a techniky kognitívnej reštrukturalizácie. Dôležitými súčasťami terapie a resocializácie sú štruktúrovaná prevencia relapsu a aktívne uplatňovanie prevencie relapsu. Popri psychoterapeutických intervenciách zameraných na prevenciu relapsu je pacientom so závislosťou od alkoholu vhodné odporučiť aj svojpomocné podporné skupiny (AA – Anonymní Alkoholici).

Používanie vhodnej psychosociálnej intervencie závisí nielen od toho, či bola overená ako účinná, ale aj od toho, ktorej intervencii dáva prednosť pacient, aké sú zdroje pacienta, a v akom kontexte sa liečba uskutočňuje.

Krátke intervencie (KI)

Pri krátkej intervencii nejde o jeden terapeutický postup, ale o viacero intervencií. Ich spoločným znakom je oproti tradičným intervenciám krátke časové trvanie, zvyčajne v jednom terapeutickom sedení väčšinou do 25 minút s jedným, alebo viacerými krátkymi následnými stretnutiami. Úvodné sedenie KI môže mať formu osobnú, ale aj telefonickú, online, alebo sa môže uskutočniť ich kombináciou.

Tabuľka č. 7

| Účinné časti krátkych intervencií | |
|---|--|
|  | |
| Klinické špecifické postupy | Účinné časti krátkych intervencií pri konzumácii alkoholu |
| S-spätná väzba | Poskytnite spätnú väzbu týkajúcu sa užívania alkoholu a zdôraznite jeho potenciálne riziko. |
| Z-zodpovednosť | Zdôraznite pacientovu možnosť výberu a jeho zodpovednosť za zmenu . |
| R-rady | Poskytnite konkrétne rady , aké potrebné zmeny treba urobiť. |
| M-menu | Poskytnite menu možností ako tieto zmeny uskutočniť. |
| E-empatia | Prejavte pochopenie pre pacientove uvažovanie a prežívanie. |
| S-sebaúčinnosť | Vyjadrite vieru v to, že pacient dokáže navrhované zmeny urobiť. |

Kontingenčný manažment (Usmerňovanie pomocou pokračujúceho posilnenia)

Princíp kontingenčného manažmentu spočíva v uplatnení princípov posilňovania správania, ktoré je v súlade s dosahovaním cieľov liečby. Kontingenčný manažment vychádza zo základného behaviorálneho výskumu, ktorý dokázal, že správanie, ktoré posilňujeme, sa vo svojej frekvencii a častosti zvyšuje. Predstavuje štruktúrovanú behaviorálnu terapiu, ktorá sa zakladá na (1) pravidelnom sledovaní správania, ktoré chceme zmeniť, (2) posilňovaní správania vždy, keď sa vyskytuje, pomocou konkrétnych a stupňujúcich sa posilňovačov. Kontingenčný manažment môže byť pridaný k akejkoľvek inej liečbe, napr. ekletickej štandardnej skupinovej terapii, terapii pomocou 12 krokov, kognitívno-behaviorálnej terapii, terapii využívajúcej posilňujúce princípy v komunite, terapii zvyšujúcej motiváciu a pod. Posilnenie môže mať mnoho podôb, efektívne sú napríklad „poukážky“, ktorými terapeut odmeňuje pacienta po dosiahnutí stanoveného cieľa. Tie potom môže vymeniť za rôzne ním preferované činnosti alebo iné výhody. Vhodné je postupovať podľa jasného kontraktu medzi pacientom a terapeutom.

Kognitívno-behaviorálna terapia

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) pre poruchy v dôsledku užívania alkoholu zahŕňa prístupy, ktoré sa líšia vo svojom trvaní, postupoch, obsahu, či nastavení liečby. Podstatou KBT prístupu v liečbe závislosti je predpoklad, že úspešná liečba vyžaduje vytvorenie zvládacích spôsobilostí (buď k zníženiu alebo k zastaveniu užívania alkoholu) a zvýšenie vlastných schopností (sebaúčinnosti), ako to dosiahnuť. Základné KBT postupy sú funkčná analýza a tréning zvládacích spôsobilostí. Tieto je možné vykonávať rôznym spôsobom (skupinovo, alebo individuálne) v rôznej dĺžke liečby.

- *Funkčná analýza:* KBT prístup je individualizovaný a jeho predpokladom je komplexné posúdenie problému užívania alkoholu, a toho, ako alkohol ovplyvňuje pacientov život. Základom je analýza funkcie, ktorú má užívanie alkoholu pre pacienta. Funkčná analýza skúma

okolnosti, ktoré problémovému správaniu predchádzajú („spúšťače“), podrobne analyzujú samotné správanie spojené s užívaním alkoholu a krátkodobé a dlhodobé následky tohto správania. Jej základným predpokladom je, že zneužívanie alkoholu je vôľové správanie, ktoré je ovplyvňované identifikovateľnými podnetmi, ktoré mu predchádzajú a jeho dôsledkami, ktoré ho upevňujú. Na jej základe môžeme určiť, ktoré z týchto faktorov je potrebné zmeniť, aby sa zmenilo správanie týkajúce sa užívania alkoholu. Analýza tiež pomáha nájsť alternatívne správanie bez prítomnosti alkoholu, ktoré bude vyvolávané primeranejšími a odmeňujúcimi faktormi tak, aby sa zvýšila jeho pravdepodobnosť v budúcnosti.

- *Nácvik zvládacích spôsobilostí*: metódy nácviku zvládacích spôsobilostí vychádzajú zo základných princípov učenia, a to operačného podmieňovania, zástupného podmieňovania, či klasického podmieňovania. Predpokladom je, že pacient sa naučil nevhodné vzorce správania spojené s alkoholom, ktoré pretrvávajú, lebo nepoužíva iné, vhodnejšie formy správania. Správanie spojené s alkoholom sa teda považuje za nadbytočné a pre pacienta škodlivé, a je ho potrebné nahradiť správaním, ktoré pacient nedostatočne ovláda a potrebuje sa ho naučiť. Najskôr je dôležité naučiť pacienta všeobecné spôsobilosti. Keďže KBT je skôr krátkodobá terapia, nie je možné, aby sa pacient naučil nové spôsobilosti v každej vysoko rizikovej situácii identifikovanej vo funkčnej analýze. Terapeut sa skôr venuje takým spôsobilostiam, ktoré sa dajú uplatniť aj v iných vysoko rizikových situáciách ako je napríklad zvládanie baženia, či situácie nabitie negatívnymi emóciami. Medzi ďalšie špecifické spôsobilosti, ktoré je potrebné nacvičiť, sú zvládanie baženia, nácvik asertivity pri odmietaní alkoholu alebo iných drog, či metódu riešenia problémov.

Kombinovaná behaviorálna intervencia (KBI)


KBI kombinuje prvky KBT s komponentmi z motivačných rozhovorov a 12-krokových facilitačných intervencií AA (viď nižšie). Pri KBI sa odporúča zapojenie blízkej osoby klienta do procesu terapie. KBI bola vyvinutá na základe poznatkov, že pacienti s nízkou motiváciou zmeniť svoje patologické správanie mali z KBT len malý úžitok, a že zapojenie klientov do svojpomocných programov a účasť ich blízkych osôb na terapii bolo spojené s lepšími výsledkami liečby.

Motivačné interview (MI) a terapia posilňujúca motiváciu

Motivačné interview predstavuje primárne spôsob interakcie s pacientom a je základom zvyšovania motivácie. MI je na pacienta zameraná direktívna metóda, ktorá zvyšuje jeho motiváciu k zmene tým, že skúma a rieši jeho ambivalenciu vo vzťahu k užívaniu alkoholu. MI vychádza z nasledovných predpokladov:

1. Ľudia majú pre zmenu vlastného správania dostatočné vnútorné zdroje.
2. Ak si jednotlivec uvedomí výhody plynúce zo zmeny, môže úspešne zahájiť a úspešne udržiavať zmenu.
3. Proces zmeny správania treba chápať ako prechod cez 5 štádií zmeny.

Tabuľka č. 8

| Štádiá zmeny | |
|---|--|
|  | |
| Štádiá zmeny počas psychoterapie | Charakteristika |
| Prekontemplácia | Nepriзнание si problému, neplánovanie zmeny. |
| Kontemplácia | Premýšľanie o zmene, no bez aktívnej snahy o zmenu správania. |
| Príprava | Podnikanie nejakých krokov k zmene, avšak nejde o účinnú akciu. Je nutné si stanoviť ciele, priority a plán akcie. |
| Akcia | Aktívne vytváranie zmien v správaní. |
| Udržanie získaného stavu | Zachovanie zmeny a/alebo zabránenie návratu k predchádzajúcemu problému. |

Ak je jedinec v štádiu prekontemplácie alebo kontemplácie, tak cieľom terapeutického postupu je ho priviesť do štádia akcie, kde aktivuje svoje vnútorné zdroje a uskutoční také zmeny správania, ktoré sú dôležité pre dosiahnutie jeho cieľov. Liečba z pohľadu motivačného rozhovoru je ponímaná ako facilitácia prirodzeného procesu zmeny a celkový prístup, princípy i jednotlivé techniky vychádzajú z poznatkov o procesoch a podmienkach zmien. V praxi sa môžeme stretnúť s pacientmi s rôznou úrovňou pripravenosti na zmenu. Mí potom možno považovať za súbor techník na iniciáciu a akceleráciu pokroku jednotlivca pozdĺž kontinua pripravenosti na zmenu.

Behaviorálna párová a rodinná terapia

Rodinná terapia a párová terapia sú efektívne v post-akútnej fáze liečby závislosti od alkoholu. Ide o ambulatnú formu terapie pre pacientov so závislosťou od alkoholu a ich príbuzných. Tento terapeutický prístup je založený na štyroch predpokladoch: (1) správanie blízkeho partnera a interakcia páru môže užívanie alkoholu spúšťať; (2) blízki partneri môžu abstinenciu odmeňovať; (3) pozitívny blízky vzťah je kľúčový zdroj motivácie na zmenu správania spojeného s pitím; a (4) zníženie nepohody vo vzťahu znižuje riziko relapsu. Do liečby sa môžu zapojiť aj iné blízke vzťahy, ako napr. osoby, ktoré spolu sú alebo boli v partnerskom vzťahu, alebo žijú v jednej domácnosti, napr. matka alebo otec, súrodenec alebo iný člen rodiny, či blízky priateľ. Párová terapia sa tiež zameriava na zlepšenie vzťahu partnerov. Používa pritom viaceré cvičenia počas sedení a domáce zadania mimo sedení. Cieľom je zvýšiť vzájomné posilnenie, ktoré partneri dostávajú vo vzájomnom vzťahu, zvýšiť počet aktivít, ktoré trávajú spolu a pri ktorých nedochádza k užívaniu alkoholu, a zlepšiť ich konštruktívnu komunikáciu.

Krátkodobá psychodynamická psychoterapia (KPP)

KPP je modifikáciou psychoanalytickej psychoterapie, ktorá berie do úvahy nielen intrapersonálne, ale aj interpersonálne problémy, a prikladá význam prenosovým aj neprenosovým aspektom terapeutického vzťahu. Zameriava sa na aktívnu adaptívnu zmenu prečo najväčšie uplatnenie potenciálu klienta, postavenú na porozumení dynamickým vzťahom medzi minulými zážitkami a aktuálnymi postojmi a ťažkosťami. Cieľom teda nie je len úľava od symptómov, ale aj rozšírenie kapacity pre využívanie svojich emočných a intelektuálnych zdrojov. Na začiatku terapie sa skôr volí štruktúrovaný (podporný) prístup a neskôr odkrývajúci (expresívny) prístup. Cieľom je počas 20-30 stretnutí zmena v jednej či viacerých životných oblastiach života klienta, resp. zmeny fokálneho konfliktu, ktorý súvisí so vzťahmi s dôležitými osobami z detstva a aktivuje prítomnú záťaž.

Doplňkové psychosociálne intervencie – svojpomocné facilitačné intervencie

Spoločným znakom týchto skupín je snaha o abstinenciu pomocou zdieľania v skupine a vzájomnej podpore jednotlivých členov. Najznámejšou vzájomnou svojpomocnou skupinou pre závislých od alkoholu sú Anonymní alkoholici (AA). Liečba je bezplatná, a nie je potrebné si stretnutie dopredu dohodnúť. Program je založený na vzájomnej podpore, vytvorení sociálneho spoločenstva a viere, ako duchovnej podstate uzdravenia. Členovia sa zúčastňujú stretnutí (buď otvorených všetkým, alebo len pre účastníkov s problémom závislosti od alkoholu), kde sa zdieľajú zážitky spojené s užívaním alkoholu a uzdravovaním sa zo závislosti a preberajú postup 12 krokov k uzdraveniu. Účastníci v AA priznávajú, že alkohol vedie k strate kontroly a uzdravenie je duchovná cesta pomocou viery vo vyššiu silu a pomocou osobného skúmania a prijatia. Dôkazy svedčiacie o účinnosti svojpomocných programov sú nepriame.

Kritériá ukončenia programu a indikátory efektívnosti

V súlade s kritériami MKCH SZO sa za trvalú remisiu – uzdravenie zo závislosti pokladá dosiahnutie dvanástich (12) mesiacov bez recidívy a bez abstinenčných príznakov v nechránenom (ambulantnom) prostredí pacienta. Vtedy je možné pokladať stav za uzdravenie a program aktívnej liečby ukončiť. Odporúča sa podľa potreby následná starostlivosť formou A-klubov, účasťou na mítingoch AA, alebo pobytom v resocializačnom zariadení.

Podľa SZO je úspešné ukončenie liečebného programu možné u každého pacienta hodnotiť na základe niekoľkých dimenzií:

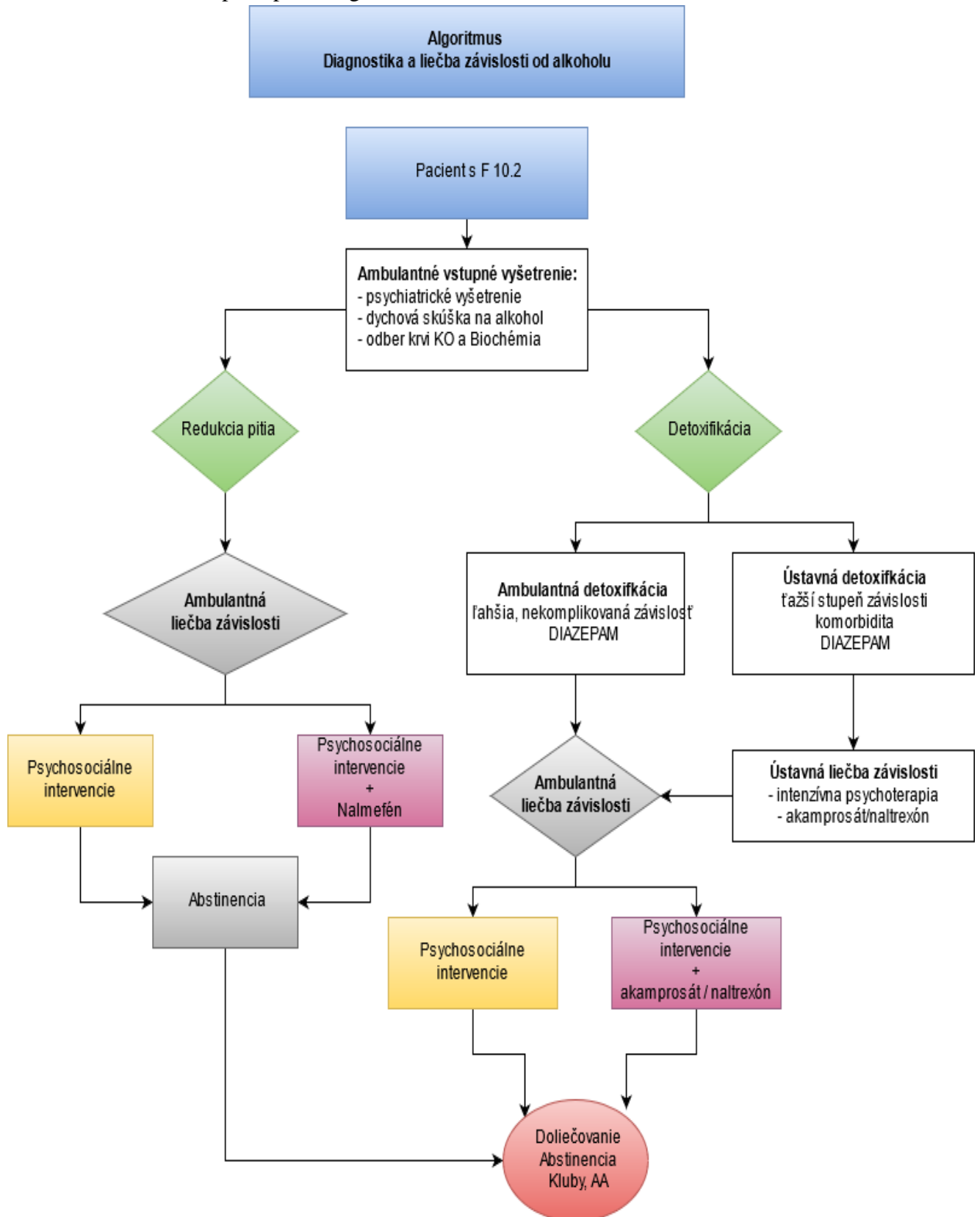
- Ústup abstinenčných symptómov.
- Porozumenie poruche spôsobenej užívaním alkoholu a pridružených problémov.
- Zlepšenie fyzického a duševného zdravia.
- Kontinuálne pokračovanie v ambulantnom programe liečby v prípade ukončenia ústavnej formy liečby.
- Sociálna reintegrácia, zaradenie sa do pracovného procesu, alebo do školskej dochádzky, ak je to potrebné do programu následnej starostlivosti.

Pri posudzovaní efektívnosti liečby závislosti od alkoholu je rozhodujúce dosiahnutie 12- mesačnej kontinuálnej abstinencie v ambulantných podmienkach. Ambulantnej forme liečby môže predchádzať liečba ústavnou formou, no nemusí. V prípade, ak pacient absolvuje len liečbu ústavnou formou a v ambulantnej liečbe ďalej nepokračuje, z medicínskeho hľadiska nemožno pokladať liečbu za ukončenú. Začatie i celé úspešné absolvovanie protialkoholickej liečby len ambulantnou formou je možné a po 12 mesiacoch sa liečba pokladá za ukončenú. Pokračovaním môže byť participácia v programoch následnej starostlivosti.

Efektívnosť liečby je možné vyhodnocovať procesnými indikátormi (napr. či ciele pacientov v programe boli splnené), alebo parciálne v prípade ústavnej formy objektívnym meraním výstupu po prepustení pacienta to je koľko pacientov pokračuje systematicky v ambulantnej fáze liečby. Ďalším indikátorom môže byť abstinencia podporená negatívnymi výsledkami toxikologického monitorovania preukázaná po dohľadani pacienta, napr. 6 alebo 12 mesiacov po začatí ambulantnej liečby. Optimálna je forma realizácie toxikologických vyšetrení zisťovaním metabolitu etylglukuronidu v moči s frekvenciou raz za 14 dní počas celého monitorovaného obdobia, minimálne však raz za 4 týždne pri ambulantných kontrolných vyšetreniach pacienta.

Dôsledné dodržiavanie štandardného postupu, v tom dôkladná objektivizácia výstupov procesu liečby, má podstatný význam i pre nemedicínske súvislosti ako je spôsobilosť riadenia motorového vozidla, zverenie dieťaťa do opatery, invalidizácia, absolvovanie výkonu súdom nariadených ochranných liečení a pod.

Obrázok č. 1 Schéma postupu v diagnostike a liečbe závislosti od alkoholu



Prognóza

Podľa štúdií bola preukázaná zdravotná i ekonomická efektivita komplexnej liečby závislosti od alkoholu, tieto výsledky propaguje aj SZO. V jednotlivých prípadoch je predikcia prognózy na základe vstupných charakteristík fázy a stavu závislosti len pravdepodobnostného charakteru. Menšina pacientov, ktorí vstúpili do liečby, má malígny priebeh ochorenia vedúci k predčasnému úmrtiu na komplikácie alkoholizmu. Častejší je remitujúci, chronický priebeh rôznej intenzity. Významnou premennou v otázke frekvencie relapsov sú sociálne podmienky, v ktorých sa pacient nachádza a ponuka sociálnych služieb po absolvovaní liečby. Väčšina pacientov, ktorí vstúpili do liečby pre závislosť od alkoholu, je schopná dosiahnuť kvalitné uzdravenie, resp. remisiu. Keď aj dôjde u časti z nich po čase k opätovnému rozvinutiu závislosti, resp. k návratu pitia, získané mesiace a roky prežité v zdraví, zlepšenom zdraví im zvyšujú kvalitu a očakávanú dĺžku ich života. Z abstinencie benefitujú nielen pacienti, ale aj ich blízke osoby a rodiny, vďaka redukcii práceneschopnosti a problematického správania súvisiacich s konzumáciou alkoholu sú prínosom pre celú spoločnosť.

Dôležitým faktom pre prognózu sú epidemiologické zistenia, že do liečby pre závislosť od alkoholu sa dostáva len výrazná menšina ľudí trpiaca zdravotnými problémami kvôli alkoholu. Mnohí sociálne dobre integrovaní jedinci sa o liečbu neuchádzajú napriek tomu, že vo zvýšenej miere trpia závažnými chronickými telesnými ochoreniami, kde alkohol prispel k ich vzniku a pokračujúce pitie komplikuje ich liečbu. Zdravotnícka osveta, skrining a krátke intervencie majú byť preto neoddeliteľnou súčasťou medicínskych postupov pri kontakte so všetkými populáciami pacientov, prevencie a účinnej liečby.

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

Závislosť od alkoholu je ochorením s vysokým rizikom relapsov s tendenciou k chronickému priebehu. Podľa Zákona o sociálnom poistení č. 461/2003 Z. z. predstavujú jej stredne ťažké formy mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 20 – 35 %, jej ťažké formy 50 – 60 %. V prípade viacročnej remisie s objektívne preukázanou abstinenciou vo vhodnom sociálnom prostredí môže byť miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti prehodnotená ako nevýznamná. V prípade chronifikovaného priebehu s rozvojom zdravotných komplikácií môžu byť tieto dôvodom zvýraznenia miery poklesu schopnosti zárobkovej činnosti. Pri posudzovaní závažných chronických komplikácií závislosti od alkoholu (viď. časť Klinický obraz a komplikácie) je namieste požadovať obdobie minimálne 12 mesačnej abstinencie pred určením reziduálneho nálezu a jeho dopadu na funkčnosť jedinca.

Zabezpečenie a organizácia liečebnej starostlivosti

1. Liečba závislosti od alkoholu sa poskytuje so súhlasom pacienta, resp. jeho zákonného zástupcu.
2. Základom pre liečbu závislosti od alkoholu je špecializovaná sieť ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Pri včasnom záchyťe problému je potenciál a trend zabezpečiť efektívne celú liečbu až do dosiahnutia dlhodobej stabilnej abstinencie (remisie, uzdravenia) v programoch špecializovanej ambulantnej starostlivosti bez potreby hospitalizácie. Je vhodné využívať v ambulantnej liečbe zariadenia komunitnej starostlivosti (denné stacionáre) a budovať v nich špecializované programy poskytujúce komplexnejšiu starostlivosť. Ambulantná forma liečby niekedy predchádza ústavnú formu liečby, ale vždy by mala po nej pokračovať na zabezpečenie efektívnej prevencie relapsu v prirodzenom prostredí pacienta.
3. Závažné poruchy zdravia pri závislosti od alkoholu, komplikované pridruženými ťažkými duševnými poruchami alebo vážnym somatickým stavom sú zabezpečované podľa profilácie problému v ústavných zdravotníckych zariadeniach na špecializovaných klinikách, resp. oddeleniach nemocníc, v psychiatrických nemocniciach, v špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí. Po absolvovaní čiastočnej (úvodnej detoxifikačnej), alebo kompletnej (tzv. odvykacej) liečby je na zabezpečenie abstinencie potrebné pokračovanie v ambulantnej forme liečby v špecializovanej ambulantnej psychiatrickej starostlivosti.

4. Zariadenia určené na liečbu chronických stavov (psychiatrické liečebne a chronické lôžka psychiatrických zariadení) majú slúžiť prednostne k liečbe reziduálnych stavov (pretrvávajúce neurokognitívne poruchy, pacienti s komorbiditou iných ťažkých duševných, kde nie je možné dosiahnuť stabilizáciu stavu v krátkom čase).
5. Akútne intoxikovaní pacienti, bez ohľadu na prítomnosť alebo neprítomnosť diagnózy závislosti, majú byť manažovaní v prvom rade ako iné prípady akútnej otravy. To znamená, že v spolupráci pracovísk primárneho kontaktu, t. j. zložiek záchranej zdravotnej služby, ambulantnej pohotovostnej služby, urgentných príjmov a pracovísk internej medicíny a intenzívnej starostlivosti má byť určený druh intoxikácie a spôsob jej liečby, podľa potreby pracovisko kontaktuje a konzultuje Národné toxikologické informačné centrum. Intoxikácia má byť laboratórne potvrdená, osobitne to platí pri podozrení na kombinované otravy. Určená má byť motivácia otravy (úmyselné sebapoškodenie, náhodná otrava, bližšie neurčený úmysel). U detí podlieha otrava alkoholom povinnému hláseniu. Zvláštna pozornosť má byť venovaná diagnostike skrytých úrazov. Intoxikácia predstavuje relatívnu kontraindikáciu hospitalizácie na psychiatrickom pracovisku (s výnimkou jednotiek intenzívnej starostlivosti s erudovaným personálom a možnosťou umelej pľúcnej ventilácie a dostupnosťou hemodialýzy a/alebo hemoperfúzie pre prípad závažných a kombinovaných otráv). Prípadná detoxifikácia sa preto realizuje prednostne v rámci expektácie alebo hospitalizácie na somatických lôžkach a urgentných príjmoch. Samotná alkoholová intoxikácia a jej prejavy nie sú dôvodom na hospitalizáciu na psychiatrických lôžkach. Klinicky nezávažné prejavy jednoduchej intoxikácie alkoholom nie sú na druhej strane ani kontraindikáciou prijatia na detoxifikáciu na akútnych psychiatrických lôžkach, ak sú prítomné počínajúce prejavy abstinénčného syndrómu alebo na základe zhodnotenia rizika možné predpokladať abstinénčný syndróm s komplikovaným priebehom, resp. s prechodom do delíria tremens. Intoxikácia alkoholom, ktorá neohrozuje vitálne funkcie (vedomie, dýchanie, krvný obeh), nepredstavuje dôvod na hospitalizáciu bez informovaného súhlasu pacienta / zákonného zástupcu. Manažment intoxikácie alkoholom, počas ktorej je identifikované suicidálne riziko alebo psychotická porucha, sa riadi špecifickými ŠDTP resp. ŠOP pre dané tematické okruhy.

Ďalšie odporúčania

Nie je dostatok štúdií u mladistvých a seniorov so zacielením na bezpečnosť podávania farmakoterapie na udržanie abstinencie. U detí a mladistvých nie je antikravingová medikácia odporúčaná. Seniori, ktorí majú problémy s alkoholom by mali byť motivovaní k zmene v primárnej zdravotnej starostlivosti. Mali by im byť ponúknuté programy zamerané na redukciiu pitia (grade A).

Špeciálny doplnok štandardu

Indikátory kvality a bezpečnosti štandardu:

1. kompliance s terapeutickým programom po šiestich a dvanástich mesiacoch od začiatku liečby,
2. proporcia negatívnych výsledkov dychovej skúšky, prípadne moču na EtG.

Špeciálny doplnok štandardného postupu

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so Zákonom č. 576/2004 Z. z., § 6 informovaný súhlas.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audity a revízie pravidelne každých 5 rokov. Mimoriadny audit a revízia najneskôr jeden rok po oficiálnom adaptovaní novej revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb v Slovenskej republike.

Literatúra

Kompletný zoznam pôvodne citovaných zdrojov je dostupný v predchádzajúcej verzii štandardného postupu - [Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu - 1. revízia](#). V tomto dokumente sú doplnené len nové zdroje, ktoré sú uvedené nižšie v samostatnom zozname:

- Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Kopányiová A., Tomšík R.: Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za rok 2024. Bratislava: VÚDPaP, 2025. 115 s. ISBN 978-80-89698-41-7.
- NICE National Institute for Health and Care Excellence.(2024) Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking(high-risk drinking) and alcohol dependence <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/Recommendations#principles-of-care> (2014)
- OECD: Health at a Glance 2023. Paris: OECD Publishing, 2023. 220 s.
- OECD: Preventing Harmful Alcohol Use – Country Note: Slovak Republic. Paris: OECD Publishing, 2025. 15 s.
- Vyhláška Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky č. 543/2005 Z. z. o Spravovacom a kancelárskom poriadku pre okresné sudy, krajské sudy, Špeciálny súd a vojenské sudy v znení neskorších predpisov
- World Health Organization: Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2024. 372 s. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov,

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. novembra 2025

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

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:

Chirurgická liečba katarakty

1. revízia

Autorský kolektív (1. revízia):

MUDr. Monika Ilavská PhD.

MUDr. Konštantín Peško PhD.

MUDr. Denisa Škrovinová

MUDr. František Daboczi st.

MUDr. Radovan Piovarči

Špecializačný odbor:

Oftalmológia

Autorský kolektív (1. verzia):

MUDr. Peter Böhm; MUDr. Monika Ilavská PhD.; MUDr. Denisa Škrovinová

Recenzenti:

MUDr. Bohuslav Augustinský; MUDr. Mária Hurčíková; MUDr. Ladislav Kardos; MUDr. Peter Kuriš; MUDr. Jana Mattová (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Súhlasné stanovisko: Slovenská oftalmologická spoločnosť

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komissii MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|---|-----------|---|
| 0284R1 | 9. október 2025 | schválený | 1. november 2025 |
| 0284 | 22. máj 2023 | schválený | 1. jún 2023 |

Kľúčové slová

šošovka, katarakta, operácia katarakty, fakoemulzifikácia, vnútročné šošovky

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|---------------|---|
| CEM | cystoidný edém makuly |
| DM | diabetes mellitus |
| EDOF | enhanced depth of focus IOL– vnútročná umelá šošovka s predĺženým fokusom |
| CHOPCH | chronická obštrukčná pľúcna choroba |
| IFIS | intraoperative floppy iris syndrome – syndróm vlajúcej dúhovky |
| ICHS | ischemická choroba srdca |
| IOL | intraocular lenses – vnútročné šošovky |
| JZS | jednodňová zdravotná starostlivosť |
| MRSA | metycilin rezistentný Staphylococcus aureus |
| Nd:YAG | neodymium-doped yttrium aluminum garnet, neodymium yag laser |
| NSAID | non-steroid antiinflammatory drug - nestroidné protizápalové liečivá |
| OVD | ophthalmo viscoelastic device - viskoelastické materiály používané pri operácii katarakty |
| PC IOL | posterior chamber intraocular lens - ,zadno-komorová vnútročná šošovka |
| PCO | posterior capsular opacification – sekundárna katarakta |
| pH | záporný dekadický logaritmus aktivity vodíkových katiónov, pri veľmi zriedených roztokoch možno pH definovať ako záporný dekadický logaritmus koncentrácie vodíkových iónov |
| PMMA | polymetyl metacrylát – materiál na výrobu vnútroočných šošoviek |
| PPV | pars plana vitrectomy - pars plana vitrektómia |
| QALY | quality adjusted life year - roky pridanej kvality života |
| SIA | surgically induced asigmatism - chirurgicky indukovaný astigmatizmus |
| TASS | toxic anterior segment syndróm - toxický syndróm predného segmentu |
| TK | total keratometry - totálna keratometria vyráтанá z prednej a zadnej plochy rohovky |

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore oftalmológia (ďalej len „oftalmológ“).

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore oftalmológia s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti mikrochirurgia oka.

Sestra – asistuje lekárovi pri vyšetreniach.

Kompetencie na jednotlivých úrovniach zdravotnej starostlivosti o pacientov s kataraktou

V procese záchytu, diagnostiky a liečby katarakty využívajú štandardné postupy všetky zainteresované oftalmologické pracoviská, ktoré sú:

- oftalmologická ambulancia** - zdravotnú starostlivosť a liečbu pre pacientov s kataraktou alebo podozrením na kataraktu na prvom stupni zabezpečuje oftalmologická ambulancia, ktorá vykoná základné očné vyšetrenie zahrňujúce vyšetrenie: centrálnej zrakovej ostrosti (CZO), biomikroskopické vyšetrenie predného segmentu, tonometriu vyšetrenie očného pozadia. Doplnkovým vyšetrením môže byť podľa vybavenia ambulancie meranie pachymetrie, biomechanických vlastností rohovky, zobrazovacích vyšetrení- optická koherenčná tomografia (OCT), optická koherenčná tomografická angiografia (angio OCT), foto fundu. Preventívne vyšetrenie zamerané na vyhľadávanie pacientov s kataraktou robí každý ambulantný oftalmológ pri pozitívnej rodinnej anamnéze, prítomných iných rizikových faktoroch a pri predpisovaní presbyopickej korekcie, u pacientov nad 40 rokov.

- b) špecializovaná ambulancia pri pracovisku, ktoré vykonáva operácie katarakty* - poskytuje zdravotnú starostlivosť pre pacientov s kataraktou na stanovenie diagnózy ochorenia, indikáciu k chirurgickej liečbe. Zabezpečuje kompletne očné vyšetrenie ako je uvedené vyššie a doplňujúce vyšetrenia: biometria oka optickým alebo USG biometrom a výpočet dioptrickej hodnoty plánovanej vnútroočnej šošovky. V prípade potreby indikuje doplnkové vyšetrenia: vyšetrenie slzného filmu, dominancie oka, kontrastnej citlivosti rohovkovej tomografie a zadnosegmentové OCT.

Úvod

Katarakta (sivý zákal) je akýkoľvek zákal šošovky, ktorý zvyčajne negatívne ovplyvňuje zrakovú ostrosť pacienta. Celosvetovo trpí kataraktou viac ako 95 miliónov ľudí (2014). Diagnóza počínajúceho až pokročilého zákalu šošovky je stanovená u 91 % populácie medzi 75 – 85 rokom veku. Katarakta je stále uvádzaná ako najčastejšia príčina slepoty na svete. Môže byť klasifikovaná podľa doby vzniku, podľa etiológie, podľa časti šošovky, ktorú postihuje, podľa tvaru, farby alebo stupňa zákalu. Liečba katarakty sa riadi výsledkom klinického vyšetrenia a na základe zváženia niekoľkých ďalších faktorov. Súčasné technologické možnosti radia operáciu katarakty medzi mikrochirurgické operačné výkony s rýchlou a uspokojivou úpravou zrakovej ostrosti, krátkodobou rekonvalescenciou a minimálnym množstvom komplikácií. Operácia katarakty s implantáciou vnútroočnej šošovky je asi najefektívnejšia chirurgická metóda v celej medicíne. S použitím prémiových vnútroočných šošoviek je možné kombinovať operáciu katarakty s úpravou astigmatizmu, presbyopie, alebo oboje, ak je to potrebné. Detská katarakta má odlišnú patogenézu, chirurgický prístup a pooperačný priebeh ako vekom vznikajúca katarakta. (8, 9, 10)

Prevenia

Dodnes nebol objavený konzervatívny spôsob, ako zabrániť vzniku a progresii sivého zákalu u inak zdravého dospelého človeka. Podarilo sa už zistiť a dokázať niektoré faktory zvyšujúce riziko vzniku katarakty, ktorými sú ženské pohlavie, afroamerická rasa, myopia, užívanie kortikoidov, diabetes mellitus, hypokalcémia, metabolické syndrómy. Tieto však ovplyvniť nevieme. Faktory, ktoré zvyšujú riziko vzniku katarakty a zároveň sú ovplyvniteľné sú: fajčenie, užívanie veľkého množstva alkoholu, zvýšená exponencia UV žiarením, dehydratácia, proteínový deficit, redukčné diéty (malnutrícia), úrazy oka. Návod, ako predchádzať vzniku sivého zákalu však do dnešnej doby nie je známy. (8, 9, 11, 12) V niektorých štúdiách sa ako protektívne faktory uvádzajú: príjem proteínov 100 - 150 g/deň a vitamínu C 135 g/deň, zvýšenie prísunu zeleniny v strave, vitamín E, karotenoidy, vitamín A, B a antioxidanty. (13)

Epidemiológia

Katarakta je celosvetovo najčastejšia príčina zhoršenia zrakovej ostrosti. Odhaduje sa, že je príčina slepoty u viac ako 15 miliónov ľudí v súčasnosti a tento počet stále narastá. Prevalencia katarakty vykazuje regionálne rozdiely. Je vyššia u žien a stúpa s vekom, z 3,9 % vo veku 55 - 64 rokov na 92,6 % vo veku nad 80 rokov. (14) Veľkým problémom zostáva výskyt katarákt v rozvojových krajinách, kde je nedostatok financií a zdravotníckych pracovníkov, ktorí by vykonávali operácie. Napriek tomu je operácia katarakty najčastejšie vykonávanou operáciou na ľudskom tele. V roku 2020 podstúpilo celosvetovo operáciu katarakty zhruba 30 miliónov ľudí. Prospektívne štúdie u pacientov po operácii katarakty vykazujú výrazné zlepšenie viacerých parametrov kvality života, vrátane spoločenských i domácich aktivít, vo vedení motorového vozidla ako aj pocitov životnej spokojnosti. (15)

Patofyziológia

Šošovka je transparentná bikonvexná štruktúra, ktorá má 3 základné funkcie: akomodáciu, refrakciu a udržanie vlastnej transparentnosti.

Šošovka je uložená medzi dúhovkou a sklovcom, zavesená na závesnom aparáte, ktorým je pripojená k riasnatému teliesku. Skladá sa z puzdra (tvoreného glykoproteínmi a glykozamino- glykánmi), epitelu (rozdelený do zón - centrálna, pregerminatívna, germinatívna a prechodná) a jadra s kortexom (tvorené šošovkovými vláknami, ktoré vytvárajú nucleus, epinukleus, perinukleus a kortex). Zonulárne vlákna tvoria závesný aparát šošovky, ktorý má 2 funkcie - udržať šošovku v optickej osi a umožniť akomodáciu.

Šošovka spolu s rohovkou láme lúče svetla do ohniska na sietnici. Tejto funkcii zodpovedá anatómia, histológia a biochémia šošovky.

Patofyziológia vzniku katarakty je multifaktoriálna. Zmeny v metabolizme sa prejavujú zvýšeným obsahom vody, agregáciou proteínov s vysokou hmotnosťou a tvorbou vakuol. Pri vzniku katarakty sa uplatňujú poruchy metabolizmu glukózy a procesu glykácie, oxidačný stres a starnutie. V prostredí s vysokou koncentráciou glukózy dochádza k neenzýmovej glykácii extracelulárnych a intracelulárnych proteínov, čo vedie k zmene ich funkcie. Oxidačný stres poškodzuje bunkové membrány pôsobením voľných radikálov (molekúl s nepárovým elektrónom), spôsobuje peroxidáciu lipidov bunkovej membrány, polymerizáciu bielkovín a poruchu funkcie enzýmov. Tieto procesy vedú k skaleniu šošovky, zhoršeniu kvality obrazu na sietnici a zhoršeniu zrakových funkcií. (7)

Príčiny rozvoja katarakty sú rôznorodé:

- a) **vek** - najväčšie percento katarakty je vekom podmienené a väčšina pacientov má nad 50 rokov,
- b) **lieky**
 - kortikoidy - dlhodobá liečba vedie k rozvoju zadnej subkapsulárnej katarakty,
 - miotiká - po niekoľkoročnom podávaní spôsobujú zákaly pod predným puzdrom,
 - fenotiaziny, amiodarón - zákaly nespôsobujú klinické zhoršenie videnia,
- c) **úrazy**
 - po tupom poranení oka, charakteristický tvar kvetu,
 - po penetrujúcich poraneniach s postihnutím puzdra - rýchly rozvoj katarakty,
 - toxické a nutričné vplyvy (fajčenie), ionizujúce a ultrafialové žiarenie,
 - sideróza, chalkóza,
 - elektrické postihnutie,
- d) **metabolické zmeny a celkové ochorenia,**
- e) **Diabetes mellitus** - zmeny hydratácie šošovky a jej metabolizmu vedú k zmenám refrakcie (myopizácii či kolísaniu refrakcie) a k rozvoju katarakty,
- f) **Galaktosémia, Wilsonova choroba, Fabryho choroba, Alportov syndróm,**
- g) **očné ochorenia**
 - uveitídy,
 - glaukóm,
 - pseudoexfoliácia - typické usadeniny belavého materiálu na okraji zrenice a prednej plochy šošovky,
 - degeneratívne ochorenia - tapetoretinálna dystrofia,
- h) **chirurgické výkony** - akýkoľvek vnútroočný zákrok je kataraktogénny, častá býva po pars plana vitrektómii (PPV). Ako plynová katarakta sa označuje prechodné skalenie pod zadným puzdrom šošovky po PPV s vnútornou tamponádou expanzným plynom. (6, 7)

Klasifikácia - typy katarakty

a) Podľa morfológie

- nukleárna (skalené jadro),
- kortikálna (prevažne v prednom a zadnom kortexe),
- kortikonukleárna (kombinácia oboch typov),
- zadná subkapsulárna (skutelárna, maximum pod zadným puzdrom),

b) Podľa pokročilosti nálezu

- incipientná (prvé zmeny transparentnosti),
- progredientná (pribúdajúce zákaly),
- intumescenčná (stiebornobiela farba, úplne nepriehľadná, operácia riziková - možná ruptúra puzdra),
- ferematúrna a matúrna (žltá-hnedá farba, tvrdá konzistencia jadra),
- brunescenčná (pokročilé štádium, hnedá farba, tvrdá konzistencia),
- hypermatúrna - veľmi pokročilé štádium katarakty, materiál šošovky kolikvuje a preniká cez puzdro šošovky,
- Morgagnianova - husté jadro sa voľne pohybuje v skolikvovaných šošovkových hmotách.

Klinický obraz

Rôzne typy katarakty majú rôzny vplyv na zrakovú ostrosť. Dôležitejšie ako zraková ostrosť na Snellenových optotypoch je, či zníženie zrakových funkcií pacienta obmedzuje v bežných aktivitách. Katarakta okrem zníženia zrakové ostrosti môže spôsobovať optické fenomény.

Glare - zhoršenie zrakové ostrosti spôsobené rozptylom svetla v optickom prostredí oka. Delí sa na diskomfort glare (prejavuje sa pri silnom oslnení napr. slnko na snehu) a disability glare (zhoršenie viditeľnosti za prítomnosti zdroja svetla inde v zornom poli - napr. jazda v noci). Glare býva často prvým príznakom katarakty. Čím viac je šošovka zakalená a čím bližšie sú zmeny k optickej osi, tým je glare výraznejšie.

Zníženie kontrastnej citlivosti býva príznakom začínajúcej katarakty. Toto zníženie môže byť prítomné aj pri normálnej zrakové ostrosti. Vhodnosť operácie pomáha určiť vyšetrenie.


Zmeny refrakcie - myopizácia oka je typická u nukleárneho typu katarakty. Pri jednostrannom výskyte môže viesť k anizometrii. U hypermetropov krátkodobo k tomu, že pacienti nepotrebujú okuliare.

Monokulárna diplopia vzniká pri postihnutí vnútorných vrstiev jadra šošovky. Výsledkom je viac lomných plôch v centre šošovky, čo vytvára dvojité obraz. Komplikáciou pokročilej katarakty môže byť vzostup vnútroočného tlaku s rozvojom fakomorfného glaukómu. (6, 7)

Diagnostika


Diagnózu katarakty možno určiť na základe dôkladného oftalmologického vyšetrenia. Je nevyhnutné prihliadať aj na celkový zdravotný stav pacienta a na prípadné ďalšie ochorenia.

Tabuľka č. 1

|  Základné oftalmologické vyšetrenie pre stanovenie diagnózy katarakty | | |
|---|---|------|
| 1. | Anamnéza | vždy |
| 2. | Keratometria | vždy |
| 3. | Refraktometria | vždy |
| 4. | Pachymetria | vždy |
| 5. | Meranie vnútroočného tlaku tonometrom | vždy |
| 6. | Určenie zrakovej ostrosti do diaľky a do blízka bez korekcie, a s optimálnou subjektívnou korekciou | vždy |
| 7. | Vyšetrenie očných adnexov | vždy |
| 8. | Biomikroskopia oka na štrbinovej lampe v mydriáze | vždy |
| 9. | Priama, alebo nepriama oftalmoskopia očného pozadia | vždy |
| 10. | Biometria | vždy |
| 11. | Výpočet vnútroočnej IOL | vždy |

Pri totálnom zakalení šošovky a nemožnosti oftalmoskopického vyšetrenia je potrebné urobiť vyšetrenie sklovcového priestoru a sietnice ultrazvukom - Bscan.

Tabuľka č. 2

|  Doplňujúce oftalmologické vyšetrenia pred operáciou katarakty | | |
|--|---|--------------------------|
| 1. | Vyšetrenie endotelu rohovky zrkadlovým endotel. Mikroskopom | v indikovaných prípadoch |
| 2. | Vyšetrenie slzného filmu (BUT, Schirmer test) | v indikovaných prípadoch |
| 3. | Vyšetrenie dominancie oka | v indikovaných prípadoch |
| 4. | Vyšetrenie kontrastnej citlivosti | v indikovaných prípadoch |
| 5. | Rohovková topografia, (tomografia) | v indikovaných prípadoch |
| 6. | Zadnosegmetové/prednosegmetové OCT | v indikovaných prípadoch |

Doplňujúce (špecializované) vyšetrenia pred operáciou katarakty sú indikované v prítomnosti iných očných ochorení - syndróm suchého oka, keratokonus, dystrofie rohovky glaukóm, astigmatizmus, choroby sietnice a vitreoretinálneho rozhrania, predchádzajúce refrakčné operácie na rohovke...

Biometria a výpočet dioptrickej hodnoty vnútroočnej šošovky

Výpočet dioptrickej hodnoty vnútroočnej šošovky je spolu s precíznym mikrochirurgickým prevedením operácie najdôležitejšou súčasťou správneho výsledku operácie = plánovanej (cielenej) pooperačnej refrakcie operovaného oka. Výpočet sa robí pomocou aktuálnych kalkulačných vzorcov (formúl), do ktorých sa vkladajú namerané hodnoty keratometrie a axiálnej dĺžky bulbu, získané z biometrie oka.

Biometria oka sa robí ultrazvukom, alebo nekontaktnou optickou biometriou. Výsledky z optických biometrov sú presnejšie.

V súčasnosti sa používajú veľmi presné optické biometre, ktoré presne merajú axiálnu dĺžku oka a rôzne formuly na výpočet IOL.

Základný vzorec vyvinuli Sanders, Retzlaff a Kraff (tzv. SRK - formula) a má tvar:

$$P = A - 2,5 L - 0,9 K$$

P - hodnota implantátu pre konečnú refrakciu 0D

L - axiálna dĺžka bulbu v mm

K - priemerná hodnota zakrivenia rohovky v dioptriách

A – konštanta

II. Generácia vzorcov - SRK na SRK II, ktorý koriguje konštantu A podľa axiálnej dĺžky oka konštanta A môže byť personalizovaná

III. Generácia vzorcov - upravujú hodnotu ACD nielen podľa axiálnej dĺžky, ale aj podľa zakrivenia rohovky - Holladay, Hoffer Q, SRK/T, Haigis, Holladay II, Abulafia Koch formula, Barrett Universal, Olsen...

On line torické calculatory – pre jednotlivé druhy vnútroočných šošoviek podľa výrobcu,

Postrefrakčné výpočty IOL - <https://iolcalc.ascrs.org/wbfrmCalculator.aspx>.

Vzorce sú neustále aktualizované a vytvárajú sa nové, s čoraz presnejšou možnosťou výpočtu umelého vnútroočného implantátu. (18)

Indikácie a kontraindikácie operácie katarakty

Liečba katarakty je chirurgická. Primárnou indikáciou operácie katarakty je porucha zrakových funkcií oka a subjektívne ťažkosti pacienta v dôsledku zákalu šošovky, ktorá zhoršuje kvalitu jeho života. Nakoľko je indikácia operácie veľmi individuálna a závisí od mnohých faktorov, operácia by mala byť indikovaná pri takom zhoršení zrakových funkcií, ktoré obmedzujú pacienta pri vykonávaní jeho osobných a pracovných činností. Predoperačná zraková ostrosť nemusí byť objektívnym ukazovateľom stavu predoperačných funkcií oka, preto by sa indikácia na operáciu katarakty nemala robiť výlučne na základe toho vyšetrenia. Objektívnym stanovením pokročilosti katarakty je hodnotenie skalenia šošovky na štrbinovej lampe. Existuje viacero systémov, podľa ktorých sa určuje štádium katarakty. V súčasnosti sa už vyvíjajú systémy na digitálne vyhodnocovanie štádia katarakty, napr. LOCS III Lens Opacities Classification System(19). U nás je najviac zaužívaný systém Wisconsin cataract grading scale. Podľa neho lekár posudzuje stupeň zakalenia v škále 0 - 4 najskôr prednej kôry šošovky - cortex C 0-4, následne jadra – nucleus – N-0-4 a stupeň skalenia zadného puzdra – Posterior – P (20). Nález zaznamenaný do dokumentácie, napr. v tvare C2N2P2, čo je stredne pokročilá katarakta.

Ďalšími indikáciami sú:

- anizometropia 2,5 a viac D (21),
- zákal šošovky brániaci optimálnemu vyšetreniu, alebo liečbe ako je fotokoagulácia sietnice, pars plana vitrektómia,
- šošovka indukujúca uzáver komorového uhla,
- fakoanafylaktická uveitída, fakolytický glaukóm,
- luxácia čirej šošovky do prednej komory, luxácia-subluxácia čirej šošovky do sklovca.

Relatívnou kontraindikáciou je závažný celkový zdravotný stav pacienta bez predpokladu zlepšenia. Operácia katarakty sa vykonáva aj na očiach, kde nepredpokladáme zlepšenie videnia, avšak operáciou predídeme komplikáciám spôsobených neoperovanou kataraktou. Najčastejšie sa jedná o sekundárny glaukóm spôsobený neoperovanou kataraktou (fakogénny), alebo uveitídu.

Pacient musí byť dostatočne a zrozumiteľne informovaný vyškoleným personálom o spôsobe a technike operácie katarakty a o možných operačných a pooperačných komplikáciách. Súhlas k operácii potvrdí svojim podpisom na zvláštnom formulári (Informovaný súhlas). Pacient by mal byť informovaný o možnostiach riešenia pooperačnej refrakcie všetkými typmi vnútroočných šošoviek /monofokálna, torická, EDOF a MF IOL/.

Pacienti môžu riziko vzniku či progresie katarakty obmedziť tým, že sa vyhnú rizikovým faktorom. Fajčiari a konzumenti nikotínu by mali byť informovaní o zvýšenom riziku vzniku a progresie katarakty a o užitočnosti vzdania sa nikotínu. Pacienti, ktorí dlhodobo užívajú lokálne perorálne alebo inhalačné kortikosteroidy, by mali byť informovaní o zvýšenom riziku vzniku katarakty. Pacienti s cukrovkou by mali poznať spojitosť cukrovky a zvýšeného rizika vzniku katarakty.

Celkové vyšetrenie pacienta pred operáciou katarakty

Predoperačné vyšetrenie pred plánovanou operáciou sa vykonáva podľa aktuálne platného legislatívneho rámca (zákony, vyhlášky a odborné usmernenia). Postup pri vyšetrení stanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anestéziologickej starostlivosti v platnom znení, alebo interné predoperačné vyšetrenie, ak to zdravotný stav pacienta vyžaduje.

Predoperačná príprava

Profylaxia cystoidného edému makuly (CEM)

Pomocou nesteroidných antiflogistík (nepafenak, bromfenak, diklofenak), kortikosteroidov (betamethason, dexamethason, fluorometholon) alebo ich vzájomnou kombináciou sa odporúča najmä u pacientov po uveitídach, s diabetickou retinopatiou, s epimakulárnou membránou, s retinitis pigmentosa, po predchádzajúcej pars plana vitrektómii alebo po pooperačnom CEM druhého oka. Odporúča sa začať podávať 1 -3 dni pred operáciou.

Profylaxia infekcie

a) Účinnosť profylaktickej lokálnej instilácie ATB kvapiek do spojkového vaku (fluorochinolonových antibiotík druhej až štvrtej generácie ofloxacín, levofloxacín, moxifloxacín, aminoglykosidov neomycín, gentamycín, tobramycín, alebo inej kombinácie ATB) 1 - 3 dni pred operáciou, ako aj 5 - 7 dní po operácii nebola preukázaná v prípade, že sa pred operáciou použije jódovaný povidon a intrakamerálne /do prednej očnej komory/ cefuroxim 1 mg na konci operácie.

b) Príprava operačného poľa

- 5 – 10 % jódovaný povidon na kožu viečok a okolia oka,
- 3 – 5 % jódovaný povidon do spojkového vaku – nechať pôsobiť minimálne po dobu 3 min.

c) Príprava roztokov na dezinfekciu operačného poľa

(originálne balenie 10 % roztoku jódovaného povidonu, čo zodpovedá 100mg/ml)

Na riedenie je možné použiť:

- Sterilný fyziologický roztok (0,9 % NaCl)
- Sterilný vyvážený soľný roztok (BSS)
- Sterilný Ringerov roztok

Agua pro injeksione sa neodporúča pre chýbajúce elektrolyty, čím sa roztok stáva hypotonický.

Roztoky na kožu viečok a okolie oka:

- 5% jódovaný povidon – riedenie: 1:1

Do spojkového vaku:

- 3% jódovaný povidon - riedenie: do 20 ml striekačky 6 ml jódovaného povidonu a 14 ml roztoku (fyziolog. roztok, Ringerov roztok, BSS (22)

- d)** Po uzatvorení rany sa odporúča intrakamerálna aplikácia cefalosporinového ATB cefuroximu určeného na intrakamerálne použitie v dávke 1,0 mg v 0,1 ml fyziologického roztoku, zvýšenie profylaxie je možné dosiahnuť aplikáciou 3 – 5 % jódovaný povidon do spojkového vaku. Operácia v aseptickom prostredí s použitím aseptických mikroinštrumentov vysterilizovaných v teplovzdušných alebo plazmových sterilizátoroch s programami na duté mikroinštrumenty podľa noriem EU. Doklady o sterilizácii na konkrétnu operáciu a pacienta, je nutné uchovávať v knihe sterilizácii.

Parabulbárna, alebo subkonjunktiválna aplikácia ATB sa ako profylaxia zápalov neodporúča.

Anestézia

Operácia katarakty sa vykonáva väčšinou v lokálnej anestézii, len výnimočne v celkovej anestézii najčastejšie u pacientov, u ktorých je vylúčená spolupráca. Typy lokálnej anestézie: retrobulbárna, parabulbárna, periokulárna, sub-konjunktiválna, sub-tenonská, topická a intrakamerálna. Lokálna anestézia môže byť kombinovaná s analgosedatívami. U väčšiny pacientov môže byť operácia vykonaná iba v lokálnej anestézii. Cieľom je čo najmenej invazívne podanie anestetika.

Pre optimálnu stratégiu anestézie a jej vhodný typ sa rozhoduje chirurg na základe potrieb pacienta a svojich vlastných preferencií. Operovaný pacient musí byť pred samotným výkonom informovaný, aký spôsob anestézie dostane.

Predoperačné riziká

Zvýšené operačné riziko predstavujú stavy znemožňujúce dosiahnutie adekvátnej mydriázy ako sú pourazové stavy, pozápalové stavy, diabetes, nikotinizmus a IFIS (Intraoperative floppy iris syndrome) popísaného v roku 2005 Changom a Campbellom v súvislosti s užívaním tamsulosinu. (16)

Pri dlhodobom užívaní vysadenie tamsulosinu, alebo iných blokátorov alfa 1 receptorov nemá efekt na elimináciu IFIS. Tieto stavy je možné zvládnuť pomocou intrakamerálne podaných mydriatik, u IFIS vždy úplne na začiatku operácie, hneď po prvom otvorení PK, prípadne instilovaním vhodného viskomateriálu a nastavením prístroja. Pokiaľ to nie je dostatočne účinné, chirurg má možnosť použiť rôzne chirurgické pomôcky na mechanické rozšírenie zrenice počas operácie (retraktory, háčiky, prstence). Každé pracovisko má byť vybavené takýmito špeciálnymi pomôckami na zvládnutie operácií komplikovaných úzkou zrenicou.

Pacientov s antikoagulačnou liečbou nie je nutné prestavovať na nízkomolekulárny heparín pri štandardnej operácii katarakty. Je ale dôležité, aby tento údaj chirurg evidoval a rezy volil tak, aby nedošlo ku krvácaniu.

Operačná technika

Súčasná vedecká poznatky považujú za lege artis operáciu katarakty takú, pri ktorej sú jadro šošovky a šošovkové hmoty odstránené čo najšetrnejšie, a súčasne je zachovaná podstatná časť kapsulárneho vaku (puzdra šošovky) s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky do kapsulárneho vaku. Tomuto princípu najvernejšie zodpovedá technika ultrazvukovej fakoemulzifikácie s minimálnym operačným rezom

(1,8 - 3,0 mm), otvorením predného puzdra šošovky cirkulárnou kapsulorexou (CCC), s použitím kvalitného OVD - viskoelastického materiálu (slúžiaceho na ochranu vnútroočných štruktúr) a s implantáciou biokompatibilnej vnútroočnej šošovky, spravidla bez použitia stehov.


Operačná technika môže byť modifikovaná na základe individuálneho vnútroočného nálezu. V indikovaných prípadoch (extrémne tvrdé hnedočierné šošovky) je možné použiť aj staršiu, extrakapsulárnu techniku s rezom 8 - 10 mm, prípadne intrakapsulárnu extrakciu s rezom 10 - 12 mm v prípade subluzovanej šošovky, alebo dehiscencie závesného aparátu.

Na konci operácie je možné aplikovať krytie oka obväzom (monoculus) alebo pri Instant vision nechať pacienta bez obväzu.(23,24)

Pooperačná starostlivosť

V pooperačnom období sa odporúča kontrola na 1. pooperačný deň, 1. týždeň a 1. mesiac po operácii.

Tabuľka č. 3

|  Rozsah a frekvencia kontrol po operácii katarakty | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Vyšetrenie | 1. pooperačný deň | 1. týždeň po operácii | 1. mesiac po operácii |
| Keratometria | vždy | vždy | vždy |
| Tonometria | vždy | vždy | vždy |
| Refraktometria | vždy | vždy | vždy |
| Pachymetria | vždy | vždy | vždy |
| Vyšetrenie zrakovej ostrosti bez a s korekciou | vždy | vždy | vždy |
| Zrkadlová endotelová mikroskopia | v indikovaných prípadoch | v indikovaných prípadoch | v indikovaných prípadoch |
| Biomikroskopia predného segmentu | vždy | vždy | vždy |
| Vyšetrenie v mydriáze | podľa potreby | podľa potreby | podľa potreby |
| Vyšetrenie očného pozadia | podľa potreby | podľa potreby | podľa potreby |
| Topografia/tomografia/rohovky | podľa potreby | podľa potreby | podľa potreby |
| Prednosegmentové OCT | podľa potreby | podľa potreby | podľa potreby |
| Zadnosegmentové OCT | podľa potreby | podľa potreby | podľa potreby |

Pooperačná farmakologická starostlivosť

Pooperačná terapia spočíva v aplikácii fluorochinolónového ATB (ofloxacín, levofloxacín, moxifloxacín), alebo aminoglykozidového ATB (gentamycín, neomycín, tobramycín), alebo iná kombinácia ATB, prípadne s nesteroidnými antiflogistikami (nepafenak, diklofenak, bromfenak) a kortikosteroidmi hlavne u pacientov s predchádzajúcou uveitídou, diabetickou retinopatiou, epimakulárnou membránou, retinitis pigmentosa, po predchádzajúcej pars plana vitrektómii, pooperačným CEM na druhom oku, pri komplikáciách počas operácie (hlavne pri porušení zadného puzdra so stratou sklovca) a pri neodstránených fragmentoch šošovky. Dĺžka pooperačnej terapie sa u nekomplikovaných operácií odporúča 3 týždne, inak môže pretrvávať až niekoľko mesiacov, až do vyriešenia možných komplikácií. Na prevenciu rozvoja alebo zhoršenia syndrómu suchého oka sa odporúča aplikácia umelých slz, vhodnejšie sú preparáty bez konzervačných látok, nakoľko sa eliminuje kumulatívny efekt konzervačných látok v ATB a kortikosteroidných kvapkách. (24)

Vnútroočné šošovky

Implantácia vnútroočnej šošovky slúži na korekciu optickej chyby vznikajúcej operáciou katarakty. V súčasnej dobe sú štandardom jednodusové šošovky (one-piece), viackusové (multi-piece), monofokálne (jednoohniskové), mäkké (foldable), s ostrými hranami (square edge), vyrobené z akrylátov, či silikónu s UV filtrom, ktoré sa implantujú do puzdra pôvodnej šošovky. Ich veľkou prednosťou je možnosť implantácie malým operačným rezom pomocou špeciálnych zavádzacích injektorových systémov, ktoré zaisťujú minimálny kontakt nástrojov a chirurga s umelou šošovkou pred jej implantáciou do oka. Tým sa výrazne znižuje riziko pooperačnej infekcie a prípadné poškodenie šošovky počas manipulácie a skracuje sa doba potrebná na rehabilitáciu pacienta.

Komplikácie operácie katarakty

Komplikácie operácie katarakty, ktoré vedú k strate videnia, sú ojedinelé. Medzi najčastejšie pooperačné komplikácie patrí ruptúra zadného puzdra s alebo bez straty sklovca, krvácanie do prednej komory, subchorioidálna hemorágia, plytká predná komora a poškodenie dúhovky.

V skorých pooperačných komplikáciách sa môžeme stretnúť s prechodným zvýšením vnútroočného tlaku, s edémom rohovky, zápalovou reakciou predného očného segmentu, krvácaním a ponechanými zbytkami šošovkového materiálu v oku.

K potenciálnym pooperačným rizikám patrí infekčná endoftalmitída, subchorioidálne krvácanie, cystoidný edém makuly, TASS (toxic anterior segment syndrome), odlúpenie sietnice a edém rohovky s následnou bulóznou keratopatiou. Odlúpenie sietnice po operácii katarakty nastáva najmä ak v priebehu operácie došlo ku komplikáciám typu otvorenia zadného puzdra s prolapsom sklovca do PK a následnou prednou parciálnou vitrektómiou. Táto komplikácia môže nastať týždne až roky po operácii. Všetci pacienti, u ktorých je zvýšené riziko odlúpenia sietnice, by mali byť poučení, aby pri významnej zmene príznakov (ako napr. pri svetelných zábleskoch, výraznom zvýšení počtu sklovcových zákalov, vzniku fotopsie, zmenšení zorného poľa alebo znížení zrakovej ostrosti) urýchlene navštívili oftalmológa. Ak sú pacienti oboznámení s príznakmi odlúpenia sietnice, je pravdepodobnejšie, že prídu na vyšetrenie k oftalmológovi hneď po ich spozorovaní. To zvyšuje nádej na úspešné chirurgické a zrkové výsledky.

Najčastejšie komplikácie pri operácii katarakty

• Ruptúra zadného puzdra šošovky

Táto komplikácia sa môže vyskytnúť v rôznych fázach operácie, najčastejšie pri fakoemulzifikácii alebo irigoaspirácii. Tu je extrémne dôležité rozpoznať problém včas a zmeniť priebeh operácie. Je tiež dôležité tampónovať trhlinu zadného puzdra aplikovaním vhodného viskomateriálu a urobiť potrebné opatrenia tak, aby sme eliminovali riziko luxácie jadra a šošovkových hmôt do sklovca. Ak napriek tomu dôjde k utopeniu jadra alebo epinuklea, je vhodné v operácii nepokračovať. Nesnažiť sa za každú cenu jadro extrahovať, ale eliminovať operačnú traumu ukončením operácie a prenechaním pacienta špecialistom na zadný segment, buď v tom istom sedení alebo v najbližších dňoch.

Ak dôjde k lokalizovanej ruptúre ZP pri irigoaspirácii, je vhodné pokúsiť sa dotrhať kapsulu do kontinuálnej kapsulorexy, aby pri ďalšej manipulácii nedošlo k rozšíreniu otvoru v ZP.

Pri prolapse sklovca do prednej komory je potrebné sklovec odstrániť pomocou bimanuálnej prednej vitrektómie, pričom je dôležité dosiahnuť čo najmenšiu stratu sklovca. Keďže sa operácia výraznejšie predĺži, je obvykle potrebné urobiť intrakamerálnu anestéziu = 1 % lidocaín 0,2 - 0,5 ml (pokiaľ už

nebola podaná). Podľa stavu zvládnutia tejto komplikácie je možné implantovať vnútroočnú šošovku v jednom sedení alebo sekundárne do puzdra. Pokiaľ nie je prítomný prolabs sklovca môže byť implantovaná IOL jednodusová do púzdra. Ak je zachovaná celistvá CCC a dá sa urobiť IOL capture, je možné implantovať IOL jednodusovú. Ak to nie je možné, je vhodné implantovať 3-kusovú IOL. (,26,27,28,29)

Nález zbytku epinuklea v pooperačnom období v prednej komore je indikáciou na revíziu a odstránenie v čo najkratšom časovom období. Pri porušení predného puzdra, či poškodení zonulárneho aparátu je možné implantovať špeciálne dizajnovanú vnútroočnú šošovku s fixáciou na dúhovku - iris claw, pričom je možné ju enklovovať na prednú alebo zadnú plochu dúhovky. Ďalšou možnosťou je tzv. sklerálna fixácia stehom alebo s fixáciou prolénových haptíkov intrasklerálne. Implantácia multifokálnych (trifokálnych) a EDOF IOL je možná iba v prípade zachovania stabilného puzdra s implantáciou do puzdra s vylúčením decentrácie IOL.

- **Zvýšenie IOT počas operácie**

Príčinou môže byť hydratácia sklovca počas operácie, kedy sa tekutina môže dostať cez zonulá do retrolentárneho priestoru, často pri porušenom zonulárnom aparáte. Pokiaľ vylúčime pupilárny blok a IOT neklesá, je potrebné operáciu ukončiť a neimplantovať aj v prípade, že IOL je už otvorená. Oko je potrebné hypotonizovať podaním manitolu i.v.. Obvykle dochádza k normalizácii vnútroočného tlaku a operácia sa môže dokončiť v druhom kroku.

- **Suprachoroidálne krvácanie** (propulzívne krvácanie)

Táto komplikácia je veľmi zriedkavá, ale veľmi nebezpečná a pre oko môže skončiť fatálne. Častejšie sa vyskytuje u starších pacientov na antikoagulačnej liečbe a u hypertonikov. Obvykle mu predchádza hypotonizácia bulbu, najčastejšie pri ukončení irigoaspirácie, keď operatér vyberie I/A z oka von, vtedy môže dôjsť k ruptúre chorioidálnych ciev a k prudkému vzostupu VOT. Je dôležité rozpoznať prodrómy a spozornieť, že sa v oku niečo deje. Väčšinou začne mať pacient silné bolesti operovaného oka bez zjavných príčin, ktoré sa stupňujú, aj keď sa oka nedotýkame. Oko je tvrdé pre vzostup VOT, s tendenciou prolapsu vnútroočných štruktúr do otvorených operačných rán. Obvykle sa začne objavovať tmavý tieň v periférii červeného reflexu pozadia ako prejav hemoragickej ablácie chorioidei. Pri zaregistrovaní týchto príznakov je treba okamžite operáciu ukončiť a v prípade prolapsu dúhovky a vnútroočných štruktúr uzavrieť rany stehmi často aj hrubšieho kalibru (7/0, 6/0), pacienta následne položiť v sede, podávať analgetiká a pri pretrvávaní vysokého vnútroočného tlaku bulbus hypotonizovať. Nález sa obvykle stabilizuje. Podľa rozsahu hemoragickej ablácie chorioidei dochádza postupne k jej vstrebávaniu počas niekoľkých týždňov až mesiacov. Pri extrémne rozsiahlom suprachoroidálnom krvácaní zvažuje drenáž suprachoroidálnej hemorágie, ktorú je treba urobiť medzi 7 – 14 dňom po krvácaní, kým je krv v kvapalnom stave. Sekundárnu implantáciu u týchto prípadov je možné plánovať až po úplnom vstrebaní subchoroidálneho krvácania a stabilizácii stavu.

Vážnejšie komplikácie po operácii katarakty

- **Refrakčné prekvapenie**

Medzi komplikácie viažuce sa k vnútroočnej šošovke patrí nesprávna dioptrická sila implantovanej vnútroočnej šošovky. Táto problematika je dôkladne rozpracovaná v štandarde „Refrakčná chirurgia“.

- **Endoftalmitída**

Patrí medzi najzávažnejšie pooperačné komplikácie. Je to vnútroočný zápal, ktorý vzniká vniknutím patogénneho mikroorganizmu najčastejšie baktérie, do vnútra oka počas alebo bezprostredne po operácii. Približne v 1 % môže vzniknúť endogénne, prenesením patogénneho mikroorganizmu z iného infikovaného orgánu v tele krvou. Inkubačná doba je rôzna, podľa patogénneho agens. Príznaky sa spravidla objavujú na 3. – 4. deň po operácii. Najčastejšie je to bolesť, zhoršenie videnia.

V objektívnom náleze vidíme výraznú zápalovú iritáciu bulbu exsudáciu do prednej komory, hyperémiu dúhovky, hypopyon a skalenie sklovca.

Pri takomto náleze je potrebné pacienta čo najskôr odoslať na vitreoretinálne pracovisko.

Primárnou liečebnou technikou rozvíjajúcej sa endoftalmitídy je urgentný operačný zákrok s odstránením vyvolávajúceho agens, laváž prednej komory, odstránenie zápalových membrán, PPV spolu s odstránením endotoxínov a instilácia antibiotík.

Na začiatku PPV je potrebné urobiť odber zo vzorky cca 0,5 ml – 1 ml, na bakteriálnu aeróbnu a anaeróbnú kultiváciu a kultiváciu na plesne. Po odbere na kultiváciu je súčasťou PPV instilácia antibiotík do infúzneho roztoku, ktorým je sklovcový priestor plnený (premývaný). Voľba antibiotík závisí na klinickom vzhľade endoftalmitídy. Podľa súčasných poznatkov a výsledkov klinických randomizovaných štúdií najúčinnnejšou liečbou s najširším antibakteriálnym spektrom je kombinácia intravitreálne injikovaného vancomycínu a ceftazidimu.

Rýchlosť vývoja ochorenia závisí na type a virulencii agens a veľkosti inokula, preto aj z klinického nálezu vyplýva urgentnosť operačného riešenia.

V závislosti na priebehu endoftalmitídy a postihnutia zrakových funkcií je možné zvažovať najskôr diagnostický odber materiálu ku spracovaniu na bakteriológiu, cytológiu, intravitreálne podanie širokospektrálnych ATB a podľa výsledku neskôr následne indikovať PPV.

Pri prudkom priebehu sa však operačná intervencia pohybuje maximálne do niekoľko hodín. Žiaduci je okamžitý a neodkladný zákrok bezprostredne po zistení diagnózy skôr, ako príde k plnému rozvoju zápalu s toxickým poškodením neuroepitelu sietnice. Prognóza pri včasnom záchyte ochorenia a včasnej indikácii operácie (PPV) ešte pred plným rozvojom ochorenia je relatívne dobrá a umožní uchovanie dobrých zrakových funkcií. V opačnom prípade, kedy dôjde k operačnému riešeniu až pri plnom rozvoji zápalu, nemožno očakávať v pooperačnom období dosiahnutie uspokojivých zrakových funkcií.

- **TASS syndróm (Toxic Anterior Segment Syndrom)**

Od endoftalmitídy je nutné odlišiť toxoalergickú reakciu po operácii. Je prejavom sterilného zápalu po prieniku toxických látok do oka. Sú to detergenty, konzervačné látky, bakteriálne toxíny alebo čistiace komponenty prítomné v infúzných roztokoch, prípadne cudzorodé látky prítomné ako rezíduá na implantátoch, viskomateriále alebo rezíduá v nedostatočne očistenom opakovane sterilizovanom inštrumentáriu.

Klinické prejavy môžu byť identické ako u endoftalmitídy spravidla je však zápalová infiltrácia prítomná len v prednom segmente oka, avšak nie je vylúčená aj sklovcová reakcia.

Toxický syndróm TASS možno odlišiť rýchlym nástupom (cca 6 - 24 hodín), väčšinou teda hneď prvý deň ráno po operácii, neprítomnosťou bolesti, ktorá vždy sprevádza endoftalmitídu prítomnosťou zápalových prejavov iba v PK a rýchlou pozitívnou reakciou na lokálnu protizápalovú kortikosteroidnú liečbu a následne neprítomnosťou bakteriálnych kultúr z biotického materiálu.

Prognóza TASS je dobrá, dobre reaguje na lokálnu protizápalovú kortikosteroidnú liečbu instilačnou formou, prípadne v kombinácii so subkonjunktívnou injekciou.

Pre možnosť hromadného výskytu pooperačného zápalu (napríklad v dôsledku viskomateriálu vyvolávajúceho TASS), odporúčame kontaktovať pracovisko, kde bol pacient operovaný, kvôli rýchlejšej a efektívnejšej koordinácii liečby a zavedeniu príslušných opatrení.

Je tiež nevyhnutné informovať pacienta po operácii katarakty, aby sa pri objavení akútnych príznakov (výraznejšie zápalové dráždenie, bolesť a zhoršenie videnia) neodkladne dostavil na najdostupnejšie oftalmologické pracovisko.

Výstup procesu starostlivosti

Cieľom liečby je zlepšenie zrakových funkcií pacienta.

Prognóza

Závisí od predoperačného stavu ostatných optických médií oka, pevnosti závesného aparátu šošovky, od funkcie jednotlivých oddielov zrakovej dráhy, typu a priebehu operácie a od pooperačného hojenia. Pokiaľ je priebeh operácie nekomplikovaný a ostatné zrakové funkcie nie sú narušené, je prognóza reštitúcie zraku vynikajúca, väčšinou nad 98 %.

Posudkové hľadiská

Dĺžka práceneschopnosti je individuálna. Závisí od stavu zrakových funkcií pred a po operácii, od typu operačnej techniky a špecifického zamestnania pacienta.

Prevenia recidívy stavu

Recidíva ako taká nie je možná. Niekedy dochádza k druhotnému zakaleniu puzdra pôvodnej šošovky tzv. sekundárnej katarakte, ktorá má dve základne formy: proliferačnú a fibróznu. Oba typy môžu znížiť videnie pacienta v rôznej dobe po operácii primárneho sivého zákalu. Na výskyt sekundárnej katarakty má vplyv viacero faktorov. Jedným z nich je typ implantovanej vnútroočnej šošovky (materiál, dizajn). Vo všeobecnosti majú vnútroočné šošovky z PMMA a z hydrofilného materiálu vyšší výskyt sekundárnej katarakty v porovnaní so šošovkami zo silikónu a z hydrofóbných akrylátov. Liečba sekundárneho zákalu závisí od individuálneho nálezu a preferencie chirurga. Vytvára sa otvor v zadnom puzdre pomocou Nd:YAG laseru, alebo chirurgická discízia, prípadne excízia časti zadného puzdra cestou pars plana vitrektómie.

Najčastejšie sa používa Nd:YAG kapsulotómia. Indikáciou ku Nd:YAG kapsulotómii je opacifikácia zadného puzdra so zhoršením zraku na úroveň, ktorá nezodpovedá funkčným potrebám pacienta alebo kriticky narúša vizualizáciu očného pozadia. Rozhodnutie vykonať kapsulotómiu by malo brať do úvahy výhody a riziká laserovej chirurgie. Nd:YAG kapsulotómia by sa nemala vykonávať profylakticky (t. j. ak je puzdro číre).

V individuálnych prípadoch pri regeneratívnom type sekundárnej katarakty (Elschnigove perly) je možné indikovať chirurgické intraokulárne riešenie. Vzhľadom na prevenciu CEM je NdYAG laser capulotomia odporúčaná viac ako 2 mesiace po operácii. V prípade primárnej fibrózy zadného puzdra je prístup individuálny. (30)

Odporúčania ďalšej liečby, ošetrovateľská starostlivosť alebo sociálna pomoc

Povinnosťou je priviesť pacienta až do konca pooperačnej rehabilitácie. Ak je pacient odovzdaný do starostlivosti iného oftalmológa, musí byť o tejto skutočnosti vopred informovaný. Oftalmológ, ktorý vykonáva chirurgický zákrok má povinnosť informovať pacienta o možnostiach komplikácií, ochrany očí v pooperačnom období, limitoch aktivít, liekových obmedzeniach a postupe v prípade, kedy je nevyhnutná návšteva pri akútnom stave. Povinnosťou pacienta je v pooperačnom období dodržiavať

kľudový a terapeutický režim, dodržiavať rady a pokyny oftalmológa, a v prípade problémov ihneď informovať oftalmológa.

Výstupné kritériá procesu

Po operačnom zákroku je pacient kontrolovaný oftalmológom, až kým je jeho stav stabilizovaný. Obvyklá doba pooperačnej konzervatívnej terapie je približne 3 - 4 týždne. Po tejto dobe je už pooperačná refrakcia zhruba stabilizovaná a v prípade potreby je pacientovi predpísaná potrebná okuliarová dokorekcia. Tým je liečebný proces ukončený. Ďalšie kontroly sú odporúčané len v prípade ťažkostí.

Súhrn odporúčaní pre časť výstupu

Optické a refrakčné aspekty operácie katarakty (použitie vnútroočných umelých šošoviek).

Štandardné vnútroočné šošovky (sférické), v ktorých sú okrajové svetelné lúče zameriavané viac do diaľky ako paraxiálne lúče, majú pozitívnu sférickú aberáciu. Výsledkom použitia týchto vnútroočných šošoviek je pre pacienta znížená kontrastná citlivosť.

Asférické optické vnútroočné šošovky ponúkajú možnosť zlepšiť funkčné videnie a kvalitu videnia zlepšením kontrastnej citlivosti, obmedzením svetelných kruhov a zlepšením optickej kvality. Klinické dáta u týchto šošoviek preukázali redukciu očných sférických aberácií, lepšiu kontrastnú citlivosť a lepšie nočné videnie. Potenciálnym nebezpečenstvom u niektorých asférických produktov je indukcia aberácií, zvlášť kómy, pokiaľ by došlo k decentracii, alebo vychýleniu vnútroočnej šošovky z osi.

Torické vnútroočné šošovky znižujú závislosť na okuliaroch spôsobenú astigmatizmom. Až 15 – 29 % pacientov s kataraktou má astigmatizmus 1,50 dioptrie alebo vyšší. Torické IOL v porovnaní s netorickými monofokálnymi vnútroočnými šošovkami znižujú závislosť na okuliaroch.

Na zlepšenie kvality života v podobe zníženia závislosti od okuliarov po operácii katarakty sa používajú: monovision a implantácia vnútroočných šošoviek korigujúcich presbyopiu. Pre každú z týchto stratégií je rozhodujúca indikácia a voľba pacienta. Chirurgovia musia poznať individuálny životný štýl a očakávania pacientov, len tak dokážu zvoliť najlepšiu možnú vnútroočnú šošovku. Vnútroočné šošovky korigujúce presbyopiu môžeme rozdeliť na multifokálne, akomodačné alebo šošovky s predĺženým fokusom - extended depth of focus (EDOF).

Multifokálne vnútroočné šošovky dosahujú svoj účinok tak, že rozdeľujú prichádzajúce svetlo do dvoch, či viac ohnísk. Možno ich rozdeliť na refrakčné alebo difrakčné. Cochranov systematický prehľad viedol k záveru, že multifokálne IOL (v porovnaní s monofokálnymi IOL) účinne zlepšujú videnie do blízka, a že zrková ostrosť na diaľku bola v obidvoch skupinách podobná. Nepriaznivé účinky multifokálnych IOL zahrňujú zníženú kontrastnú citlivosť, svetelné kruhy okolo bodových svetelných zdrojov - “halo“ a “glare” - oslnenie. To, či zlepšenie ostrosti dosahovanej okom preváži nad nepriaznivými účinkami multifokálnych IOL, je u jednotlivých pacientov rôzne. Rozhodujúcim faktorom je pravdepodobne motivácia dosiahnuť nezávislosť od okuliarov.

Presbyopiu korigujúce vnútroočné šošovky, ktoré sa snažia napodobniť ľudskú akomodáciu (akomodačné vnútroočné šošovky) sú navrhnuté tak, aby menili polohu v oku podľa akomodačného úsilia. Dostupné akomodačné vnútroočné šošovky vykazujú obmedzenú akomodačnú schopnosť, ale bez straty kontrastnej citlivosti a s absenciou príznakov spojených s multifokálnou technológiou.

EDOF vnútroočné šošovky s predĺženým fokusom - umožňujú kvalitné videnie do diaľky

a na strednú vzdialenosť, neovplyvňujú kontrastnú citlivosť a majú znížený výskyt optických fenoménov (halo, glare). Na predĺženie fokusu využívajú rôzne fyzikálne princípy, sférickú aberáciu chromatickú aberáciu, pin hole, predĺženie a posun vlnoplochy. Toto umožňuje kvalitné kontinuálne videnie v rozsahu diaľka až stredná vzdialenosť. Torické varianty týchto šošoviek súčasne korigujú astigmatizmus. EDOF vnútročné šošovky výrazne znižujú závislosť od okuliarov. Sú indikované u pacientov preferujúcich kvalitu videnia pred rozsahom videnia na jednotlivé vzdialenosti a aj u pacientov po refrakčných operáciách na rohovke.

Pri plánovaní implantácie sa využíva aj stratégia na monovision - do dominantného oka cieľená emetropia a do nedominantného oka do -0,5 Dsf.

Operácie katarakty na druhom oku

Štandardom je operácia katarakty na jednom oku. V indikovaných prípadoch s individuálnou operačnou prípravou pracoviska je výkon možné vykonať aj bilaterálne - Immediately sequential bilateral cataract surgery (ISBCS) za týchto podmienok.

ISBCS nie je vhodná pre každého pacienta, napr. s komplexnými očnými komorbiditami. Najzávažnejšie riziko (nevýhoda) je vznik pooperačnej endoftalmitídy na oboch očiach.

Operácia prebieha ako úplne oddelený samostatný operačný výkon striktným oddelením operácie oboch očí – novým sterilným oblečením operátora a inštrumentárky ako aj novým zarúškovaním pacienta. Oddelené použitie operačných setov vrátane fako-rúčky, irigácie/aspirácie, hadicového systému a celého inštrumentária ako u dvoch samostatných operácií. Oddelené sterilizačné cykly, rôzne šarže viskomateriálov, infúzných roztokov, ATB profylaxie a lokálne aplikovaných kvapiek. Je potrebný skúsený operačný tím s jednotnými operačnými postupmi, s minimálnym rizikom zámeny vnútročnej šošovky. Je potrebný transparentný informovaný súhlas, s dôrazom na autonómiu pacienta. Chirurg musí mať možnosť v priebehu operácie zmeniť plán z ISBCS na DSBCS (Delayed Sequential Bilateral Cataract surgery) v prípade komplikácií. (.31,32,33,34,35,36)

Výsledky

Odporúčané údaje pre zber dát za účelom vyhodnotenia procesu

V priebehu liečby sú kontrolované zrkovú funkcie pacienta, vnútročný tlak a lokálny oftalmologický nález: stav hojenia - pooperačný zápal, stav rohovky, dúhovky, puzdra šošovky, centrícia umelej vnútročnej šošovky a stav sietnice.

Odporúčané kritéria a indikátory kvality starostlivosti

Kritérium kvality starostlivosti je zrková ostrosť 3 mesiace po operácii, priemerný indukovaný astigmatizmus 3 mesiace po operácii, počet chirurgických komplikácií vrátane frekvencie sekundárnej katarakty. Významným kritériom je subjektívne hodnotenie výsledku operácie pacientom.

Ekonomické aspekty štandardu, evidence based medicine

Hodnota kataraktovej chirurgie

K metódam hodnotenia, či je cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti dobrým využitím dostupných zdrojov, patria výpočty nákladovej efektivity alebo užitočnosti nákladov. Zatiaľ čo nákladová efektivita pracuje s peňažnou hodnotou, užitočnosť nákladov zahrňuje kvalitu získaných rokov života hodnotenou pacientom, vyjadrenou parametrom zvaným: **rok získaného života v plnej kvalite (quality-adjusted life year - QALY)**. QALY je všeobecným meradlom výsledného zlepšenia kvality a kvantity života po poskytnutí zdravotnej starostlivosti.

Umožňuje porovnanie hodnoty poskytnutej zdravotnej starostlivosti u rôznych zdravotných problémov. Pri výpočte QALY sa na vyjadrenie časovej hodnoty peňazí používajú ekonomické metódy odpočtu,

pretože efekt získaný z peňazí utratených za starostlivosť zostáva po celú dobu života pacienta. Čím nižšia je vypočítaná čiastka jedného QALY, tým väčšia je hodnota poskytnutej starostlivosti.

Zo štúdie vo Švédsku (2) a jednej štúdie v Spojených štátoch boli odhadnuté hypotetické náklady jedného QALY získaného odstránením katarakty v jednom oku na sumu 4 500 USD. V americkej štúdií (3, 4) boli odhadované náklady na QALY získané operáciou katarakty na prvom oku 2 023 USD, na druhom oku 2 727 USD (výpočet z roku 2003). Tieto hodnoty týkajúce sa kataraktovej chirurgie sú priaznivé v porovnaní s hodnotami uvádzanými u iných oftalmologických výkonov (5). Pri porovnaní výkonov v iných odboroch - napr. jednoduchý bypass na koronárnej artérii pri postihnutí ľavej pr. zostupnej vetvy, sú náklady na QALY 7 000 USD, čo dokazuje hodnotu kataraktovej chirurgie. Operácia katarakty patrí k vysokoefektívnym výkonom podľa evidence based medicine.(17)

Informácie dôležité pre pacientov

Príčiny stavu a aké sú možnosti prevencie

Primárna prevencia vychádza z eliminácie poznaných rizík (napr. UV žiarenie, nikotinizmus, malnutrícia, alkoholizmus, traumy, ťažká dlhodobá dehydratácia a pod.) Sekundárna prevencia spočíva v medziodborovej spolupráci a včasnom prevzatí pacienta do starostlivosti oftalmológa - špecialistu.

Aká pomoc je k dispozícii

Liečba katarakty je výhradne chirurgická. Primárnou indikáciou na operáciu katarakty je porucha zrakových funkcií oka a subjektívne ťažkosti pacienta v dôsledku zákalu šošovky, ktoré zhoršujú kvalitu jeho života.

Dostupné typy starostlivosti a ako fungujú

Operácia sivého zákalu sa robí obvykle ambulantne, môže byť vykonaná na pracovisku jednodňovej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore oftalmológia alebo na oftalmologickom oddelení v nemocnici. Pacient má slobodnú voľbu pri výbere pracoviska.

Krátkodobá hospitalizácia sa odporúča

1. pri polyvalentnej alergii na analgetika, pri alergii na jódovaný povidon ,
2. pri chronickom nosičstve MRSA,
3. pri dekompenzácií celkového stavu pacienta.

V celkovej anestézii sa odporúča robiť operáciu katarakty v prípadoch:

1. poruchy sluchu,
2. tremoru, ochorení sprevádzaných nekontrolovateľnými pohybmi,
3. mentálnej poruchy,
4. fobickej (anxiózne) panickéj poruchy.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti o pacientov s kataraktou

Pacienti so zhoršením zrakovej ostrosti sú vyšetrení ambulantným oftalmológom a odoslaní na pracovisko, ktoré sa venuje operácii katarakty.

Operácia katarakty môže byť vykonaná na oftalmologickom oddelení v nemocnici, alebo na pracovisku jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS) v odbore oftalmológia. Pacient má slobodnú voľbu vo výbere pracoviska. V pracoviskách, ktoré majú uzatvorenú zmluvu so zdravotnými poisťovňami, má pacient hradenú zdravotnú starostlivosť z verejného zdravotného poistenia. V zariadeniach, ktoré nemajú zmluvy so zdravotnými poisťovňami si zdravotnú starostlivosť hradí pacient sám.

Po operačnom výkone sa pacient vracia do starostlivosti odosielajúceho oftalmológa alebo ostáva v starostlivosti pracoviska JZS.

Špeciálny doplnok štandardu

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so Zákonom č. 576/ 2004 Z. z., § 6 informovaný súhlas.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia tohto štandardného postupu po dvoch rokoch a následne každých 5 rokov, resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky, alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Literatúra

1. American Academy of Ophthalmology. Cataract in the Adult Eye, Preferred Practice Pattern. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2006.
2. Kobelt G, Lundstrom M, Stenevi U. Cost-effectiveness of cataract surgery. Method to assess cost-effectiveness using registry data. *J Cataract Refract Surg* 2002;28:1742-9.
3. Busbee B.G, Brown MM, Brown GC, Sharma S. Incremental cost-effectiveness of initial cataract surgery. *Ophthalmology* 2002;109:606-12; discussion 12-3.
4. Busbee B.G, Brown MM, Brown GC, Sharma S. Cost-utility analysis of cataract surgery in the second eye. *Ophthalmology* 2003;110:2310-7.
5. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for cataract Surgery in the adult eye, 2008
6. Heingerová a kol. *Oftalmologie*. Maxdorf 2018 ISBN 978-80-7345-580-4
7. Kuchynka a kol. *Oční lékařství - druhé propracované a doplnené vydání*. Nakl. Grada 2016. ISBN 978-80-247-1163-8
8. Yu-Chi Liu, Mark Wilkins, Terry Kim, Boris Malyugin, Jodhbir S. Mehta. Cataracts, *Lancet* febr. 2017.
9. Pavel Kuchynka a kol. *Oční lékařství: Katarakta a její typy* 11.4. Grada 2007.
10. H. Kraes, I. Karel, E. Ružičková. *Oční zákaly: Katarakta* p. 44-63, Grada 2000.
11. Joger F. Steinert: *Cataract surgery*. ISBN: 978-1-4160-3225-0, p. 17, Elsevier 2010.
12. Leske MC, Chylack LT, Suh-Wuh W et al. The lens opacities case control study: risk factors for cataract. *Arch. Ophthalmol* 2000, 119:244.
13. Bobrow JC, Bredsley TL, Jick SL, et al. *Lens and cataract*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2015–16
14. Wang JJ, Mitchell P, Simpson JM, Cumming RG, Smith W. Visual impairment, age-related cataract, and mortality. *Arch Ophthalmol* 2001; 119: 1186–90.
15. Chua J, Koh JY, Tan AG, et al. Ancestry, socioeconomic status, and age-related cataract in Asian the Singapore Epidemiology of Eye Diseases Study. *Ophthalmology* 2015; 122: 2169–78
16. Chang DF, Campbell JR. Intraoperative floppy iris syndrome associated with tamsulosin. *J Cataract Refract Surg* 2005;31:664-673.
17. Nováková D, Evidence based medicine, cost-effectiveness analysis oftalmologii. *Čes. a slov. Oftal.*, 2004, No. 5, p. 335-341
18. Alpa S. Patel, M.D., Jordan Scott Masters, MD, Chris O'Brien, MD MBA, Hussain Syed Faraaz Shahzad, Koushik Tripathy, MD (AIIMS), FRCS (Glasgow), Derek W DelMonte, MD: *Biometry for Intra-Ocular Lens (IOL) Power Calculation*, American Academy of Ophthalmology Eye Wiki, August 24, 2021.
19. Lu, Qiang Wei, Ling, He Wnwen. Lens Opacities Classification System III-based artificial intelligence program for automatic cataract grading. *J. Cataract Refract surg* 2022, No .5, p.528-534
20. Wan Ling Wong¹, Xiang Li, Jialiang Li, Ching-Yu Cheng, Ecosse L Lamoureux, Jie Jin Wang, Carol Y Cheung, Tien Yin Wong. Cataract conversion assessment using lens opacity classification system III and Wisconsin cataract grading system, *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2013 Jan 9;54(1):280-7. doi: 10.1167/iops.12-10657.

Zdroje založené na dôkazoch použité pri revízii štandardného postupu

21. Nogaj, S., Dubas, K., Michalski, A., & Stopa, M. (2021). Spectacle correction of anisometropia following cataract surgery. *Klinika Oczna*. <https://doi.org/10.5114/KO.2021.105633>.
22. Speaker, M., & Menikoff, J. (1991). Prophylaxis of endophthalmitis with topical povidone-iodine. *Ophthalmology*, 98(12), 1769-75. [https://doi.org/10.1016/S0161-6420\(91\)32052-9](https://doi.org/10.1016/S0161-6420(91)32052-9).
23. Dhoot AS, Popovic MM, Lee S, El-Defrawy S, Schlenker MB. Eye protection following cataract surgery: a systematic review. *Can J Ophthalmol*. 2023 Jun;58(3):179-186. doi: 10.1016/j.jcjo.2021.11.001. Epub 2021 Dec 2. PMID: 34863675.
24. Stifter E, Menapace R. "Instant vision" compared with postoperative patching: clinical evaluation and patient satisfaction after bilateral cataract surgery. *Am J Ophthalmol*. 2007 Mar;143(3):441-8. doi: 10.1016/j.ajo.2006.11.016. Epub 2006 Dec 19. PMID: 17223061.
25. Giannaccare, G., Barabino, S., Di Zazzo, A., & Villani, E. (2024). Preventing and Managing Iatrogenic Dry Eye Disease during the Entire Surgical Pathway: A Study Focusing on Patients Undergoing Cataract Surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 13. <https://doi.org/10.3390/jcm13030748>.
26. Tran THC, Zaier D, Proença J, Rouland JF. Posterior segment Intra-Ocular Implant (IOL) dislocation: Predisposing factors, surgical management, outcome analysis. *J Fr Ophtalmol*. 2020 Dec;43(10):1062-1068. doi: 10.1016/j.jfo.2020.01.018. Epub 2020 Aug 15. PMID: 32811657.

27. Taskapili M, Engin G, Kaya G, Kucuksahin H, Kocabora MS, Yilmazli C. Single-piece foldable acrylic intraocular lens implantation in the sulcus in eyes with posterior capsule tear during phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg.* 2005 Aug;31(8):1593-7. doi: 10.1016/j.jcrs.2005.01.029. PMID: 16129297.
28. Brazitikos PD, Balidis MO, Tranos P, Androudi S, Papadopoulos NT, Tsinopoulos IT, Karabatakis V, Stangos NT. Sulcus implantation of a 3-piece, 6.0 mm optic, hydrophobic foldable acrylic intraocular lens in phacoemulsification complicated by posterior capsule rupture. *J Cataract Refract Surg.* 2002 Sep;28(9):1618-22. doi: 10.1016/s0886-3350(02)01211-7. PMID: 12231322.
29. Renieri G, Herzog D, Niemann S, Becker M, Kurz S, Thieme H. Sulcus implantation of a single-piece foldable acrylic intraocular lens after posterior capsular rupture in cataract surgery. *Eur J Ophthalmol.* 2012 Nov-Dec;22(6):950-5. doi: 10.5301/ejo.5000160. Epub 2012 May 14. PMID: 22610720.
30. Zhang, Y., Wu, Y., Liang, J., Xie, X., Wang, H., Chi, H., & Yan, H. (2023). Analysis of influencing factors associated with the time between cataract surgery and Nd:YAG laser posterior capsulotomy. *European Journal of Ophthalmology*, 33, 1616 - 1623. <https://doi.org/10.1177/11206721221150536>.
31. Malvankar-Mehta MS, Chen YN, Patel S, Leung AP, Merchea MM, Hodge WG. Immediate versus Delayed Sequential Bilateral Cataract Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015 Jun 29;10(6):e0131857. doi: 10.1371/journal.pone.0131857. PMID: 26121673; PMCID: PMC4485471.
32. Alio JL, Gessa-Sorroche M, Nowrouzi A, Maldonado MJ. Immediate bilateral sequential cataract surgery. *Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed).* 2022 Jul;97(7):402-408. doi: 10.1016/j.oftale.2022.02.010. Epub 2022 Apr 19. PMID: 35459602.
33. Spekrijse LS, Nuijts RMMA. An update on immediate sequential bilateral cataract surgery. *Curr Opin Ophthalmol.* 2023 Jan 1;34(1):21-26. doi: 10.1097/ICU.0000000000000907. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36206058; PMCID: PMC9835660.
34. Nowrouzi A, Alió JL. Immediately sequential bilateral cataract surgery. *Curr Opin Ophthalmol.* 2024 Jan 1;35(1):17-22. doi: 10.1097/ICU.0000000000001003. Epub 2023 Oct 19. PMID: 38390776.
35. Arshinoff SA, Bastianelli PA. Incidence of postoperative endophthalmitis after immediate sequential bilateral cataract surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2011 Dec;37(12):2105-14. doi: 10.1016/j.jcrs.2011.06.036. PMID: 22108106.
36. Steve A. Arshinoff, Björn Johansson, Charles Claoué, Chapter 18 - The International Society of Bilateral Cataract Surgeons (iSBCS), Editor(s): Steve A. Arshinoff, Charles Claoué, Björn Johansson, David Pérez-Silguero, Susan Ruyu Qi, Mike Y. Chen, Mélanie Hébert, Immediately Sequential Bilateral Cataract Surgery (ISBCS), Academic Press, 2023, 309-317, ISBN 9780323953092, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-95309-2.00047-7>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323953092000477>)

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii a diagnostike 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. novembra 2025

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

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:

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so závažnou psychickou poruchou v zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti

Autorský kolektív:

doc. Mgr. Martina Dubovcová, PhD., MPH
doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.
PhDr. Oľga Lukačovičová, MPH
PhDr. Katarína Samecová
PhDr. Renáta Lachová
Mgr. Silvia Bodnárová

Špecializačný odbor:

Ošetrovateľstvo

Recenzenti:

doc. MUDr. Eubomíra Izáková, PhD.; MUDr. Zuzana Matzová, PhD.; doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD. (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Stanoviská: Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Slovenská komora psychológov, Asociácia klinických psychológov Slovenska, Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisia MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0319 | 9. október 2025 | schválený | 1. november 2025 |

1 Kľúčové slová

Duševná choroba, príznaky duševnej poruchy, duševné zdravie, psychická porucha, komunitná psychiatrická/ zdravotná starostlivosť, multidisciplinárny tím, terénny mobilný tím, posudzovanie, diagnostika, plánovanie, terapeutický plán, individuálny ošetrovateľský plán, ošetrovateľské intervencie, sociálne intervencie, realizácia, vyhodnotenie, posudzovacie meracie nástroje, hodnotiace škály.

2 Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|----------------|--|
| AQoL-6D | Assessment of Quality of Life (6 Dimensions) / Hodnotenie kvality života súvisiace so zdravím (6 dimenzií) |
| CAN | Camberwell assessment of need / Camberwellský formulár pre hodnotenie potrieb |
| CT | Počítačová tomografia |
| DSS | Domov sociálnych služieb |
| EEG | Elektroencefalografia |
| EKG | Elektrokardiografia |
| FB | FACT board / tabuľa faktov |
| GAF | Global Assessment of Functioning Scale/ Hodnotenie globálneho fungovania klienta |
| GDPR | General data protection regulation / Všeobecné nariadenie o ochrane údajov |
| HoNOS | Health of the National Outcome Scales / Zdravie podľa národnej stupnice výsledkov |
| KO | Krvný obraz |
| KOM | Komplexný ošetrovateľský manažment |
| KOS | Komplexná ošetrovateľská starostlivosť |
| KPS | Komunitná psychiatrická starostlivosť |
| MDT | Multidisciplinárny tím |
| MKCH-10 | Medzinárodná klasifikácia chorôb |
| MMSE | Mini mental state examination / Folsteinov test kognitívnych funkcií |
| MR | Magnetická rezonancia |
| MZ SR | Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky |
| NANDA | American Nursing Diagnosis Association / Severoamerická asociácia pro sesterské diagnózy |
| P | Pulz |
| POO | Plán obnovy a odolnosti |
| PS | Psychiatrický stacionár |
| PZS | Pracovná zdravotná služba |
| RTG | Röntgenové vyšetrenie |
| SMI | Serious/severe Mental Illness/Závažná psychická porucha |
| SR | Slovenská republika |
| ŠAS | Špecializovaná ambulatná starostlivosť |
| TK | Tlak krvi |
| TT | Telesná teplota |
| USG | Ultrasonografia |
| ÚZS | Ústavná zdravotná starostlivosť |
| VAS | Visual analogue scale/ Vizuálna analógová škála |


3 Kompetencie členov multidisciplinárneho tímu

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom komplexného ošetrovateľského manažmentu pacientovi so závažnou psychickou poruchou v zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti je realizované prostredníctvom výkonov multidisciplinárneho tímu.

Multidisciplinárny tím je základným článkom efektívnej komunitnej psychiatrickej starostlivosti Jeho členovia spolupracujú pri poskytovaní komplexného ošetrovateľského manažmentu pacientovi, pri jeho

plánovaní, poskytovaní a hodnotení komplexnej a individualizovanej starostlivosti. Členovia multidisciplinárneho tímu podporujú princípy zotavenia, rešpektu, participácie a integrácie do komunity. Základné kompetencie členov multidisciplinárneho tímu sú uvedené v **Tabuľke č. 1**.

Tabuľka č. 1

|  Členovia multidisciplinárneho tímu a ich základné kompetencie | | |
|--|--------------------------------|--|
| P. č. | Člen multidisciplinárneho tímu | Kompetencie |
| 1. | Psychiater | Diagnostika, tvorba terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov multidisciplinárneho tímu, farmakoterapia, supervízia |
| 2. | Klinický psychológ | Psychodiagnostika, psychoedukácia, psychoterapia, komunitná starostlivosť |
| 3. | Sestra | Posudzovanie deficitov potrieb s využitím metódy hodnotenia potrieb u pacientov s duševnou chorobou a vypracovanie ošetrovateľského plánu, realizácia ošetrovateľských postupov, podávanie liekov, vzdelávanie, edukácia, psychoedukácia, psychosociálna rehabilitácia |
| 4. | Praktická sestra - asistent | Výkon pracovných činností v rozsahu vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z.z.. |
| 5. | Sociálny pracovník | Sociálno-právna podpora, prevencia, podpora integrácie |
| 6. | Liečebný pedagóg | Funkčná diagnostika, priebežná diagnostika, prevencia, aktivácia (tréning kognitívnych schopností a zručností), psychosociálna rehabilitácia, sprevádzanie (krízová intervencia, poradenstvo), práca s príbuznými, participácia. |
| 7. | Ostatní odborníci | Podpora podľa individuálnych potrieb pacienta |

Kompetencie jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu:

3.1 Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria – psychiater

Prijatie a vstupné posúdenie pacienta

- Posúdi prvotný stav pacienta.
- Zhodnotí fyzický a psychický stav, sociálne zázemie a rizikové faktory.
- Identifikuje akútne ohrozenie (napr. suicidálne sklony, agresivita).

Administratíva a dokumentácia

- Vypracuje terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán členov multidisciplinárneho tímu, v spolupráci s pacientom a jeho rodinou/blízkymi osobami.

3.2 Klinický psychológ

Psychodiagnostika

- Realizuje komplexné psychologické vyšetrenia s cieľom stanoviť presnú diagnózu, posúdiť osobnosť, kognitívne funkcie a psychosociálne zručnosti pacienta.

- Využíva štandardizované testy, dotazníky, rozhovory a projektívne metódy na získanie komplexného obrazu o stave pacienta.

Psychoterapia a intervencie

- Vykonáva psychoterapeutické intervencie (individuálne, skupinové, krízové), ak má absolvované špecializované psychoterapeutické vzdelanie; inak poskytuje bazálnu psychoterapiu a podporné rozhovory.
- Zameriava sa na podporu zvládania symptómov, stabilizáciu stavu a rozvoj copingových stratégií.
- Realizuje psychoedukáciu pacienta a jeho blízkych osôb, vysvetľuje podstatu ochorenia, možnosti liečby a prevencie relapsu.

Krízová intervencia

- Poskytuje akútnu psychologickú intervenciu v prípade psychickej dekompenzácie, suicidálnych tendencií alebo iných krízových situácií.
- Spolupracuje pri tvorbe bezpečnostných plánov a zabezpečení kontinuity starostlivosti.

Administratíva a dokumentácia

- Vypracováva klinicko-psychologické nálezy, vedie dokumentáciu o priebehu diagnostiky a terapie, pripravuje odborné správy pre potreby ďalších členov multidisciplinárneho tímu alebo inštitúcií.

3.3 Sestra

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zmysle zákona č. 574/2004 Z.z. a v rozsahu ošetrovateľskej praxe sestry podľa vyhlášky MZ SR č. 208/2024 Z.z. a poskytovanie špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti samostatne v rozsahu získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností.

Posudzovanie a diagnostika

- Posúdi zdravotný stav pacienta s využitím hodnotiacich nástrojov, posudzovacie a hodnotiace škály a dotazníky.
- Posúdi možnosti podpory blízkych osôb.
- Posúdi prostredie, v ktorom pacient žije, prípadne prostredia blízkych osôb.
- Identifikuje riziká vplývajúce na destabilizáciu stavu pacienta.
- Posúdi prejavy pacienta s identifikáciou výskytu prejavov zmenených psychických procesov.
- Posúdi prítomnosť rizikového správania pacienta s identifikáciou nebezpečného správania pre seba a svoje okolie.
- Posúdi a hodnotí psychický a fyzický stav pacienta v prirodzenom prostredí (domácnosť, komunita).
- Identifikuje sesterskú diagnózu súvisiacu s duševným zdravím (napr. riziko sebapoškodenia, porucha spánku, neadherencia k liečbe).
- Podporí a sleduje adhérenciu k farmakoterapii (napr. podávanie depotných antipsychotík, dohľad pri užití liekov).
- Posúdi skrining rizika agresie a autoagresie so zabezpečením opatrení.

Plánovanie a realizácia intervencií

- Spolupracuje s rodinou/blízkymi osobami.
- Vedie podporný psychoterapeutický rozhovor s využitím psychoterapeutických techník a intervencií.

- Podporuje adaptáciu na zmenu životného štýlu súvisiacu s potrebou podpory duševného zdravia pacienta.
- Poskytuje krízové intervencie.
- Plní rolu case manažéra.
- Plní rolu poradcu v zdravotníckom zariadení, ale aj v prirodzenom prostredí pacienta.
- Poskytuje krízovú intervenciu v prípade zhoršenia psychického stavu, identifikuje varovné signály a kontaktuje multidisciplinárny tím.
- Monitoruje riziká, najmä suicidálneho správania, agresivity, zneužívania návykových látok.
- Edukuje a realizuje psychoedukáciu pacienta a blízkych osôb v oblasti prevencie a liečby duševných porúch (napr. zvládanie symptómov, liekový režim, prevencia recidív, relaxácia), zvládania stresu, sebaregulácie, hygienických návykov, stravovania, spánkového režimu, sociálneho vzdelávania.
- Realizuje nácvik zručností v každodennom živote v oblasti finančného plánovania, nakupovania, starostlivosti o domácnosť.
- Podporuje zotavenie (recovery-oriented care) v oblasti posilňovania autonómie, zmysluplného trávenia času, cieľov pacienta.
- Facilituje peer konzultantov a podporné skupiny alebo komunitné stretnutia.

Koordinácia starostlivosti

- Spolupracuje v multidisciplinárnom tíme (psychiater, psychológ, sestra, sociálny pracovník, peer konzultant).
- Prepája pacienta so sieťou služieb: sociálne služby, poradenské centrá, zariadenia sociálnej starostlivosti, zamestnanecké agentúry..
- Tvorí a realizuje individuálny ošetrovateľský plán, pravidelne ho reviduje.
- Vede záznamy a dokumentáciu v súlade s platnou legislatívou a General data protection regulation (ďalej len „GDPR“).

Administratíva a dokumentácia, vyhodnotenie

- Zbiera, analyzuje a vyhodnocuje údaje o zdravotnom stave a funkčnosti pacienta.
- Vyhodnocuje plán ošetrovateľskej starostlivosti, úroveň dosiahnutia cieľov, spoluúčasť na plánovacích poradách.
- Vyhodnocuje efektivitu intervencií podľa cieľov v pláne starostlivosti.
- Identifikuje potreby pacienta a návrh odporúčaní na ďalšiu starostlivosť alebo úpravu režimu.

3.4 Praktická sestra-asistent

- Poskytuje a vykonáva pracovné činnosti v rozsahu definovanom vyhláškou MZ SR č. 321/2005 Z.z..
- Spolupracuje so sestrou pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v rámci svojich kompetencií.

3.5 Sociálny pracovník

Posúdenie a plánovanie

- Posudzuje sociálny stav pacienta a blízkych osôb s identifikáciou problémových a rizikových oblastí.
- Zostavuje plán sociálnej starostlivosti spoločne s pacientom.

Intervencie

- Poskytuje registrované sociálne služby v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).

- Poskytuje odborné činnosti, najmä sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, školenie sociálnych zručností.
- Poskytuje sociálnu prácu v zmysle zákona č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o sociálnej práci“).
- Realizuje preventívne postupy na zabránenie vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, rieši nepriaznivú sociálnu situáciu alebo zmierňuje nepriaznivé sociálne situácie osoby, rodiny alebo komunity.
- Podporuje zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností osoby viesť samostatný život, jej začlenenia do spoločnosti, zabezpečuje nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, rieši krízové sociálne situácie fyzickej osoby a rodiny, realizuje prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

Vyhodnotenie

- Vyhodnocuje plán a identifikuje potreby a mieru sebestačnosti v spolupráci s pacientom.
- Zabezpečuje pacientovi v spolupráci s blízkymi osobami potrebné sociálne zázemie, ktoré zahŕňa finančné príspevky na bývanie, starostlivosť, invalidný dôchodok, či rieši dlhové problémy.

3.6 Liečebný pedagóg

- Využíva diagnostiku oslabených funkcií pre orientáciu a pochopenie ťažkostí jednotlivca (oslabenia, potreby, hodnoty, potenciály).
- Uplatňuje preventívne opatrenia (primárne, sekundárne terciárne) a poradenstvo, aj pre príbuzných.
- Podporuje aktiváciu, participáciu, kreativitu.
- Ponúka interaktívne liečebnopedagogické cvičenia a programy pri funkčných oslabeniach (pre zlepšenie vnímania, orientácie, komunikácie, spolupráce), pričom využíva výtvarné umenie, hudbu, pohyb, hru, literatúru, tvorivé zamestnania a skupinové aktivity.
- Poskytuje pomoc pri konkrétnych ťažkostiach, individuálne poradenstvo a sprevádzanie (v kríze, pri príprave na zmenu...).
- Spolupracuje v tíme pri dosahovaní cieľov u klientov, v zariadení a jeho sociálnom prostredí (inklúzia).

3.7 Fyzioterapeut

- Plánuje časovania a vykonávanie fyzioterapeutickej starostlivosti samostatne podľa jasných guidelines s cieľovou fyzioterapiou podľa aktuálneho klinického stavu a individuálnych potrieb pacienta – efektívne využitie.
- Realizácia a vykonávanie činností v rozsahu svojich kompetencií v súlade so získanou odbornou spôsobilosťou.

3.8 Ergoterapeut

- Zmysluplne zamestnáva pacienta za účelom zachovania úrovne sebestačnosti v aktivitách denného života a zároveň využívania schopností jedinca, ktoré potrebuje pre zvládnutie bežných denných činností.
- Podporuje zdravie a celkovú pohodu pacienta, pomáha maximalizovať účasť na aktivitách bežného života s rešpektovaním jeho možností.

Využíva:

- Diagnostické prostriedky: Odhalenie disability, postihnutia alebo handicapu a zistení zvyšného pracovného potenciálu daného pacienta.
- Prostriedky pre rozvoj kreativity: Jedná sa o činnosti pracovné, herné a rekreačné. Často sa používa výtvarná činnosť, napríklad práca s papierom, textilom, drevom alebo keramikou.
- Terapeutické prostriedky: Spolu s pacientom stanoviť ciele ergoterapeutického plánu, ktoré smerujú k zlepšeniu alebo aspoň zachovaniu sebestačnosti, pracovných aktivít alebo aktivít vo voľnom čase.
- Preventívne prostredie: Prispieť pomocou cieleného ergoterapeutického plánu na prevenciu vzniku handicapu.

3.9 Klinický logopéd

- Diagnostikuje, realizuje klinicko - logopedickú liečbu (terapia) pacienta s narušenou komunikačnou schopnosťou.
- Poskytuje poradenstvo blízkym osobám, napríklad životnému partnerovi pacienta.
- Realizácia a vykonávanie činností v rozsahu svojich kompetencií v súlade so získanou odbornou spôsobilosťou.

3.10 Peer konzultant

Osoba, ktorá má vlastnú skúsenosť s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy a procesom uzdravenia, je dôležitou súčasťou multidisciplinárneho tímu a poskytuje tímu spätnú väzbu z pohľadu konzumentov služieb. Musí byť vyškolený v kurze, kde získa skúsenosti a kompetencie potrebné pre prácu a jej organizáciu v multidisciplinárnom tíme, tiež sa zoznámí s konceptom uzdravenia, jeho využitím v práci peer konzultanta, získa schopnosti pre komunikáciu s pacientom a jeho blízkymi osobami. Naučí sa byť súčasťou tímových rozhodnutí. Peer konzultant musí pracovať pod supervíziou.

4 Úvod

Komplexný ošetrovateľský manažment (ďalej len „KOM“) pacienta so závažnou psychickou poruchou v zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti (ďalej len „KPS“) vychádza z princípov multidisciplinárnej spolupráce, individualizovaného prístupu a dôrazu na komunitnú a rehabilitačnú starostlivosť a sociálnu podporu. Pri poskytovaní KPS sa postupuje podľa štandardizovaných odporúčaní a v súlade s legislatívou a odporúčaniami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“).

Závažná psychická porucha je stav, ktorý podstatne ovplyvňuje vnímanie, myslenie, náladu a správanie osoby s následkom narušenia sociálnych funkcií a vyžaduje dlhodobú liečbu, ktorý majú diagnostikovanú duševnú chorobu, alebo príznaky duševnej poruchy. Duševná porucha je porucha psychického fungovania a vedie k poklesu výkonu a poruchám správania sa, zároveň závažne obmedzuje schopnosť človeka cítiť sa dobre a fungovať v súlade so sebou a okolím, pričom ju môže zapríčiniť kombinácia rôznych rizikových faktorov, ako sú osobnostné črty, sociálne faktory a životné prostredie. Táto porucha si môže vyžadovať pomoc odborníka, pričom liečba sa zameriava na zlepšenie príznakov, fungovania a nastolenie psychickej pohody. Diagnostické kritériá pre jednotlivé duševné poruchy sú definované v aktuálne platnej revízii Medzinárodnej klasifikácii chorôb.

KPS predstavuje moderný model poskytovania zdravotných a sociálnych služieb osobám so závažnými duševnými poruchami mimo veľkokapacitných lôžkových zariadení. Ide o prístup zameraný na zotavenie, rešpektovanie ľudských práv, podporu nezávislosti a integráciu do bežného života v prirodzenom prostredí pacienta – doma, v komunite alebo na pracovisku. Tento model vychádza

z princípov deinštitucionalizácie a medzinárodných odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie a podporuje prechod od pasívneho prijímateľa služieb k aktívnemu účastníkovi vlastného zotavenia.

KPS predstavuje základný spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí pacienta, podporuje jeho samostatnosť a integráciu do spoločnosti. Pri starostlivosti o pacienta so závažnou psychickou poruchou je jej význam zameraný na stabilizáciu psychického stavu, prevenciu relapsov, minimalizáciu hospitalizácií a edukáciu pacienta a jeho blízkych osôb v súlade s právnymi a etickými normami Slovenskej republiky (ďalej len „SR“).

Ciele

- Podporovať zotavenie a zlepšovať kvalitu života osôb so psychickými poruchami.
- Zabezpečovať prístupnosť, kontinuitu a individualizáciu starostlivosti v prirodzenom prostredí.
- Predchádzať hospitalizáciám a relapsom, znižovať potrebu dlhodobého pobytu v ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ÚZS“).
- Podporovať inklúziu, samostatnosť a aktívne občianstvo pacientov.
- Posilňovať zapojenie rodiny/ blízkych osôb a komunity do procesu starostlivosti a zotavenia.
- Poskytovať zdravotnú starostlivosť v súlade s aktuálne platnými právnymi predpismi.
- Dodržiavať práva osôb a etické normy a princípy.

Úlohy

- Včasné rozpoznávanie a intervencia pri psychických poruchách v teréne.
- Tvorba a realizácia terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov multidisciplinárneho tímu (ďalej len „MDT“) a individuálny plán zotavenia, v spolupráci s pacientom.
- Koordinácia MDT a prepojenie služieb (zdravotné, sociálne, komunitné).
- Podpora adherencie k liečbe a psychoedukácia.
- Práca s rizikami (suicidalita, násilie, zanedbávanie starostlivosti o seba).
- Rozvoj funkčných, sociálnych a pracovných zručností pacienta.
- Pomoc pri návrate do práce, bývania a spoločnosti.
- Odborné vedenie pacienta a jeho blízkych osôb a poskytovateľov.

Vstupy

- Odborne vyškolený MDT (psychiater, psychológ, sestra, praktická sestra-asistent, sociálny pracovník, terapeut, peer konzultant).
- Zhodnotenie potrieb pacienta: psychický a fyzický stav, sociálne zázemie, vývinové špecifiká, rizikové faktory.
- Prístup k liečbe, terapiám a rehabilitácii v komunitnom prostredí.
- Prepojenie so zdravotným a sociálnym systémom.
- Účasť pacienta, blízkych osôb a ďalších zástupcov v rozhodovaní o starostlivosti.
- Informačné systémy, metodické návody, štandardy a legislatívny rámec.

Výstupy

- Zníženie počtu relapsov a hospitalizácií.
- Zvýšenie miery zotavenia, spokojnosti a kvality života pacientov.
- Zlepšenie funkčného a sociálneho fungovania (samostatné bývanie, práca, vzťahy).
- Zvýšená spolupráca pacienta s MDT a adherencie k liečbe.
- Zapojenie pacienta do komunity a posilnenie jeho autonómie.
- Úspešné prepojenie starostlivosti medzi zdravotným a sociálnym sektorom.

5 Prevencia

Duševné zdravie je neoddeliteľnou súčasťou zdravia osoby a spoločnosti. Chronické duševné poruchy, ako napr. schizofrénia, bipolárna porucha a iné, významne ovplyvňujú kvalitu života postihnutých osôb, ich rodín, blízkych osôb a komunit. Vzhľadom na závažnosť týchto ochorení a ich dopad na spoločnosť je kľúčové venovať pozornosť preventívnym opatreniam. V prevencii duševných porúch a v starostlivosti o duševné zdravie a závažne duševne chorých má nezastupiteľné miesto KPS.

KPS hodnotí Höschl (2006), ako vyváženú, navzájom prepojenú nemocničnú aj mimonemocničnú starostlivosť, ktorá zahŕňa všetky biologické a psychosociálne postupy.

Prevencia je poskytovaná v prirodzenom prostredí pacienta v jeho komunite, čo najbližšie k jeho bydlisku, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb, s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity s hendikepom ako dôsledok duševnej poruchy. Ľudia so závažnými duševnými chorobami, alebo príznakmi duševnej poruchy si vyžadujú kontinuálnu a dlhodobú starostlivosť. Rozvoj a podpora komunitných služieb môže vytvoriť podmienky pre pracovnú a sociálnu rehabilitáciu, znižuje nepriaznivý dopad choroby. Je nápomocná pri obnove sociálnych kompetencií, uľahčuje návrat pacienta do spoločnosti, znižuje riziko relapsu choroby a celkovo pomáha znižovať náklady na liečbu.

Koncept KPS prepája ÚZS s ambulatnou starostlivosťou. Kľúčovými prvkami v koncepte poskytovania starostlivosti vrátane prevencie sú členovia MDT z rôznych oblastí, ako sú psychiatri, psychológovia, sociálni pracovníci, sestry, liečební pedagógovia, peer konzultanti. Zriadenie zariadení KPS umožňuje pacientovi zotrvať v jeho prirodzenom prostredí a zároveň pokračovať v uzdravovacom procese. Podpora rodiny a komunity dáva možnosti zapojenia blízkych osôb do procesu liečby a rehabilitácie.

Sestra je kľúčovým článkom v MDT a realizuje výkony prevencie v rámci poskytovania špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti, plní rolu podpory pacienta a jeho rodiny a blízkych osôb.

Sestra realizuje preventívne opatrenia a intervencie v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu s cieľom:

- stabilizovať psychický stav pacienta, monitoring funkčnosti v domácom prostredí;
- identifikovať rizikové správanie;
- podporovať pacienta v dodržiavaní liečebného režimu, užívania liekov, hodnotenie účinkov liekov;
- hodnotiť domáce prostredie z hľadiska bezpečnosti a vhodnosti pre duševne chorého;
- podporovať pacienta pri hľadaní zmysluplných cieľov, začleňovať sa do bežného života;
- ochraňovať pacienta pred sociálnym dopadom v dôsledku choroby;
- edukovať v prevencii relapsov, o varovných signáloch;
- vzdelávať blízke osoby o ochorení, zvládať krízové situácie;
- vypracovať krízový plán s pacientom a blízkymi osobami v prípade zhoršenia ochorenia;
- minimalizovať dopad stigmy duševných chorôb v komunite;
- zabezpečiť bezpečné prostredie.

Prevencia vo všetkých svojich krokoch je zameraná na:

- prevenciu komplikácií;
- znižovanie rizikových faktorov;
- podporu zdravého prostredia;

- podporu zdravého životného štýlu;
- vytváranie podmienok na prevenciu stresu a duševných problémov;
- včasné odhalenie a zásah pri počiatkových príznakoch duševnej poruchy.

Prevencia zahŕňa skríningové programy, včasnú diagnostiku a dostupnosť odborných služieb. Pri už existujúcej duševnej chorobe je kladený dôraz na minimalizáciu následkov, na podporu sprevádzaním pacienta na ceste zotavenia a uzdravenia. V komunite to môže znamenať poskytovanie rehabilitačných služieb, dohľad nad liečebným režimom, podporu sociálnej integrácie, psychoterapeutickú starostlivosť, podporu v samostatnosti a prevenciu relapsov .

Prevencia je kľúčovým prvkom starostlivosti a moderného prístupu k duševnému zdraviu za účelom zlepšenia kvality života osoby a celkovej spoločenskej pohody. V SR sa v posledných rokoch kladie dôraz na rozvoj KPS, ktoré ponúkajú podporu pacientovi v jeho prirodzenom prostredí a znižujú potrebu hospitalizácie. Rozvoj a podpora komunitných služieb, vzdelávanie odborníkov a zvyšovanie povedomia verejnosti sú kľúčové kroky k dosiahnutiu cieľa.

5.1 Primárna prevencia

Zohráva zásadnú úlohu v znižovaní rizika vzniku týchto porúch. Predstavuje súbor opatrení a aktivít, ktorých cieľom je zabrániť vzniku duševnej choroby, alebo príznakom duševnej poruchy znižovaním rizikových faktorov a posilňovaním ochranných faktorov.

Nástroje primárnej prevencie

Psychoedukácia a osveta

- zvyšovanie povedomia o duševnom zdraví v spoločnosti;
- odstraňovanie stigmy duševných porúch;
- podpora vyhľadávania odbornej pomoci;

Zameranie sa na rizikové skupiny

- jedincov s genetickým rizikom (napr. deti rodičov so schizofréniou);
- ľudí vystavených dlhodobému stresu, traume alebo zneužívaniu;
- prejavy porúch správania alebo sklonom k izolácii u mladistvých;

Podpora zdravého životného štýlu

- pravidelný spánok, fyzická aktivita, zdravá strava;
- zníženie užívania návykových látok (alkohol, drogy);
- budovanie pozitívnych sociálnych vzťahov a podpora komunity;

Rozvoj psychickej odolnosti

- tréning zvládania stresu, riešenia konfliktov a emocionálnej regulácie;
- programy zamerané na prevenciu šikanovania a podporu duševného zdravia;

Preventívna starostlivosť v primárnej zdravotnej starostlivosti

- pravidelný skríning duševného zdravia v ambulanciách všeobecných lekárov;
- včasné zachytenie prvých symptómov a preventívne intervencie.

Primárna prevencia predstavuje kľúčový pilier v boji proti vzniku chronických duševných chorôb. Investícia do prevencie nie je len finančne efektívna, ale prináša aj dlhodobé benefity pre kvalitu života osoby a celú spoločnosť. Dôležité je budovať systémové opatrenia, podporovať medziodborovú spoluprácu a zapojiť celú spoločnosť do ochrany a podpory duševného zdravia.

5.2 Sekundárna prevencia

Cieľom sekundárnej prevencie je včasná detekcia ochorenia a rýchla intervencia, ktorá výrazne môže ovplyvniť ďalší priebeh a prognózu pacienta. V kontexte chronických duševných chorôb má sekundárna prevencia zásadný význam pre obmedzenie ich rozvoja a zníženia rizika chronifikácie. Prioritné zameranie je na záchyt prvých príznakov duševnej poruchy alebo zmien duševnej choroby a začatie liečby v počiatočných štádiách - v období, keď príznaky sú ešte mierne, reverzibilné. Cieľom je predísť rozvoju závažnej formy duševnej poruchy, znížiť závažnosť priebehu a minimalizovať následky. Čím neskôr sa s liečbou začne, tým je horšia prognóza.

Úlohy sekundárnej prevencie:

- oddialiť alebo zabrániť rozvoju závažnej formy duševnej poruchy;
- znížiť frekvenciu hospitalizácii;
- obmedziť psychosociálne následky (strata zamestnania, izolácia, suicidálne správanie);
- zvýšiť šance na stabilizáciu stavu a udržanie kvality života.

Kľúčové prvky sekundárnej prevencie

Včasný záchyt

- rozpoznanie varovných príznakov duševnej poruchy (prodromálne štádium);
- školenia pre všeobecných lekárov, pedagógov a komunitných pracovníkov na identifikáciu prvotných symptómov;
- sebaskríningové nástroje pre verejnosť (dotazníky úzkosti, depresie a.i.);

Rýchla a dostupná diagnostika

- skríningové programy v ambulanciách alebo komunitách;
- MDT: psychiatri, psychológovia, sestry, sociálni pracovníci, liečební pedagógovia, peer konzultanti;
- prístup k diagnostickým službám bez dlhého čakania;

Včasné intervencie

- zahájenie farmakologickej a psychoterapeutickej liečby čo najskôr po diagnostikovaní;
- podpora funkčných schopností pacienta (práca, rodina);
- využitie komunitných a nízkoprahových služieb.

V sekundárnej prevencii je potrebné zapojenie inštitúcií v rezortoch:

Zdravotníctva

- všeobecní lekári ako "prvý kontakt" - schopnosť rozpoznať varovné príznaky;
- psychiatrické a psychologické ambulancie (dostupnosť a koordinácia starostlivosti);

Práce, sociálnych vecí a rodiny

- edukácia o príznakoch a možnostiach právomoci;
- podpora pri rozhodovaní a vyhľadávaní odbornej pomoci.

Včasné rozpoznanie problémov a okamžitá odborná intervencia výrazne znižujú riziko vážnych následkov duševnej choroby, zlepšujú prognózu a uľahčujú návrat pacienta do normálneho života. Je potrebné posilňovať skríning, zvyšovať dostupnosť starostlivosti a vzdelávať verejnosť o varovných signáloch duševných porúch.

5.3 Terciárna prevencia

Zameriava sa na zmiernenie dôsledkov už rozvinutej duševnej poruchy a na zabránenie jej zhoršovaniu a recidívy. Jej cieľom je zlepšiť kvalitu života, funkčnosť a integráciu pacienta do spoločnosti a zároveň znížiť riziko relapsu a opakovaných hospitalizácií.

Intervencie terciárnej prevencie:

- znižujú dopad trvalých porúch na kvalitu života;
- pomáhajú predchádzať komplikáciám a relapsom;
- podporujú sociálne začlenenie a sebestačnosť pacienta.

Chronické duševné choroby bývajú recidivujúce a dlhodobé. Ak sa neliečia môžu viesť k zhoršeniu funkčných schopností, sociálnemu vylúčeniu, zvýšeniu rizika suicídia, vyčerpaniu rodiny a systému starostlivosti. Efektívna terciárna prevencia môže výrazne znížiť celospoločenské náklady a zároveň zlepšiť prognózu osoby.

Ciele terciárnej prevencie:

- predchádzať relapsom;
- minimalizovať následky choroby (postihnutia, závislosť od systému);
- zvyšovať kvalitu života a autonómie pacienta;
- rehabilitovať a resocializovať, podporovať rodinu, blízke osoby a komunitu.

Podporné programy terciárnej prevencie:

- chránené dielne a sociálne podniky - podpora zamestnávania ľudí s chronickou duševnou chorobou;
- komunitné MDT, ktoré pracujú s pacientmi v prirodzenom prostredí;
- podporované bývanie - samostatné bývanie s pravidelným dohľadom odborníkov;
- podporné skupiny a podpora peer konzultanta (podpora zo strany ľudí s vlastnou skúsenosťou s duševnou poruchou);
- rehabilitácia a reintegrácia - zaradenie do bežného života, pracovného a sociálneho prostredia.

Terciárna prevencia je kľúčová pre udržanie funkčnosti, autonómie a dôstojnosti pacienta s chronickými duševnými chorobami. Nie je len medicínskou výzvou, ale aj spoločenskou zodpovednosťou. Kvalitná a dostupná starostlivosť o chorých v zariadení KPS dokáže výrazne znížiť dlhodobé následky duševných porúch a umožniť pacientovi viesť zmysluplný a aktívny život.

6 Epidemiológia

V SR zatiaľ neprebíha systematický zber dát o výskyte duševných porúch. Stav duševného zdravia možno hodnotiť len na základe cieleného zberu údajov v špecifických oblastiach.

Národné centrum zdravotníckych informácií vo svojej správe o psychiatrickej starostlivosti v SR za rok 2023 uvádza, že v psychiatrických ambulanciách bolo v roku 2023 vyšetrených 427 764 osôb (788,6 na 10 000 obyvateľov) so stanovenou diagnózou, čo bolo zároveň najviac od roku 2009. V porovnaní s predchádzajúcim rokom prišlo k nárastu o 2,5 %. Z hľadiska pohlavia prevládali vyšetrené ženy (890,8 na 10 000 žien) nad mužmi (681,7 na 10 000 mužov). Najčastejšou príčinou hospitalizácie v ústavnej psychiatrickej starostlivosti boli poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu (27,2 % zo všetkých hospitalizácií). Nasledovali schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi (19,5 % hospitalizácií), ktoré boli zároveň najčastejšou príčinou prijatia žien do ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Pri afektívnych poruchách (13,9 % hospitalizácií) dominovali hospitalizácie žien. Pri organických duševných poruchách vrátane symptomatických (13,6 % hospitalizácií) sa tri štvrtiny hospitalizácií týkali pacientov vo veku 65 a viac rokov.

Útvar hodnoty za peniaze Ministerstva financií (2020) uvádza, že duševné poruchy sú tretím najčastejším dôvodom priznania dôchodku v SR. Invalidné dôchodky kvôli duševným poruchám sú priznávané najmä ľuďom vo veku 19 - 39 rokov.

Hewlett, E a Moran, V., (2014,s.45) konštatujú, že ľudia s duševnými poruchami sú pravdepodobnejšie nezamestnaní, oproti ľuďom bez akejkoľvek poruchy, a preto sa často spoliehajú na nezamestnanosť, alebo invalidný dôchodok. Ľudia so závažnými duševnými chorobami budú pravdepodobne častejšie nezamestnaní ako ľudia s miernejšou duševnou poruchou.

7 Klasifikácia

Klasifikačný systém ošetrovateľskej starostlivosti formou sesterských diagnóz upravuje vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

Najčastejšie sesterské diagnózy u pacienta s duševnou chorobou

A 100 – 117 Adaptácia

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

A 101 Riziko narušenej adaptácie jednotlivca

A 102 Narušená adaptácia rodiny

A 103 Riziko narušenej adaptácie rodiny

- v súvislosti s *príjmom na oddelenie, *so zmenenou životnou situáciou;

A 117 Únava

- v súvislosti so základným ochorením prejavujúca sa: verbalizovaním nedostatku energie, *vyčerpaním, *zvýšenou potrebou odpočinku;

B 100 – 102 Bezmocnosť, beznádej

B 100 Bezmocnosť

B 101 Beznádej

B 102 Duchovná tieseň

E 100 – 104 Edukácia a vedomosti

E 100 Nedostatok informácií

E 101 Riziko deficitu informácií

E 102 Nezáujem o informácie

E 103 Nedostatok vedomostí

E 104 Riziko nedostatku vedomostí

I 110 – 111 Izolácia sociálna

I 110 Sociálna izolácia

- v súvislosti so *základným ochorením, prejavujúca sa: *zdržiavaním sa na izbe, *nezúčastňovaním sa na aktivitách. *strachom z ľudí;

I 111 Riziko sociálnej izolácie

- v súvislosti s *neprijateľnými spoločenskými prejavmi, *neschopnosťou nadviazať uspokojivé osobné kontakty, *zážitkami vyvolávajúcimi duševnú tieseň, *zmenami telesnej alebo duševnej úrovne;

K 100 – 104 Komunikácia

K 100 Narušená verbálna komunikácia

K 101 Riziko narušenia verbálnej komunikácie

K 102 Narušená neverbálna komunikácia

K 103 Riziko narušenia neverbálnej komunikácie

K 104 Narušená sociálna interakcia

- v súvislosti so základným ochorením prejavujúca sa: *neschopnosťou vyjadriť sa, *poruchou tvorby slov, zajakavosťou;

P 100 – 112 Psychické stavy a procesy

P 100 Narušená pamäť

- v súvislosti so základným ochorením, prejavujúca sa neschopnosťou vybaviť si konkrétne informácie;

P 101 Zmena poznávacích funkcií

P 102 Zmenený myšlienkový proces

- súvislosti so základným ochorením, prejavujúce sa: *nevhodným správaním, *vzťahovými myšlienkami, *bludmi, *konfabuláciami;

P 103 Zmenený psychický stav

P 104 Riziko zmeny psychického stavu

P 105 Nadmerná duševná záťaž

P 106 Citová tieseň

P 107 Zmena správania

- v súvislosti so základným ochorením prejavujúca sa: *agresívnym správaním, *rituálnym vykonávaním činností, *striedaním nálad;

P 108 Psychické zneužívanie

P 109 Smútok

P 110 Anticipačný smútok

P 111 Strach

- v súvislosti so *základným ochorením, *s elektrokonvulzívnou terapiou, *neznámou situáciou prejavujúci sa: *somaticky: búšenie srdca, nauzea, nespavosť a pod., *emocionálne: napätie, nervozita, plač, smiech, *kognitívne: neschopnosťou koncentrovať sa;

P 112 Úzkosť

- v súvislosti so základným ochorením, prejavujúca sa *verbalizovaním obáv a úzkosti, *zvýšeným vnútorným, napätím;

R 110 – 112 Rodina

R 110 Narušené vzťahy v rodine

R 111 Riziko narušenia vzťahov v rodine

R 112 Neúčinné riešenie problémov rodiny

R 120 – 124 Rola

R 120 Porucha prijatia roly

R 121 Riziko neakceptovania roly

R 122 Narušené plnenie roly

R 123 Riziko neplnenia roly

R 124 Odmietanie plnenia roly

S 100 – 115 Sebaopatera

S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene

S 101 Deficit sebaopatery v osobnej hygiene

S 102 Riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene

S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy

S 104 Deficit sebaopatery v prijímaní potravy

S 105 Riziko deficitu sebaopatery v prijímaní potravy

S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní

S 107 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní

S 108 Riziko deficitu sebaopatery vo vyprázdňovaní

S 109 Nedostatočná sebaopatera v úprave zovňajšku

S 110 Deficit sebaopatery v úprave zovňajšku

S 111 Riziko deficitu sebaopatery v úprave zovňajšku

S 112 Nedostatočná sebaopatera v úprave okolia

- S 113 Deficit sebaopatery v úprave okolia
- S 114 Riziko deficitu sebaopatery v úprave okolia
- S 115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života

S 120 – 124 Sebakoncepcia

- S 120 Narušená sebakoncepcia
- S 121 Riziko narušenia sebakoncepcie
- S 122 Sebapoškodzovanie
- S 123 Riziko sebapoškodzovania
- S 124 Porucha prijatia vzhľadu vlastného tela
 - v súvislosti so základným ochorením, *manickými prejavmi, *suicídlnymi tendenciami, *stavmi neodolateľnej zúrivosti, *pôsobením negatívneho príkladu, *toxickej liekovej reakcie, resp. alkoholu prejavujúci sa: *seba poškodzujúcimi činmi, *záchvatmi zlosti a zúrivosti, *otvoreným agresívnym správaním, *nepriateľskými výrokmami, hrozbami;

S 140 – 142 Spánok

- S 140 Narušený spánok
- S 141 Spánková deprivácia
- S 142 Riziko poruchy spánku

S 150 – 153 Spolupráca

- S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca
- S 151 Nedostatočná spolupráca rodiny
- S 152 Neschopnosť spolupráce
- S 153 Neochota spolupracovať
 - v súvislosti so *základným ochorením prejavujúca sa: *nekritickosťou, *neochotou spolupracovať, *odmietaním liekov, potravy, aktivít, nedodržiavaním denného režimu.

Pri jednotlivých sesterských diagnózach sú uvedené viaceré alternatívy súvisiacich faktorov. Tým sme chceli zdôrazniť rôznorodosť znenia sesterskej diagnózy v časti súvisiacich faktorov a určujúcich znakov, ktoré sú u pacienta s duševnou chorobou identifikovateľné. Napriek rovnako identifikovanému problému pacienta, sa súvisiace faktory a určujúce znaky môžu u jednotlivých pacientov líšiť. Sestra má mať dostatok vedomostí a zručností na identifikáciu súvislostí medzi výskytom deficitov potrieb u pacienta a súvisiacimi a určujúcimi faktormi.

8 Klinický obraz

Sestra v rámci posudzovania potrieb pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy, uplatňuje metódu priameho pozorovania. Veľkou pomôckou pri posudzovaní môže byť využitie posudzovacích škál. Posudzovacia škála je merací nástroj, ktorý umožňuje sestram zisťovať frekvenciu, intenzitu meraného javu, vlastností ľudí, rôznych stránok osobností. Meranie pomocou meracích nástrojov je jedna z metód posudzovania kognitívnych funkcií a získavania objektívnych parametrov. Nenahrádza klinické vyšetrenie a je chápaná ako doplnková metóda k iným metódam zberu údajov (Bóriková, Žiaková, 2007).

8.1 Pozorovanie v posudzovaní

Sestra pri posudzovaní ošetrovateľských potrieb u pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy, uplatňuje metódu pozorovania pacienta. Pozorovanie znamená sledovanie činností, vlastností pacienta, opis pozorovaných javov a ich hodnotenie. Pozorovaním sestra získava dôležité informácie o správaní pacienta, jeho psychickom prežívaní, o jeho konaní a úprave zovňajšku a pod.. Priamym pozorovaním je možné získať široké spektrum informácií. Pozorovanie môže byť náhodné, zámerné, mimovoľné alebo účelové. Cieľom pozorovania je zaregistrovať dôležité javy, ktoré môžu

súvisieť s problémami pacienta. Ako uvádza Petr, Marková a kol. (2014), okrem všeobecných somatických stavov sestra hodnotí:

Reakcie pacienta na mimoriadne udalosti

Sestra pri kontakte s pacientom má zohľadniť spôsob jeho reakcie na situácie. Pozorovaním jeho reakcií môže identifikovať predovšetkým riziko hroziacej agresie, autoagresie, koľko času má na intervenciu, či aktuálne hrozí alebo nehrozí riziko výskytu agresívneho správania sa u pacienta.

Schopnosť nadviazať kontakt, stav vedomia

Prítomnosť kvalitatívnych porúch vedomia u pacienta významne ovplyvňuje schopnosť pacienta nadviazať primeraný kontakt s okolím. Sestra sa pri pozorovaní zameriava hlavne na identifikáciu narušeného vnímania vlastnej osoby pacienta, jeho okolia, prítomnosť iluzórnej interpretácie reality. Zmenené vedomie môže byť prezentované v správaní pacienta výskytom zmätenosti, dezorganizácie, delíria a mráкотných stavov.

Orientáciu v čase, mieste, situácii, osobe, stav pamäte

Zhodnocovanie orientácie pacienta sestra zisťuje v čase, mieste, priestore a osobe. Otázkami sestra zisťuje, či je pacient správne orientovaný. Na posúdenie orientácie môže sestra využiť škály a iné nástroje, ako napr.: Test hodín, MMSE test, ale aj bežné otázky týkajúce sa dňa, roku, miesta, kde sa pacient nachádza.

Vnímanie - halucinatórne správanie

Charakterizované je prítomnosťou načúvacích postojov pacienta, vykrikovanie, samorozprávanie, nezvyklé správanie, bizarné grimasy, neadekvátne reakcie v správaní pacienta. Zhodnocovaním prítomnosti porúch vnímania sestra zisťuje prítomnosť halucinácií u pacienta. Pri pozorovaní si sestra všimá neverbálne prejavy pacienta, ktorých zistenie môže dopĺňať otázkami, aby porozumela správaniu sa pacienta. Pacient je vysoko rizikový v súvislosti s agresívnym správaním, halucinujúci, zmätený a dezorientovaný.

Psychomotorické tempo, reč

Zhodnocovanie psychomotoriky sestry udáva informáciu o spomalenom alebo zrýchlenom psychomotorickom neklúde. Mimovoľné pohyby, celkové držanie tela, postoj, mimika tváre môže veľa povedať o psychickom stave pacienta. Zhodnocovanie obsahu rečového prejavu sestry umožní posudzovať prítomnosť halucinácií, bludov. Rýchlosť reči, trysk myšlienok, latentnosť odpovedí umožňuje zhodnotiť psychomotorické tempo pacienta.

Nálada

Zhodnocovanie emócií umožňuje pacientovi prejaviť svoj pocitový stav. Jeho verbálne vyjadrenia sestra zhodnocuje s pacientovými neverbálnymi prejavmi. Poruchy nálady často sprevádzajú aj somatické symptómy, preto sa má sestra zaujímať aj o prípadné poruchy spánku, nechutenstva, či prejedania sa (Höschl, 2004). U depresívneho pacienta posudzujeme kognitívnu triádu depresie: negatívny pohľad na seba, negatívny pohľad na svet a negatívny pohľad na budúcnosť. U každého depresívneho pacienta je riziko suicidia. Druhým pólom depresie je mánia, ktorý sa často označuje ako zrkadlový obraz depresie. Pri posudzovaní manického pacienta musí sestra analyzovať súvislosti medzi jeho správaním a protichodnými pocitmi (Janosikova, Daviesová, 1999, s.150).

Postoj k ochoreniu, očakávania, spolupráca

Zhodnocovanie náhľadu pacienta na ochorenie je dôležitým prvkom pre budovanie spolupráce. V starostlivosti o pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy v komunite sa skôr stretávame s popieraním potreby liečby, čo často súvisí s absenciou pocitu chorobnosti u pacienta. Pre zlepšenie adherencie k liečbe je kľúčová podpora pacienta pri získavaní náhľadu na ochorenie, čo kladie vysoké nároky na sestru pri budovaní terapeutického vzťahu.

Prejavy agresie

Základom starostlivosti je pozorovanie rizikových pacientov a posúdenie ich potencionálne násilného správania za účelom prevencie vzniku agresívneho správania a incidentov. Súčasťou posúdenie rizika výskytu agresie u pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy, má byť posúdenie úrovne prežívania tenzie pacienta, ale aj faktory prostredia, ktoré môžu ovplyvňovať tenziu pacienta. Starostlivé posúdenie potencionálne násilného správania pacienta umožňuje sestru zmierniť nebezpečenstvo skôr, akoby pacient stratil kontrolu nad svojím správaním. Sestra musí mať schopnosť spozorovať zvyšovanie intenzity hnevu a odhadnúť moment predpokladaného útoku pacienta.

Agresia je manifestné, pozorovateľné chovanie vedené úmyslom poškodiť iný organizmus (človeka alebo zviera) alebo neživý predmet. Agresívne správanie je spravidla pozorovateľné ako epizódy agresie. Každá epizóda má svoj jasný začiatok, jasný koniec a krátke trvanie (sekundy, minúty). Násilie (violence) – je zameniteľný pojem s agresiou, ale je vymedzený pre interakciu medzi ľuďmi. Pojem agresia je viac používaný biológmi, zoológmi a pojem násilie skôr kriminológmi, sociológmi a politikmi. Hostilita – najčastejšie sa používa vo význame nepriateľských postojov.

Diagnostické skupiny, u ktorých dochádza k psychomotorickej agitovanosti a agresivite sú najmä závislosti od alkoholu, poruchy osobnosti, psychózy, intoxikácie, demencie, schizofrénie a pod..

Postup pri zvládaní agresívneho incidentu zahŕňa vyhodnotenie situácie a zhodnotenie rizika (risk assessment), deescaláciu násilia – verbálna intervencia, medikáciu a prípadne fyzické obmedzenie.

8.2 Posudzovacie škály

Pre objektivizáciu zistení je neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľského posúdenia v psychiatrii využívanie posudzovacích škál, ktoré treba vybrať vzhľadom na charakter zariadenia a poskytovania KPS a musia splniť účel, indikáciu a cieľ poskytovanej psychiatrickej starostlivosti. Vo všeobecnosti sa odporúčajú všeobecne dostupné validizované nástroje a škály pre psychiatrickú starostlivosť v SR, vhodné pre KPS, ktoré sú v kompetencii sestier ako poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti.

Alternatívou sú validizované nástroje z Českej republiky, ktoré vzišli z praxe ako „best practices“ a na základe odporúčania Národného ústavu duševného zdravia, so sídlom Klecany, ktorý je centrom pre výskum, implementáciu, vzdelávanie a klinickú starostlivosť v oblasti duševného zdravia. Medzi odporúčané posudzovacie škály, vhodné pre implementovanie do praxe z hľadiska náročnosti a výstupov patria napr. CAN, GAF, HoNOS.

Sestra pri poskytovaní KPS pacientovi s duševnou chorobou môže využívať nasledovné posudzovacie škály, ktoré sú určené pre identifikáciu výskytu prejavov príznakov duševnej poruchy a sú nenáročné z hľadiska ich distribúcie a vyhodnotenia.

Odporúčame nasledovné:

Vybrané škály sú inšpiratívne a nenáročné na implementáciu v podmienkach SR, a ich distribúcia a použitie je v kompetencii sestier; pričom sa pripúšťa možnosť použiť aj inú škálu, ktorú lekár zváži ako vhodnú.

A/ Test kreslenia hodín – Príloha č. 1

Rýchly a jednoduchý test používaný u pacienta s demenciou. Pri realizácii testu hodín môžeme sledovať aj poruchy motorických výkonných funkcií, predovšetkým apraxie.

B/ Mini-Mental-State-Examination (MMSE) - Folsteinov test kognitívnych funkcií - Príloha č. 2

Stručne meria orientáciu v čase a priestore, okamžité spomienky, krátkodobú verbálnu pamäť, výpočet, jazyk a schopnosť konštruovať. **Mini** - MMSE obsahuje 19 položiek s maximálnym skóre 30 bodov a hraničným skóre 24 bodov. Test kognitívnych funkcií hodnotí orientáciu pacienta, chápanie reality, schopnosť reprodukovať, počítanie a grafomotorické funkcie (Kociová, Peregrinová, 2003).

C/ Geriatrick Depression Scale – Geriatrická škála depresie - Príloha č. 3

Škála depresie u geriatrického pacienta má 15 položiek, ktoré mapujú prežívanie pacienta. K jednotlivým položkám je určená bodová hodnota pre odpoveď áno a nie. Bodový výstup od 0-7 bodov je hodnotený bez depresie, 8-12 bodov mierna depresia, nad 13 bodov je hodnotených ako manifestná depresia vyžadujúca odborné vyšetrenie.

D/ Beckov dotazník úzkosti – Príloha č. 4

Vöröšová, Solgajová, Archauosová (2015) uvádza, že dotazník patrí medzi sebaopisovacie škály pre samoposúdenie úzkosti u dospelých a adolescentov. Pozostáva z 21 otázok, 14 položiek mapuje výskyt somatických symptómov a 7 sa týka subjektívnych aspektov úzkosti, alebo paniky. Pre posúdenie úrovne úzkosti u pacienta je možné použiť vizuálnu analógovú škálu Visual Analogue Scale (ďalej len „VAS“), ktorá pozostáva z vodorovnej či zvislej čiary, zvyčajne dlhej 10 cm, na ktorej je na jednom konci označené "žiadna úzkosť" a na druhom "najvyššia možná úzkosť" alebo "najväčšia intenzita úzkosti". Pacient označí na tejto čiare miesto, ktoré najlepšie zodpovedá jeho aktuálnemu prežívaniu pocitu úzkosti. Táto metóda je veľmi populárna vďaka svojej jednoduchosti, rýchlosti a schopnosti zachytiť subjektívne pocity s vysokou citlivosťou.

E/ Broset Violence Checklist - Vyhodnotenie rizika agresie – Príloha č. 5

Pre rýchle zhodnotenie rizika agresie je možné využiť Broset Violence Checklist - **Vyhodnotenie rizika agresie**. Posudzovacia škála obsahuje rizikové faktory, zhrnuté do piatich položiek. Pri spozorovaní výskytu posudzovanej oblasti sa prideli 1 bod. Ak je identifikovaná prítomnosť dvoch a viac rizikových faktorov je vysoké riziko výskytu agresívneho správania u pacienta.

Suicidálna aktivita predstavuje určitý druh agresie namierenej proti sebe. Ako uvádza Dušek (2005) samovražda je pokladaná za prejav psychopatológie, ale existujú aj krajné názory, ktoré ju považujú za negatívny sociálny jav. Sestra je s pacientom v častom a intenzívnom kontakte, preto by schopnosť rozpoznať signály suicidálneho správania mali byť súčasťou kompetencie, ktorú sestra pri posudzovaní uplatňuje.

F/ Nurses Global Assessment of Suicide Risk – Škála hodnotenia rizika suicidálneho správania - Príloha č. 6

Vhodný nástroj pre odhad suicidálneho správania.

G/ HoNOS (Health of the National Outcome Scale) – Zdravie podľa národnej stupnice výsledkov - Príloha č. 7

Na systematické hodnotenie pacientov so závažnými duševnými poruchami v KPS sa odporúča používanie štandardizovaných hodnotiacich nástrojov. Škála Health of the Nation Outcome Scales (ďalej len „HoNOS“) poskytuje multidimenzionálny profil psychiatrických symptómov, správania a sociálneho fungovania a bola validovaná v podmienkach komunitnej starostlivosti (James et al. 2020; Whittemore et al. 2021; Hunter et al. 2024). Dotazník používaný na meranie zdravia a sociálneho

fungovanie ľudí so závažnou duševnou chorobou, vyvinutý v roku 1993. Obsahuje 12 otázok, ktoré po sčítaní tvoria celkové skóre. Nástroj je vhodný ako na posudzovanie zdravotného stavu pacientov v praxi, tak na sledovanie výsledkov liečby. Je zameraný na hodnotenie symptómov i sociálnych funkcií. Pre používanie HoNOS je nutné absolvovať, pokiaľ možno akreditované školenia na zabezpečenie inter-reliability. Nástroj má dve verzie - verzia pre externého hodnotiteľa (profesionála) a sebahodnotovacia verzia (pre pacienta). Nástroj je hodnotený ako relevantný nástroj pre oblasť KPS. Vo verzii pre externých hodnotiteľov sa navyše nachádza **glosár**, ktorý obsahuje konkrétne návody na bodovanie jednotlivých položiek. **Sebahodnotovacia verzia** obsahuje doplnujúcu položku, v ktorej môže respondent uviesť **5 svojich najzávažnejších problémov** (môžu to byť aj iné problémy, než na ktoré sa dotazník zameriava).

H/ GAF (Global Assessment of Functioning Scale) – Hodnotenie globálneho fungovania klienta - Príloha č. 8

Globálna hodnotiacia škála fungovania (ďalej len „GAF“) zostáva praktickým globálnym ukazovateľom psychosociálneho fungovania. Napriek svojej jednoduchosti jej revidovaný manuál a metodologické zlepšenia zvýšili spoľahlivosť medzi hodnotiteľmi a klinickú využiteľnosť v psychiatrickej ošetrovateľskej praxi (Pedersen et al. 2020; Aas et al. 2021). Škála používaná na meranie celkového fungovania pacienta. Medzi sledované oblasti patrí závažnosť symptómov, pozorovateľné správanie, ťažkosti pri vykonávaní sociálnych rolí, či pri vykonávaní každodenných činností, čím je vyššie skóre na GAF škále.

I/ AQoL – 6D (Assessment of Quality of Life) - Hodnotenie kvality života súvisiace so zdravím - Príloha č. 9

Na zachytenie výsledkov reportovaných pacientmi sa odporúča škála Assessment of Quality of Life (AQoL), najmä skrátená verzia nástroja AqoL-8D, ktorým je nástroj AQoL-6D, ktorý poskytuje citlivé hodnotenie kvality života v rôznych psychosociálnych doménach. Preukázal vysokú psychometrickú validitu u populácií s duševnými poruchami a je v súlade s princípmi orientovanými na zotavenie a komunitné modely starostlivosti (Richardson et al. 2020; Maxwell et al. 2021; Hawthorne et al. 2022). Dotazník používaný na meranie kvality života súvisiacej so zdravím bol vyvinutý za účelom využitia v ekonomických analýzách (najmä analýzy užitočnosti nákladov). AQoL-6D obsahuje celkom 20 otázok rozdelených do šiestich dimenzií. Skrátená verzia nástroja je vhodná pre pacienta v prípade, že nie je schopný samostatne vyplniť dotazník. Zásadou je, že nikdy pacienta nenútime k vypísaniu pri odmietnutí. Odporúčame preškolenie zdravotníckeho pracovníka k vyplňaniu dotazníka s pacientom.

J/ CAN (Camberwell assessment of need) - Camberwellský formulár pre hodnotenie potrieb – krátka verzia - Príloha č. 10

Camberwellské šetrenie potrieb je metódou, ktorá zachytáva zdravotné a sociálne potreby a problémy so zvládaním sociálnych rolí u ľudí so závažnou duševnou chorobou. Nástroj bol prvýkrát publikovaný v príručke Phellanom et al. v roku 1999. Potreby upozorňujú na oblasti, v ktorých môže starostlivosť alebo terapia pomôcť. Metóda CAN existuje v troch základných verziách: krátka verzia CANSAS, verzia klinická CAN-C (Clinical Version) a výskumná verzia CAN-R (Research Version).

CAN-C obsahuje 22 oblastí zdravotných a sociálnych potrieb. Každá oblasť je rozdelená do štyroch sekcií. Inštrument je vyplňovaný samostatne poskytovateľom a užívateľom starostlivosti. Sekcia 1 hodnotí mieru potrieb (potreba neexistuje, naplnená potreba, nenaplnená potreba, nie je známe) v danej oblasti (tab. 1). Ciele sekcie 1 sú dvojaké: po prvé zistiť, či v danej oblasti existuje potreba a či bola poskytnutá efektívna pomoc. Po druhé sa tu rozhodujeme, či bude potrebné sa danou oblasťou ďalej zaoberať. Sekcia 2 zisťuje množstvo pomoci od "neformálnych" zdrojov (od priateľov, príbuzných atď.) za obdobie posledného mesiaca. Sekcia 3 zisťuje množstvo pomoci poskytovanej a potrebnej od formálnych poskytovateľov starostlivosti alebo služieb za obdobie posledného mesiaca. Pre všetky

hodnotenia sú definované pravidlami. Sekcia 4 obsahuje používateľovo vnímanie oblastí a informácie, ktoré neboli zaznamenané počas skórovania, a plán starostlivosti navrhnutý poskytovateľom.

Administrácia trvá asi 30 minút. Respondentom môže byť užívateľ alebo poskytovateľ starostlivosti (napríklad kľúčový pracovník, terapeut) (Probstová *et.al.*, 2011).

Ako uvádza Kilíková (2017) meracie nástroje sa v súčasnosti stávajú súčasťou procesuálnych štandardov, ošetrovateľských formulárov, stávajú sa štandardnou súčasťou ošetrovateľskej praxe. Dokumentovanie merateľných údajov zvyšuje profesionálne kompetencie sestier (URL: <https://sites.google.com/view/merrps/zdroje?authuser=0>).

9 Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Sestra v procese sesterskej diagnostiky stanoví a formuluje sesterskú diagnózu zo zoznamu sesterských diagnóz uvedených vo vyhláske MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz, na základe identifikovania problému u pacienta s duševnou chorobou pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Pre získanie spolupráce pacienta, má v ošetrovateľskej praxi nezastupiteľné miesto správna komunikácia (Hrindová, 2015). Komunikácia je základný činiteľ interakcie medzi pacientom a sestrou. Jednou z úloh sestier poskytujúcich starostlivosť pacientovi s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy v komunite je ovplyvňovať ich správanie pozitívnym spôsobom.

10 Liečba

Liečba o pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy sa chápe ako systém terapie, pomoci a podpory, ktorý je po obsahovej a organizačnej stránke usporiadaný tak, aby bol schopný pomôcť ľuďom s vážnejším psychickým postihnutím žiť v podmienkach bežného života subjektívne, čo najuspokojivejším spôsobom (Höschl a kol., 2004).

KPS je vyvážená, navzájom prepojená ÚZS a ambulantná zdravotná starostlivosť, ktorá zahŕňa všetky druhy a formy terapie a liečby, vrátane biologických a psychosociálnych postupov. Je poskytovaná v prirodzenom prostredí pacienta, v komunite, čo najbližšie k jeho bydlisku, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity.

Súčasťou liečby v KPS je koncept recovery, ktorý je založený na princípe zotavenia, čo znamená žiť kvalitný plnohodnotný život aj napriek prítomnosti duševnej choroby, ktorá je jeho súčasťou. Tento princíp starostlivosti je v súčasnosti inovatívnym prístupom v starostlivosti o duševne chorých, v zmysle humanizácie predstavuje významný míľnik v prístupe v rámci komunitnej starostlivosti (Dubovcová, 2022).

Základné princípy liečby:

- mobilita služieb;
- prepojenosť služieb;
- starostlivosť v prirodzenom prostredí pacienta;
- orientácia na ľudské práva a potreby pacienta.

Ciele liečby

- Včas diagnostikovať prvé príznaky ochorenia alebo zhoršenia zdravotného stavu za účelom predchádzania hospitalizácii.
- Zmierniť príznaky duševnej choroby.

- Znížiť symptómy ochorenia na minimum, redukcia a eliminácia deficitov, ktoré vznikli chronifikáciou duševných chorôb a porúch.
- Zvýšiť samostatnosť, sebestačnosť a kvalitu života osoby a rozvíjať jej schopnosti.
- Dosiahnuť decentralizovanú, plynulú, kvalitnú a efektívnu liečbu v komunite.
- Zlepšiť kvalitu života pacientov s duševnými poruchami, dosiahnuť ich najvyššiu možnú reintegráciu do spoločnosti a do pracovného procesu.
- Rozvíjať u pacienta vlastné zdroje zvládania stresu, znovunadobudnúť zdravé fungovanie pacienta formou podpornej terapie s psychoedukáciou.
- Dosiahnuť podporu blízkych osôb pri liečbe, naučiť včasne rozpoznávať varovné signály, rozpoznať a redukovať stresory v domácom prostredí využitím metód rodinnej terapie.
- Upraviť negatívne vzorce komunikácie v rodine.
- Zlepšiť sociálne fungovanie pacienta.
- Predchádzať relapsom ochorenia.
- Zlepšiť chronickú pozitívnu aj negatívnu symptomatiku formou tréningu sociálnych spôsobilostí, techniky sebainštrukcie a tréningu izolovaných deficitov.

10.1 Formy poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci liečby

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje pacientovi so závažnými psychickými poruchami formou špecializovanej ambulantnej starostlivosti a ÚZS, ktoré vzájomne prepájajú a dopĺňajú zdravotnú starostlivosť poskytovanú v psychiatrickom stacionári (ďalej len „PS“). V zhode s aktuálnymi vedeckými poznatkami o multifaktoriálnej determinácii a bio-psychosociálnym modelom chápania psychických porúch, kladú nové prístupy v psychiatrii dôraz na komplexnú liečbu, ktorá zahŕňa zdravotnú starostlivosť (psychofarmakoterapiu, psychoterapiu, psychosociálnu rehabilitáciu, preventívne programy) a s tým súvisiace služby, sociálnu prácu a podporu. V terapii pacienta je dôležitá spolupráca blízkych osôb na dosiahnutie podpory pri liečbe, rozpoznávaní včasných varovných príznakov, pri redukcii stresorov, ktoré by mohli viesť k relapsu ochorenia.

A/ Zdravotná starostlivosť poskytovaná v ambulancii – základná zložka psychiatrickej starostlivosti, ktorá sa poskytuje pacientovi s duševnou poruchou, ktorý nevyžaduje ÚZS a poskytuje sa na komunitnom princípe.

Sestra pri poskytovaní KOS v ambulancii

1. Poučí pacienta pri prvom kontakte o systéme a organizácii práce v ambulancii (ordinačné hodiny, včasná dostupnosť informácií, možnosti objednávaní, telefonických konzultácií..).
2. Posudzuje zdravotný stav, identifikuje problémy pacienta súvisiace so zdravotným stavom jednotlivca, rodiny a komunity, identifikuje zdravotné problémy a riziká.
3. Vypracuje na základe posúdenia a identifikácie deficitných potrieb individuálny ošetrovateľský plán, ktorý zahŕňa ošetrovateľské zásahy, edukáciu a podporu.
4. Koordinuje a sleduje účinnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rámci individuálneho terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT.
5. Koordinuje zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovanú pacientovi v prospech realizácie terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT.
6. Identifikuje a hodnotí rizikové faktory pre zdravie pacienta, rodiny a komunity.
7. Realizuje preventívne opatrenia na zníženie rizika recidívy a relapsu ochorenia a opatrenia na posilnenie zdravia.
8. Vzdeláva pacienta a blízke osoby o potrebe zmeny životného štýlu v súvislosti s ochorením, podporuje pacienta v spolupráci pri liečbe, prevencii a starostlivosti o seba.
9. Zapája pacienta a blízke osoby do procesu rozhodovania o liečbe.

10. Poskytuje informácie, ktoré zabezpečia autonómiu pacienta a schopnosť postarať sa o seba a podporiť svoje zdravie.
11. Poskytuje pomoc pri zmiernení strachu a úzkosti, ktorú môže pacient a blízke osoby pociťovať v súvislosti s ochorením a liečbou.
12. Zabezpečí plánovanie a organizáciu činnosti ambulantnej starostlivosti –plánovanie a dostupnosť termínov, prípadne konzília k špecialistom, špeciálnym službám.
13. Posudzuje a vyhodnocuje, či je pacient nebezpečný pre seba a svoje okolie podľa štandardizovaných ošetrovateľských meracích techník (skrining rizika agresie a autoagresie), v prípade potreby zabezpečí potrebné opatrenia.
14. Vede podporné psychoterapeutické rozhovory a využíva súvisiace psychoterapeutické techniky.
15. V spolupráci s terapeutickým tímom poskytuje psychoterapeutické krízové intervencie (riešenie krízových situácií, náhlych psychických dekompenzácií, suicidálnych zámerov, závažných udalostí v rodine a pod.).
16. Posudzuje správanie pacienta po terapeutickej intervencii.
17. Vykona poradenstvo a plní úlohu case manažéra.
18. Poučí a vedie pacienta pri opakovanom kontakte – krátke overenie porozumenia systému a organizácie práce v ambulancii, základné psychohygienické opatrenia, verbálna príprava na vyšetrenie.
19. Spolupracuje na preventívnych programoch a na liečebno-výchovnom poradenstve.
20. Monitoruje výskyt nežiadúcich účinkov liekov, výskyt extrapyramídových príznakov a ich závažnosť.
21. Na základe ordinácie lekára sleduje hodnoty vitálnych funkcií, BMI, parametre z laboratórnych vyšetrení krvi, moču, stolice a iné, nálezy EKG, EEG, USG, MR, CT, RTG a ďalších vyšetrení.
22. Posúdi potrebu poskytovania dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti, odporučí ďalšiu zdravotnú starostlivosť v rozsahu KOS.

B/ Zdravotná starostlivosť poskytovaná v PS sa realizuje čo najbližšie k prirodzenému prostrediu pacienta, bez dlhodobého vyňatia z jeho sociálneho prostredia. Rešpektuje potrebu dostupnosti a komplexnosti liečby podľa individuálnych potrieb pacienta. Takýto systém je destigmatizačný, zlepšuje kvalitu života pacienta, umožňuje rýchlejšiu integráciu do spoločnosti, predchádza recidívam a relapsom ochorenia. Komplexná liečba v PS je poskytovaná MDT vrátane peer konzultanta, ktorého súčasťou je terénny mobilný tím. V terapii pacienta je dôležitá spolupráca blízkych osôb na dosiahnutie podpory pri liečbe, rozpoznávaní včasných varovných príznakov, pri redukcii stresorov, ktoré by mohli viesť k relapsu ochorenia. KOS v PS poskytuje sestra v spolupráci s členmi MDT. Sestra plánuje ošetrovateľské intervencie a aktivizačné techniky na základe posúdenia so zohľadnením rizika a individuálnych potrieb pacienta, ktoré dokumentuje v súlade s internými postupmi/zvyklosťami pracoviska.

Sestra pri poskytovaní KOS v PS

- Vypracuje vstupný formulár posúdenia zdravotného stavu zahrňujúci posúdenie jednotlivých domén, ktoré sú realizované štruktúrou taxonómie NANDA, zohľadňujúcej bio-psycho-socio-spirituálne potreby pacienta. Posúdenie zdravotného stavu, fyzikálne vyšetrenie a použitie rôznych hodnotiacich a meracích techník (Folsteinov test kognitívnych funkcií – MMSE, Geriatric Depression Scale, Beckov dotazník úzkosti, Broset Violence Checklist - Vyhodnotenie rizika agresie, Nurses Global Assessment of Suicide Risk).
- *Posúdi fyzický stav pacienta* – hygienický stav, stav výživy, vylučovanie, močenie, spánok, mobilitu (používanie kompenzačných pomôcok), defekty na koži, cirkuláciu (TK, P, TT) a dýchanie.

- *Posúdi psychický stav pacienta* – psychické potreby, stres, toleranciu, zvládanie záťažových situácií – ochorenia, sebakoncepciu, reakciu na ochorenie, mentálny stav pacienta, zhodnotí jeho vedomosti, zručnosti a postoje, psychomotorické tempo (spomalené, zrýchlené), reč (rýchlosť reči, trysk myšlienok, latentnosť odpovedí), obsah rečového prejavu. Na posúdenie vyberie najvhodnejší štandardizovaný dotazník zameraný na celkové fungovanie pacienta alebo na kvalitu života.
- Na základe záverov posúdenia stanovuje sesterské diagnózy a vypracováva ošetrovateľský plán ako súčasť terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT, ktorý zahŕňa ošetrovateľské zásahy, edukáciu a podporu formou stanovenia sesterských diagnóz, cieľov, kritérií a intervencií.
- Pri vypracovaní ošetrovateľského plánu, ktorý je súčasťou terapeutického plánu definuje ciele dosiahnuteľné pre pacienta, berie do úvahy prania pacienta a blízkych osôb. Ciele sú merateľné, zohľadňujúce ciele liečby. Pri zmene potreby pacienta sa menia aj ciele.
- Priebežne hodnotí poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, psychický stav pacienta, jeho motiváciu k liečbe, jeho celkovú funkčnosť. Plánované ošetrovateľské intervencie priebežne prehodnocuje.
- Vede podporné psychoterapeutické rozhovory a využíva súvisiace psychoterapeutické techniky.
- V spolupráci s terapeutickým tímom poskytuje psychoterapeutické krízové intervencie (riešenie krízových situácií, náhlych psychických dekompenzácií, suicidálnych zámerov, závažných udalostí v rodine a pod.).
- Realizuje bazálnu terapeutickú intervenciu s využitím špeciálnych metód a prostriedkov (terapia hrou, arteterapia, muzikoterapia, biblioterapia, ergoterapia, dramaterapia a pod., zameranú na rozvoj záujmovej sféry, interpersonálnych kontaktov a komunikácie.
- Realizuje tréning pamäti a ostatných kognitívnych funkcií, tréning základných samoobslužných, psychosociálnych a komunikačných spôsobilostí a tréning riešenia problémov.
- Vykonaáva poradenstvo a plní úlohu case manažéra.
- Spolupracuje s blízkymi osobami, vede podporné psychoterapeutické rozhovory, využíva psychoterapeutické techniky, zapája pacienta a blízke osoby do procesu rozhodovania o liečbe.
- Vzdeláva pacienta a blízke osoby o potrebe zmeny životného štýlu, správnom užívaní liekov, význame vplyvu režimu dňa na duševné zdravie, o prevencii, liečbe a starostlivosti o seba, poskytuje informácie, ktoré zabezpečia autonómiu pacienta a schopnosť postarať sa o seba a podporiť svoje zdravie, spolupracuje pri rodinnej terapii.
- Poskytuje pomoc pri zmiernení strachu a úzkosti, ktoré môžu pacient a blízke osoby pociťovať v súvislosti s ochorením a liečbou.
- Aktívne spolupracuje s peer konzultantom.
- Koordinuje zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovanú pacientovi v prospech realizácie terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT.
- Spolupracuje s nutričným terapeutom pri zostavení individuálnej liečebnej výživy a personalizovanom jedálničku pre pacienta s cieľom zmeniť stravovacie návyky a dosiahnuť pozitívne výsledky v oblasti zdravia a pohody.

10.2 Starostlivosť orientovaná na pacienta a blízke osoby/komunitu

- Vytvára terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT v súčinnosti s pacientom a blízkymi osobami, zapája pacienta ako aktívneho partnera v zdravotnej starostlivosti.
- Povzbudzuje pacienta k spolurozhodovaniu o vhodných intervenciách a rešpektuje názory, postoje a preferencie pacienta.

- Naučí blízke osoby včasne rozpoznať varovné príznaky a signály, spôsoby predchádzania relapsom, rozpoznať a redukovať stresory v domácom prostredí využitím metód rodinnej terapie.
- Monitoruje stav blízkych osôb so zameraním na prah ich psychického a fyzického vyčerpania.
- Posúdi, či blízke osoby zabezpečia adekvátnu starostlivosť, edukuje a pomáha s bezodkladným zabezpečením starostlivosti prostredníctvom vhodnejšej, dostupnejšej alternatívy (ÚZS, DSS).
- Poskytuje starostlivosť pacientovi bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb s možnosťou integrovať sa čo najskôr do pôvodnej komunity.
- Spolupracuje s terénnym mobilným tímom, poskytuje odborné činnosti a poradenstvo v prirodzenom prostredí pacienta, jeho rodiny a komunity s cieľom začleniť pacienta do aktívneho života v jeho prirodzenom prostredí.
- Navštevuje pacienta počas poskytovania ÚZS, poskytuje pacientovi potrebnú edukáciu, zabezpečuje jeho motiváciu k liečbe, s cieľom zlepšiť jeho adaptáciu po prepustení.

10.3 Požadované prístupy sestry k pacientovi v špecifických situáciách

- **Sestra pri výskyte podozrievavosti a paranoje:**
 - uplatňuje jasnú komunikáciu, komunikuje konkrétne, zrozumiteľne, vyhýba sa šepkaniu,
 - upozorní okolie pacienta na možnosť vzniku konfliktov a nezhôd,
 - paranoidné prežívanie sestry akceptuje ako súčasť ochorenia, zachováva nadhľad a pochopenie.
- **Sestra pri výskyte agresie u pacienta:**
 - monitoruje úroveň emočného prežívania u pacienta, posudzuje mimiku tváre pacienta, gestikuláciu, verbálny a neverbálny prejav,
 - uplatňuje komunikačné techniky na zmiernenie napätia (spomalenie tempa reči, pokojný tón hlasu, jemná gestikulácia),
 - využíva deeskalačné techniky na elimináciu napätia pacienta,
 - posudzuje a zaznamenáva výskyt agresie do dokumentácie,
 - pri eskalácii napätia, prípadne identifikácii prítomnosti halucinácií u pacienta konzultuje vhodnosť aplikácie farmakoterapie s lekárom,
- posúdi a vyhodnotí, či je pacient nebezpečný pre seba a svoje okolie podľa štandardizovaných ošetrovateľských meracích techník (skrining rizika agresie a autoagresie), v prípade potreby zabezpečí náležité opatrenia, do dokumentácie zaznamenáva efekt prístupov k redukcii porúch správania sa pacienta. **Sestra pri výskyte depresie a úzkosti u pacienta:**
 - uplatňuje individuálny a empatický prístup,
 - vzdeláva pacienta o uplatňovaní relaxačných techník na zníženie úzkosti,
 - aktivizuje pacienta využívaním aktivizačných činností na odpútanie pozornosti,
 - venuje dostatok času na rozhovor.
- **Sestra pri výskyte bludov a halucinácií:**
 - dodržiava špecifický prístup ku psychotickým pacientom, ako empatia, konzistentnosť, nekonfrontačný štýl (nepresviedča pacienta o svojej pravde), rešpektovanie limitov a trpezlivosť,
 - vzdeláva pacienta o metóde odvedenia pozornosti (napr. počúvanie hudby, zaujímavá činnosť a pod.),
 - podporuje pacienta pri zmene postoja k psychotickým intrúziám, (napr. inštruuje pacienta, aby im nepodliehal, nereagoval na ne, nenechal sa nimi vyviest' z miery)),
 - podporuje pacienta k dosiahnutiu aspoň parciálnej kritickosti a náhľadu na poruchu,

- uplatňuje techniku tzv. „periférneho pýtania sa“, t. j. pýtať sa na menej významné zložky bludného presvedčenia a len postupne sa prepracovávať až k jadrú bludu alebo využíva v spolupráci s psychoterapeutom metódu spoločného testovania reality.

Moderná psychiatrická starostlivosť je zameraná nielen biologicky, ale aj sociálne, preto liečbu, doliečovanie a rehabilitáciu zabezpečujeme s cieľom pacienta integrovať späť do spoločnosti. V súčasnosti v procese rehabilitácie a resocializácie pacienta so závažnými psychickými poruchami majú veľký význam psychoedukačné programy zamerané na celú rodinu, ako aj programy zamerané na nácvik sociálnych spôsobilostí.

11 Prognóza

Prognóza pacienta so závažnou psychickou poruchou je do istej miery úmerná úrovni efektívneho manažmentu rizika v kontexte zodpovedného preventívneho a aktívneho prístupu MDT v KPS. Súčasťou efektívneho manažmentu KPS musí byť intenzívna psychosociálna rehabilitácia s cieľom dosiahnuť deinštitucionalizáciu starostlivosti o pacienta. Jednou z priorít v rámci pozitívnej prognózy duševnej choroby je zabezpečiť starostlivosť, vrátane prevencie a liečby v čo najprirrodzenejšom prostredí, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a dobrom terapeutickom vzťahu.

Závažné psychické poruchy spravidla znižujú pacientovu spôsobilosť k plneniu rolí a taktiež jeho funkcie v práci a spoločnosti. Je nutné špecifikovať rozsah a mieru funkčného postihnutia u pacienta, posúdiť stupeň disimulácie, nekritickosti a anozognózie. Plná alebo čiastočná invalidizácia sa síce javí ako pomerne bezpečné riešenie situácie pacienta, avšak podporuje negatívnu symptomatiku a vedie k pasivite pacienta, a postupne k úplnej strate aktívnych vzťahov k okolitému svetu (Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, 2004).

Vo všeobecnosti väčšina závažných psychických porúch má chronický priebeh a to buď periodický, alebo dlhodobo kolísavý. Symptomatika sa často mení. Spontánna remisia je výnimkou. Niektorí pacienti reagujú na farmakologickú liečbu dobrou terapeutickou odpoveďou a príznaky poruchy sú výrazne redukované. Avšak určitá časť pacientov napriek liečbe prechádza do chronicity, čo vedie k invalidite pacienta.

Prognóza akútnych a prechodných psychotických porúch (zvlášť pri abruptnom nástupe) je väčšinou priaznivá. Aj napriek tomu ich prítomnosť predstavuje najmä pri ich náhlom vzniku zvýšené riziko suicídia. Dôležitým faktorom ovplyvňujúcim prognózu je dĺžka udržiavacej liečby, ktorá by mala byť aspoň dva roky. Horšiu prognózu majú psychické poruchy s dominanciou psychotických príznakov z oblasti schizofrénneho spektra. Prediktormi horšieho priebehu schizoafektívnej poruchy sú perzistujúce psychotické symptómy, vyššia miera príznakov pretrvávajúcich medzi epizódami, horšie premorbidné fungovanie, vyššie zastúpenie schizofreniformných príznakov a prítomnosť zmiešaných epizód. Schizoafektívna porucha je celoživotným ochorením prebiehajúcim typicky v atakoch. Podľa novely Prílohy č. 4 - percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, ktorá je v platnosti od 1. augusta 2023, ľahké formy duševných chorôb nepodmieňujú invaliditu. Pri stredne závažných formách je rozpätie miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť určené hodnotou 45 % - 60 % a pri závažných formách v rozpätí 65 % - 80 %.

Na systematické poskytovanie individualizovanej a komplexnej, vzájomne prepojenej KPS o pacientov so závažnými psychickými poruchami, zameranej na zotavenie, je nevyhnutná spolupráca medzi rezortami, najmä s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR a Ministerstvom financií SR.

Dôležitá je aj spolupráca s Radou vlády pre duševné zdravie SR, stavovskými organizáciami, vládnymi a mimovládnyimi organizáciami, angažujúcimi sa v oblasti duševného zdravia.

Na prepojenie zdravotných a sociálnych služieb pre pacientov s psychickou poruchou je nutné zabezpečiť regionálnu sieť služieb poskytovaných v jeho prirodzenom prostredí, kde veľmi dôležitú úlohu zohrávajú samosprávy (Izáková a kol, 2022).

Presunutie psychiatrickej starostlivosti z ÚZS do KPS vedie k zlepšeniu kvality života pacienta, znižuje riziko rehospitalizácií a skracuje celkovú dĺžku ústavnej liečby.

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

Posúdenie a hodnotenie efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej prostredníctvom KOM pacientom so závažnými psychickými poruchami v zariadení KPS odporúčame poskytovateľom hodnotiť na základe individuálneho posúdenia plnenia cieľov ošetrovateľskej starostlivosti ako súčasť terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny liečebný plán a plán zotavenia, vybranými hodnotiacimi nástrojmi, meraním a hodnotením vybraných ukazovateľov tzv. indikátorov kvality.

12.1 Odporúčania pre implementáciu v praxi

1. Terapeutický plán, ktorý obsahuje Individuálny liečebný plán zotavenia

- a) vypracovať v spolupráci s pacientom podľa jeho individuálnych potrieb za účelom podpory a posilnenia jeho kompetencií v súlade s princípmi zotavenia;
- b) poskytnúť komplexné informácie case manažérom, aké konkrétne služby mu môžu byť poskytnuté za účelom dosiahnutia stanovených cieľov;
- c) posilniť dôveru pacienta a jeho kompetencie aktívnym zapájaním sa do procesu zotavenia;
- d) vyhodnocovať priebežne plán a podľa aktuálnej situácie a potrieb pacienta plán flexibilne upravovať za aktívnej spolupráce pacienta;
- e) zapojiť do procesu plnenia plánu všetkých členov MDT.

2. Vybrané hodnotiace nástroje klinického stavu pacienta

- a) vypracovať pri vstupnom a priebežnom hodnotení klinického stavu pacienta;
- b) vybrať najvhodnejší štandardizovaný dotazník zameraný na celkové fungovanie pacienta alebo na kvalitu života, posudzovanie potrieb.

3. Hodnotenie ukazovateľov kvality

- a) Terapeutický plán - individuálny liečebný plán, plán zotavenia, krízový plán
- b) Zníženie rehospitalizácií
- c) Skrátenie dĺžky hospitalizácie
- d) Skrátenie čakacej doby
- e) Zvýšenie spokojnosti pacienta s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou
- f) Pokles suicidality
- g) Pokles počtu suicidálnych pokusov
- h) Edukácia
- i) Počet výkonov

12.2 Proces prijatia pacienta do starostlivosti zariadenia KPS

12.2.1 Diagnostické kritérium:

- a) **Pacient spĺňa podmienky cieľovej skupiny** a žije/má vzťah k regiónu v pôsobnosti zariadenia, začína hlbšie mapovanie jeho potrieb vrátane jeho silných stránok a prirodzených zdrojov podpory, zisťovanie jeho očakávaní a formulovanie/pomenovanie jeho potrieb a cieľov k plánu

zotavenia a spolupráce.

- b) **Pacient nespĺňa kritériá**, odporučíme mu iné pracovisko alebo iné služby pre neho vhodné v oblasti miesta bydliska, na základe dostupnosti zmapovaných služieb v jednotlivých regiónoch. Odporúčenie pacienta nikdy neodmietneme a ponúkneme mu individuálne stretnutie k riešeniu jeho situácie.
- c) **Pacient spĺňa kritériá iba čiastočne**, hľadáme pre pacienta vhodné služby, ktoré mu môžeme poskytnúť.

Prijatie je na základe odporúčania, bez formálneho odporúčania samotným pacientom; blízkymi osobami; aktívnym vyhľadávaním MDT v regióne na základe spolupráce s ambulatným psychiатrom, všeobecným lekárom, úradmi a pod.; aktívnou spoluprácou s lôžkovými zariadeniami v regióne.

12.2.2 Určenie kľúčového pracovníka – zväčša je to sestra, v prípade prevahy sociálnych potrieb to môže byť sociálny pracovník.

12.2.3. Nadväzovanie kontaktu s pacientom - nadviazať dobrý, partnerský a rešpektujúci vzťah založený na dôvere, najmä v prípade nepožiadania o starostlivosť a jej odmietania. Ide o dlhodobejšiu, veľmi citlivú prácu, ktorá môže trvať až niekoľko mesiacov, ako je vzťah nadviazaný. Je potreba nájsť individuálny a vhodný spôsob komunikácie, ktorý podporí vzájomnú dôveru. Pri nadväzovaní kontaktu sa odporúča zapojiť blízke osoby.

12.2.4. Vstup pacienta do starostlivosti – vyšetrenie lekárom.

12.2.5. Zaradenie pacienta na FACT board – tabuľu faktov (ďalej len „FB“) – 1. fáza intenzívnej starostlivosti - nástroj na koordináciu starostlivosti podľa stavu pacienta. Jedná sa o tabuľu, kde sú prehľadne usporiadané najdôležitejšie informácie o pacientovi, ktoré slúžia MDT najmä počas tímových porád za účelom stanovenia plánu služieb, rozdelenia činností a návštev medzi členov MDT.

Značenie pacientov na FB:

- **NP - nový pacient** - prijatý do starostlivosti lekárom, označenie po dobu 14 dní pre oboznámenie sa členmi MDT a do vytvorenia individuálneho plánu, referovanie 1x týždenne na porade;
- **HP – hospitalizovaný pacient** – v zariadení ÚZS, referovanie 1x týždenne;
- **PHP – prepustenie hospitalizovaného pacienta** – označenie 14 dní po prepustení z hospitalizácie, referovanie 1x týždenne na porade;
- **OP – ohrozenie pacienta** – označenie v prípade zlyhávania vo viacerých oblastiach pod vonkajším vplyvom (úmrtie v rodine, strata bývania a príjmov, problémy vo vzťahoch, vysadenie liekov a i.), nejedná sa o zhoršenie stavu, referovanie minimálne 2x týždenne;
- **ZHP - zhoršenie stavu pacienta** – označenie v prípade vnútorného zhoršenia celkového zdravotného stavu (nespavosť, zhoršenie symptómov - bludná produkcia, paranoja, poruchy vnímania, afektívne výkyvy, vedľajšie účinky liekov a i.), referovanie minimálne 2x týždenne;
- **OL – ochranná liečba** – všetci pacienti s nariadenou ochrannou liečbou, referovanie 1x za dva týždne na porade;
- **PP – potenciálny pacient** - záujemca o zaradenie sa do poskytovaných služieb, rozhodujúce je možnosť voľby prostredia stretávania, záujem zo strany pacienta o informácie o službe, priebehu prijatia, MDT spoločne zdieľa informácie o situácii a stave pacienta a spoločne rozhoduje o jeho prijatí do starostlivosti. Ak je to možné sú do spolupráce zapojené blízke osoby/okolie pacienta.

Stĺpce FB sú označené prioritou v stave pacienta nasledovne:

✓ **Červená** znamená akútne;

✓ **Oranžová** znamená zvýšenú starostlivosť u existujúcich pacientov;

✓ **Zelená** znamená potenciálny pacient.

Koordináciu starostlivosti podľa stavu pacienta v **2. fáze stabilizovanej starostlivosti preberá už len case manažér a je odstránený z tabule FB.**

12.2.6. Terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán a krízový plán pacienta - vypracovaný a následne monitorovaný na každodenných stretnutiach MDT s individuálnym prístupom ako flexibilne reagovať na potreby pacienta za účelom prevencie zhoršenia stavu a plnenia plánu zotavenia. Súčasťou individuálneho plánovania je vytvorenie krízového plánu na prevenciu a riešenie prípadnej krízy. Súčasťou plánovania je pacient, s ktorým preberieme jeho možnosti ako krízu zvládnuť tak, aby mal sám situáciu čo najviac pod kontrolou. V pláne sú zaznamenané inštrukcie ohľadom toho, aké intervencie a postupy si pacient praje pre prípad krízy.

Cieľom krízových služieb je predísť hospitalizácii a zhoršeniu situácie pacienta ako to zvládnuť v jeho prirodzenom prostredí.

Kritériá na hodnotenie plánu:

- priebežne revidovaný a aktualizovaný, minimálne 1 x za dva týždne;
- aktualizovaný vždy po prebehnutéj kríze;
- dostupný pre pacienta;
- spolupráca s inými osobami.

12.2.7. Plán prepúšťania pacienta – plánujeme tak, aby bol prepustený bezpečne so stanovením podporných mechanizmov pre prípad zhoršenia stavu a situácie, pre prípad opakovanej hospitalizácie a prijatia do starostlivosti. Do plánu treba zahrnúť spoluprácu so všeobecným lekárom, ambulatným psychiatrom atď. Ukončovací proces zvyčajne trvá 3 až 6 mesiacov. V rámci prepustenia je pacient poučený o ďalšej liečbe a odovzdaný do ďalšej starostlivosti psychiatra alebo klinického psychológa.

Prepustenie pacienta je indikované, ak:

- prestal spĺňať kritériá cieľovej skupiny – obvykle dôjde k zlepšeniu, teda zotaveniu pacienta; rozhoduje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria v psychiatrickej ambulancii;
- bude postačovať ambulantná zdravotná starostlivosť;
- pacient sám požiada o ukončenie a nie je medicínsky indikovaná potreba pokračovania;
- sa zhorší zdravotný stav a je potrebná ÚZS (Bähler, M., 2010).

13 Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Základnou funkciou KPS je flexibilná a kontinuálna starostlivosť, spolu s podporou osôb s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy aj v ich prirodzenom prostredí; asertívne vyhľadávanie a kontaktovanie osôb za účelom poskytnutia KPS; včasné identifikovanie a prevencia duševnej choroby; poskytovanie starostlivosti MDT, vrátane terénneho mobilného tímu; poskytovanie informácií duševne chorým a edukácia pri ich starostlivosti.

Princípy KPS

- a) asertívny prístup;
- b) určenie oblasti pôsobenia;
- c) vymedzenie dostupnosti;
- d) stanovenie poskytovaných služieb;

- e) definovanie formy spolupráce s ďalšími špecifickými službami;
- f) multidisciplinárny prístup;
- g) prípadové vedenie;
- h) zapojenie a podpora peer konzultanta;
- i) spolupráca s blízkymi osobami s rešpektovaním zásad etiky a ľudských práv.

Ciele KPS poskytovanej MDT

- a) podporiť uzdravenie pacienta z psychickej poruchy,
- b) redukovať príznaky a následky spôsobené psychickými poruchami,
- c) predchádzať rozvoju trvalých následkov psychických porúch,
- d) predchádzať recidívam psychických porúch,
- e) skrátiť dĺžku hospitalizácie alebo predchádzať hospitalizácii,
- f) zlepšiť funkčnosť a posilniť kompetencie pacienta v zvládaní životných situácií,
- g) podporiť samostatnosť pacienta,
- h) dosiahnuť reintegráciu pacienta s psychickou poruchou do jeho prirodzeného prostredia a do pracovného procesu,
- i) predchádzať invalidizácii pacienta,
- j) zvýšiť kvalitu života ľudí s psychickými poruchami,
- k) psychoedukovať pacientov a ich blízke osoby,
- l) vykonávať odborné činnosti sociálnej práce a podpory pacienta a jeho blízkych s cieľom riešiť nepriaznivú sociálnu situáciu pacienta, ktorá vznikla v dôsledku jeho zdravotného obmedzenia, alebo ktorá viedla k jeho zdravotnému obmedzeniu.

Cieľová skupina

KPS sa poskytuje pacientom s psychickými poruchami formou špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá vzájomne prepája a dopĺňa ambulantnú zdravotnú starostlivosť s ÚZS, s dôrazom na poskytovanie aj v prirodzenom prostredí pacienta, bez dlhodobého vyňatia z jeho sociálneho prostredia. Zároveň rešpektuje potrebu dostupnosti a komplexnosti liečby podľa individuálnych potrieb konkrétneho pacienta. Tento systém zdravotnej starostlivosti je destigmatizačný, zvyšuje funkčnosť a zlepšuje kvalitu života pacienta, umožňuje mu rýchlejšiu opätovnú integráciu do spoločnosti.

Liečba v zariadeniach poskytujúcich KPS s príslušným odborným zameraním je indikovaná pri pacienta s psychickými poruchami

- a) bez potreby hospitalizácie, ktorému z hľadiska jeho zdravotného stavu nepostačuje iná ambulantná psychiatrická starostlivosť,
- b) s preukázateľnou poruchou a poklesom funkčnosti a samostatnosti v dôsledku psychickej poruchy, čo znamená bez diagnostického obmedzenia.

Odporúčaný okruh prijímateľov KPS

1. Vo vybraných zariadeniach poskytujúcich KPS s príslušným odborným zameraním môže byť indikovaná liečba u *pacienta so závažnou psychickou poruchou (SMI-Serious/severe Mental Illness)*
 - a) z diagnostických kategórií Medzinárodnej klasifikácie chorôb (ďalej len „MKCH-10“) začínajúce s kódom diagnózy F20, F30, F42, F60,
 - b) pri trvaní ochorenia dlhšie ako 2 roky, na základe celkového posúdenia aktuálnej úrovne fungovania prostredníctvom klinického nástroja na hodnotenie globálnej úrovne fungovania a závažnosti duševných chorôb skóre GAF \leq 60.
2. **Osoba s potrebou včasnej intervencie**, kde hrozí riziko rozvoja SMI. Môžu to byť akútne stavy

a dekompenzácia chronických ochorení, s výnimkou akútnych intoxikácií. Cieľom je skorá diagnostika ochorenia alebo relapsu a rýchle začatie liečby.

3. **Osoba s potrebou krízovej intervencie**, ktorá sa ocitla v krízovej situácii s akútnymi psychickými ťažkosťami a nevyžaduje hospitalizáciu. Cieľom je krátkodobá intervencia a odovzdanie do ďalšej starostlivosti.

Zariadenia poskytujúce KPS

1. Zriadené ako právny subjekt samostatne alebo ako súčasť iného zdravotníckeho zariadenia:
 - a) psychiatrická ambulancia,
 - b) ambulancia detskej psychiatrie,
 - c) ambulancia klinickej psychológie,
 - d) ambulancia klinickej logopédie,
 - e) ambulancia liečebnej pedagogiky,
 - f) ambulancia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie,
 - g) neuropsychiatrická ambulancia,
 - h) ambulancia medicíny závislostí,
 - i) psychiatrický stacionár,
 - j) agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti,ktorých určujúce znaky upravuje osobitný predpis.¹
2. Špecifickú skupinu zariadení poskytujúcich KPS s dôrazom na zdravotno-sociálne služby poskytované MDT, vrátane práce terénneho mobilného tímu v prirodzenom prostredí pacienta sú stacionáre s odborným zameraním psychiatria, stacionáre s odborným zameraním klinická psychológia alebo agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré v prípade spolupráce so špecializovanými ambulanciami uvedenými v ods. 2 písm. a) až h) môžu poskytovať starostlivosť v psychosociálnom centre.
3. Zariadenia poskytujúce KPS sú zaradené do verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti upravenej v osobitnom predpise² a fungujú na princípe spolupráce s psychiatrickými ambulanciami a s ústavnými psychiatrickými zariadeniami, s všeobecnými lekármi pre dospelých, s úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny, patientskymi organizáciami a s ďalšími zariadeniami v oblasti prevencie a podpory duševného zdravia, neformálnymi komunitnými službami a organizáciami pacientov a ich blízkych, ktoré poskytujú svojpomoc a vzájomnú pomoc a s mimovládnyimi organizáciami v oblasti iniciatívy prevencie a podpory duševného zdravia, s poskytovateľmi sociálnych služieb, so všetkými zamestnávateľmi, so Sociálnou poisťovňou, so samosprávnymi krajmi a so zariadeniami na výkon rozhodnutia súdu.

Poskytovateľ pri zabezpečení a organizácii KPS

- a) postupuje v zmysle platných právnych predpisov upravujúcich poskytovanie KPS;
- b) zabezpečuje prevádzku zariadenia v závislosti od druhu, typu a odborného zamerania;
- c) poskytuje sociálne služby ako obligatórnu súčasť, môže ju poskytovať prostredníctvom oprávneného poskytovateľa sociálnej služby podľa osobitného predpisu³, ktorým je fyzická alebo právnická osoba, ktorá plánuje poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby, vedie individuálne písomné záznamy

¹Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení¹⁾§

²Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

³Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

- o identifikácii potrieb pacienta, o stanovení cieľov, o priebehu poskytovania sociálnej služby a plnení a zároveň ho aj hodnotí za účasti prijímateľa sociálnej služby;
- d) zabezpečuje minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zariadení poskytujúcich KPS podľa osobitného predpisu⁴;
 - e) zabezpečuje kontinuálny prechod starostlivosti o pacienta z ÚZS alebo ambulantnej zdravotnej starostlivosti do prirodzeného prostredia pacienta;
 - f) vytvára možnosti a priestor pre poskytovanie aktivít a služieb členmi MDT;
 - g) vzdeláva pacienta, jeho blízke osoby, komunitu o možnostiach multidisciplinárnej spolupráce s inými poskytovateľmi, zabezpečuje niektoré služby prostredníctvom iného poskytovateľa;
 - h) zabezpečuje sústavné vzdelávanie všetkých členov MDT a vzdelávanie v oblasti poskytnutia predlekárskej pomoci v život ohrozujúcich situáciách;
 - i) má stanovený postup pre riešenie nežiaducich situácií, vrátane sťažností, pričom pacienti a ich blízke osoby vedia, že majú právo podávať sťažnosť;
 - j) implementuje interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta, ktorý upravuje osobitný predpis⁵, na základe vypracovaného interného postupu;
 - k) kontroluje kvalitu poskytovanej starostlivosti za účelom prevencie výskytu závažných chýb a nedostatkov pri poskytovaní starostlivosti.

Poskytovateľ pri zabezpečení a organizovaní ošetrovateľskej starostlivosti

- a) používa individuálne plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti so zohľadnením potrieb pacienta;
- b) vykonáva činnosti podľa ošetrovateľského procesu;
- c) realizuje ošetrovateľské zdravotné výkony pri poskytovaní KPS podľa platného katalógu zdravotných výkonov;
- d) uplatňuje psychoterapeutické postupy na základe individuálneho posúdenia;
- e) postupuje podľa platných štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pri zohľadnení individuálnych potrieb a aktuálneho zdravotného stavu pacienta;
- f) poskytuje informácie pacientovi o jeho zdravotnom stave, o navrhovanej liečbe, o dôsledkoch nedodržiavania a odmietnutia liečby v rámci svojich kompetencií;
- g) zaznamenáva poučenie a informovanie pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, súhlas je potvrdený podpisom pacienta, alebo jeho zákonného zástupcu a zamestnanca, ktorý vykonal poučenie;
- h) posudzuje riziká podľa štandardizovaných škál, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie;
- i) zaznamenáva priebeh poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti do zdravotnej dokumentácie v zmysle platných právnych predpisov; súčasťou je terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán ošetrovateľskej starostlivosti so zohľadnením potrieb pacienta; individuálny plán poskytnutých služieb, informácia o GDPR, krízový plán a plán zotavenia;
- j) zabezpečuje koordináciu a plynulosť poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti komunikáciou s pacientom, najmä pred prvým vyšetrením lekárom alebo osobnou návštevou v zariadení alebo v prirodzenom prostredí pacienta;
- k) prehodnocuje priebežne poskytovanú starostlivosť najmä pri identifikácii rizika a výskyte akútneho problému ako je napr. destabilizácia, symptómy novovzniknutého ochorenia, zhoršenie psychických ťažkostí, prejavy exacerbácie chronickej choroby, pretrvávanie príznakov infekcie, prípadne zhoršovanie somatického stavu, prepustenie z nemocnice a pod..

⁴ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 236/2025 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie vybraných druhov ambulantných zdravotníckych zariadení

⁵ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta

14 Ďalšie odporúčania

14.1 Minimálny rozsah služieb poskytovaných MDT

14.1.1 Časová dostupnosť v pracovných dňoch v rozsahu minimálne 6 hodín denne, zdieľanie informácií o pacientoch, práca ambulantne aj v teréne, odovzdávanie dôležitých informácií o vykonaných intervenciách v prirodzenom prostredí pacienta.

14.1.2 Mobilné služby poskytované v prirodzenom prostredí pacienta, po vzájomnej dohode aj v inštitúciách, kde sú osoby aktuálne umiestnené, za účelom ich prípravy na prepustenie. Hlavným cieľom mobilných služieb je poskytovanie starostlivosti v prirodzenom prostredí pacienta a predchádzanie stavov, ktoré by vyžadovali hospitalizáciu. Možnosť intervencií dvakrát za deň po dobu aspoň troch dní, maximálne však po dobu 10 za sebou nasledujúcich dní. Ide o alternatívu umiestnenia alebo príjmu na psychiatrické lôžkové oddelenie podľa stavu pacienta. Celý MDT poskytuje služby v teréne, teda v prirodzenom prostredí pacienta. Práca v prirodzenom prostredí je hlavnou zložkou poskytovaných služieb. Nejedná sa pritom iba o priamu prácu s pacientom, ale i s jeho okolím (rodina, blízki, susedia, úrady). Pomer poskytovaných služieb v teréne by mal byť väčší ako 50 % z celkovej kapacity poskytovaných služieb.

14.1.3 Krízové služby za účelom podpory osôb pre zvládnutie rozvíjajúcej sa krízy a predchádzanie hospitalizácii. Krízové telefónne služby sú dostupné aj prostredníctvom liniek pomoci. Týkajú sa najmä zhoršenia stavu s rizikom hospitalizácie. Poskytnutie celodenných krízových služieb môže byť opakované u pacienta maximálne po dobu 10 za sebou nasledujúcich dní. Služba je poskytovaná pacientom, ktorí sú už zaradení do starostlivosti zariadenia.

14.1.4 Zdravotné služby zahŕňajú služby psychiatra a klinického psychológa, vrátane psychoterapeutickej starostlivosti, vo forme ambulantnej starostlivosti a ďalej vo forme zdravotnej starostlivosti vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta. Úloha psychiatra a klinického psychológa v MDT zahŕňajú aj metodické vedenie MDT a koordináciu starostlivosti o pacientov. Cieľom týchto služieb je podpora a sociálna rehabilitácia pacientov. Obsahom služby je ambulantná psychiatrická rehabilitácia, špecifické psychoterapeutické programy a edukácia vedúca k zvládaniu základných zručností bežného života pacienta.

- 14.1.5 Služby včasnej intervencie** je včasná detekcia ochorenia s rizikom ďalšieho rozvoja SMI. Súčasťou týchto služieb je tiež spolupráca s organizáciami v regióne. Tieto činnosti prebiehajú prevažne ambulantne.
- 14.1.6 Kontaktovanie pacienta** – návštevná služba v prirodzenom prostredí alebo v zariadení ÚZS za účelom intervencií u osôb s už prebiehajúcim, avšak doposiaľ nediagnosticským alebo aktuálne neliečeným SMI, ktoré majú nedostatočný náhľad na svoje ochorenie, v dôsledku ktorého horšie nadväzujú spoluprácu. Cieľom je dosiahnutie spolupráce s osobou a nadviazanie ďalšej starostlivosti v zariadení KPS za prípadnej spolupráce blízkych osôb, príp. opatrovníka.
- 14.1.7 Denné skupinové alebo individuálne služby** zdravotno-sociálne môžu byť zabezpečené zmluvne u iného poskytovateľa služieb orientované na ich podporu a sociálnu rehabilitáciu. Je treba zaistiť, aby ponuka týchto služieb zodpovedala potrebám pacientov a dostupnosti iných denných služieb v regióne. Zahŕňajú štruktúrované aj neštruktúrované aktivity, slúžiace k prelomeniu sociálnej izolácie.
- 14.1.8 Prepojenie zdravotno-sociálnych služieb** s inými službami a relevantnými poskytovateľmi preventívnych, podporných služieb, s úradmi a ďalšími zdrojmi komunitnej podpory v rámci svojho regiónu.

14.1.9 Služby systematickej spolupráce s poskytovateľmi akútnej aj následnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ÚZS k plánovanému odovzdaniu hospitalizovaného pacienta do ďalšej starostlivosti po ukončení hospitalizácie, k udržaniu kontaktu MDT s hospitalizovaným pacientom, indikované odovzdanie pacienta na hospitalizáciu v prípade potreby.

- 14.1.10 Služby kontaktného miesta** v regióne pre verejnosť a ďalšie spolupracujúce

organizácie pre vyhľadanie včasného zásahu a pomoci pre osoby so SMI, ktoré neboli doteraz liečené alebo prestali využívať podpory zdravotných a sociálnych služieb. Kontaktovanie osobne alebo telefonicky v lehote 2 pracovných dní.

14.2 Odporúčané terapeutické postupy

Využívajú najnovšie a vedecky overené poznatky medicínskej praxe s dôrazom na efektívne, klinicky zmysluplné a integrované využívanie jednotlivých postupov, ako sú:

- a) *posúdenie – odoberanie anamnézy, vyšetrenie, hodnotenie funkčnosti, individuálny prístup,*
- b) *diagnostika – identifikovanie potrieb,*
- c) *plánovanie – terapeutický plán a jeho súčasť individuálny plán zotavenia, krízový plán, case manažment, koordinácia a porady MDT, sesterská vizita, návšteva pacienta počas hospitalizácie v ústavnom psychiatrickom zariadení, ktorému je po prepustení odporúčaný pobyt,*
- d) *realizácia – zdravotné výkony, terapeutická komunita, kognitívna rehabilitácia, pohybová terapia, ergoterapia, arteterapia, animoterapia, aromaterapia, biblioterapia, muzikoterapia, milieuterapia, socioterapia, psychoterapia, preventívne programy, edukácia, pohybová terapia, relaxácia, psychosociálna rehabilitácia, nácvik psychosociálnych zručností, krízová intervencia, sociálna práca a podpora, sociálna intervencia a starostlivosť, tréningové programy, fyzioterapia, rodinná terapia a práca s blízkymi osobami, farmakoterapia, zapojenie peer konzultanta a špecifické intervencie pre podporu duševného zdravia, edukácia a podpora blízkych osôb pacienta, poradenstvo, výchovno-vzdelávacia činnosť, nutričné poradenstvo a ďalšie poskytované v rámci kompetencií jednotlivých členov MDT,*
- e) *vyhodnotenie – overenie funkčnosti hodnotiacimi nástrojmi.*

15 Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Poskytovaná starostlivosť v zariadení KPS funguje na princípe *case manažmentu tzv. prípadového vedenia*, ktoré začalo vznikáť v 70. rokoch 20. storočia v Spojených štátoch amerických. Hlavným cieľom je riešenie individuálnych potrieb pacienta a zároveň zabezpečenie prepojenia zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb a iných služieb poskytovaných v prirodzenom prostredí pacienta. Systém case manažmentu je v MDT zásadným a efektívnym prístupom. Reaguje na individuálne potreby pacienta, prepája a zaisťuje dostupnosť, koordináciu, komplexnosť a kontinuitu všetkých využívaných služieb.

Medzi základné prvky case manažmentu patrí:

- a) prehľad o potrebách a schopnostiach pacienta;
- b) plánovanie starostlivosti;
- c) uskutočňovanie plánu pomoci pacientovi aj v jeho vlastnom sociálnom prostredí;
- d) monitorovanie a zaznamenávanie dosiahnutého alebo naopak nedosiahnutého pokroku;
- e) vyhodnocovanie práce a výsledkov MDT.

Zásady case manažmentu sú zamerané na:

- a) zdravé stránky pacienta viac ako na psychopatológiu;
- b) budovanie vzťahu pacienta a case manažéra;
- c) intervencie zamerané na pacientovo rozhodnutie;
- d) podporu pacienta pri zmene, edukácii a zlepšovaní kvality života;
- e) sprístupňovanie dostupných služieb v prirodzenom prostredí pacienta, prepojenie a nadväzovanie spolupráce pri poskytovaní služieb;
- f) podporu zotavenia rodinného prostredia;

- g) multidisciplinárnu spoluprácu.

Pre zaistenie a prepojenie multidisciplinárnej práce je potrebné, aby mal každý pacient svojho case manažéra (kľúčového pracovníka) jedného konkrétneho člena MDT, ktorý zapája ďalších členov MDT alebo ďalšie subjekty do spolupráce podľa aktuálnych individuálnych potrieb pacienta. Práca metódou case manažmentu úzko súvisí tiež s individuálnym plánovaním smerujúcim k zotaveniu pacienta a je jedným z posudzovaných indikátorov kvality. MDT pracuje s pacientom individuálne metódou case manažmentu.

16 Alternatívne odporúčania

Sociálne služby sú poskytované v rámci KOM pacienta so závažnými psychickými poruchami v zariadení KPS na základe posúdenia odkázanosti alebo ako samostatné odborné činnosti (základné sociálne poradenstvo, špecializované poradenstvo, pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, sociálna rehabilitácia, rozvoj pracovných zručností, pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností, výchova, preventívne aktivity, pomoc pri pracovnom uplatnení, pomoc pri prevádzke domácnosti, hospodárení s peniazmi, podpora pri organizovaní času, podpora pri zapojení sa do spoločenského a pracovného života, podpora rozvoja osobných záujmov, predchádzanie a riešenie krízových situácií a podpora spoločensky primeraného správania v rámci podpory samostatného bývania) na základe identifikovanej individuálnej potreby pacienta.

Formy sociálnych služieb sú pobytové, terénne, ambulantné a iné (najmä použitím telekomunikačných technológií). Pobytové sociálne služby sa poskytujú ako celoročná alebo týždenná sociálna služba (ubytovanie). Terénne sociálne služby sa poskytujú fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v domácom prostredí (terénne programy).

17 Špeciálny doplnok štandardu

Vzhľadom na reformu psychiatrickej starostlivosti v SR odporúčame zdravotníckym zariadeniam KPS mať vypracovaný interný predpis minimálne v rozsahu:

- a) cieľová skupina;
- b) režim aktivít a služieb;
- c) región, v ktorom zaisťuje komunitné služby;
- d) spôsob prijímania do starostlivosti a prepustenie z nej;
- e) spôsob zdieľania a odovzdávania informácií v rámci zariadenia;
- f) kompetencie a zodpovednosti pracovníkov;
- g) spôsob spolupráce s rodinou a ďalšími relevantnými subjektami v prirodzenom prostredí;
- h) spôsob kontroly kvality poskytovaných služieb pomocou nástrojov na hodnotenie kvality a bezpečnosti práce v rámci jednotlivých poskytovaných služieb.

18 Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz za dva roky z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k:

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach;
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi;
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR;
- posúdeniu efektivity;
- podnetom zo strany zdravotných poisťovní a ďalších zainteresovaných strán;
- platnej legislatíve.

19 Literatúra

1. AAS, I.H.M., et al. Improving the reliability of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale: recent developments and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2021, 30(3), e1879. DOI: 10.1002/mpr.1879.
2. ANDERS M., et al. (eds.) *Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti LS JEP*, 2018, [Online] <https://postupyTpece.psychiatrie.cz/>
3. BÄHLER, M., VAN VELDHUIZEN, R., VAN VUGT, M., DELESPAUL, P., KROON, H., LARDINOIS, J., & MULDER, N. 2010. *Fidelity Scale FACT. Certification Centre for ACT and FACT (CCAF)*. České vydání: 2017. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
4. BENDO VÁ, P. DVOŘÁKOVÁ, D. 2021. *Duševné zdraví v prevencii*. Praha: Grada - Praktický přehľad na školskú a komunitnú prevenciu, 2021.
5. BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. *Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatel'stve*.
6. BOTÍKOVÁ, A. (ed.). 2011. *Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce., 2011.
7. DROBNÝ, I., ŠVUDA, J. A KOL. 2019. *Psychiatria pre psychiatrov*. Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárka fakulta - praktický přehľad psychiatrických porúch, vrátanie liečby a rehabilitácie.
8. DUBOVCOVÁ, M. 2022. *Recovery - princíp zotavenia v psychiatrii*. Sestra. Odborná príloha. Bratislava: Silvia Hodálová - VIUSS, 2022, 21(7-8), 27-29.
9. DULCAN, M. K., MARTINI, R. D. 2004. *Detská a dorastová psychiatria* (Stručný sprievodca). Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004.
10. DUŠEK, K.-VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2005. *První pomoc v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005.
11. HAWTHORNE, Graeme, et al. Measuring quality of life in community mental health: use of the AQoL instruments in recovery-oriented services. *BMC Psychiatry*, 2022, 22, 184. DOI: 10.1186/s12888-022-03872-1.
12. HEWLETT, E. A. V. MORAN. 2014. *Ako zohľadňovať duševné zdravie: Sociálne a ekonomické náklady zanedbávania starostlivosti o duševné zdravie*. Štúdie zdravotnej politiky OECD, OECD Publishing, Paríž, 2014.
13. HÖSCHL, C., LIBINGER, J., ŠVESTKA, J. 2004. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS spol. s.r.o., 2004.
14. HRINDOVÁ, T. 2015. *Vybrané kapitoly zo psychiatrického ošetrovatel'stva*. Bratislava: SILVIA HODÁLOVÁ –VIUSS. 2015.
15. HUNTER, Nicola, et al. Reliability testing of HoNOS 2018 in clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2024, 31(2), 145–155. DOI: 10.1111/jpm.13001.
16. IZÁKOVÁ, E., A KOL. 2022. *Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku*. Nové Zámky: Psychoprof. spol. s.r.o., 2022.
17. JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J.L. 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin : Osveta, 1999.
18. JAMES, Michelle, et al. A review and update of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *BJPsych Bulletin*, 2020, 44(1), 30–36. DOI: 10.1192/bjb.2019.66.
19. KILÍKOVÁ, M. 2017. *Metaparadigmy teórie ošetrovatel'stva I*. 1.vyd. Příbram: Ústav Jana Nepomuka Neumanna, 2017.
20. KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. 2003. *Fyzioterapia v geriatrici*. Martin: Osveta, 2003.
21. MAXWELL, Alexandra, et al. Population norms for the AQoL-6D and AQoL-8D instruments in Australia: implications for mental health outcome measurement. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2021, 19, 231. DOI: 10.1186/s12955-021-01854-4.
22. PĚČ, O., ŠELEPOVÁ, P., PĚČOVÁ, J., DRAGOMIRECKÁ, E., ČECHOVÁ, D., PROBSTOVÁ, V., BUBELA, M. 2007. *HoNOS: Hodnocení zdravotního stavu*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2007.
23. PEDERSEN, Geir, et al. The revised manual for the Global Assessment of Functioning scale (GAF): psychometric properties and clinical utility. *European Psychiatry*, 2020, 63(1), e28. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.28.
24. PETR, T., MARKOVÁ, E., a kol. 2014. *Ošetrovatel'ství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014.
25. RICHARDSON, Jeff, et al. Psychometric validation of the AQoL-8D multi-attribute utility instrument in mental health populations. *Quality of Life Research*, 2020, 29(8), 2095–2107. DOI: 10.1007/s11136-020-02463-2.
26. VÖRÖŠOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A. 2015. *Ošetrovatel'ská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015.
27. Hodnotiace nástroje HoNOS - konkrétna škála v češtine. 2018
https://www.researchgate.net/publication/329512994_HoNOS_Hodnoceni_zdravotniho_stavu_Health_of_the_Nation_Outcome_Scales_manual_ceske_verze_Autori_ceske_verze. URL: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2024-10/Priloha2_HoNOS_pokyny.pdf>.
28. Hodnotiace nástroje GAF 2018 URL: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf>.
29. Komplexný manažment pacienta s akútnymi a prechodnými psychotickými poruchami. Bratislava : Ministerstvo zdravotníctva SR. 2019. URL: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standarty/Psychiatria/KM_s_akutnymi_a_prechodnymi_psychotickymi_poruchami.pdf>.
30. Komplexný manažment pacienta s trvalými poruchami s bludmi. Bratislava : Ministerstvo zdravotníctva SR. 2019. URL: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standarty/Psychiatria/KM_s_trvalymi_poruchami_s_bludmi.pdf>.
31. Komplexný manažment pacienta so schizoafektívnymi poruchami – 1. Revízia. Bratislava : Ministerstvo zdravotníctva SR. 2023. URL: <https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standarty/15-11-2023/Psychiatria_KM-pacienta-so-schizoafektivnymi-poruchami_1_revizia.pdf>.
32. PROBSTOVÁ, V., ŠELEPOVÁ, P., DRAGOMIRECKÁ, E., KALVODA, H., SOCHOROVÁ, G., PĚČ, O. Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných. Praha : Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011 URL: <<http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=803>>.
33. Standardy jako takové jsou pro tzv. bazální a komplexní CDZ – více info zde a v citovaném věstníku: 2021 URL: <[https://mzd.gov.cz/vydani-noveho-standardu-sluzeb-poskytovanych-v-centrech-duševniho-zdravi-cdz-pro-osoby-se-zavaznym-chronickým-duševním-onemocněním-smi/](https://mzd.gov.cz/vydani-noveho-standardu-sluzeb-poskytovanych-v-centrech-dusevniho-zdravi-cdz-pro-osoby-se-zavaznym-chronickým-duševním-onemocněním-smi/)>.
34. Standardy kvality a bezpečí v CDZ. 2023 URL: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/standarty-kvality-bezpeci-metodiky-hodnoceni>>.
35. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) duševné zdravie a prevencia. URL: <<https://www.who.int/mental.health>>.

36. Úrad verejného zdravotníctva SR - Prevencia a duševné zdravie. URL: <[https:// www.uvzsr.sk](https://www.uvzsr.sk)>.

37. WHITEMORE, Rachel, et al. Routine outcome measurement in community mental health: clinical engagement with HoNOS 2018.

BJPsych Bulletin, 2021, 45(4), 220–227. DOI: 10.1192/bjb.2021.23.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii a diagnostike 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. novembra 2025

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

Zoznam príloh:

[Príloha č. 1: Test kreslenia hodín – vzor](#)

[Príloha č. 2: Mini-Mental-State-Examination \(MMSE\) - Folsteinov test kognitívnych funkcií – vzor](#)

[Príloha č. 3: Geriatric Depression Scale – Geriatrická škála depresie - vzor](#)

[Príloha č. 4: Beckov dotazník úzkosti - vzor](#)

[Príloha č. 5: Broset Violence Checklist - Vyhodnotenie rizika agresie - vzor](#)

[Príloha č. 6: Nurses Global Assessment of Suicide Risk - Škála hodnotenia rizika suicidálneho správania - vzor](#)

[Príloha č. 7: HoNOS \(Health of the National Outcome Scale\) - Zdravie podľa národnej stupnice výsledkov - vzor](#)

[Príloha č. 8: GAF - Global Assessment of Functioning - Hodnotenie globálneho fungovania klienta - vzor](#)

[Príloha č. 9: AQoL - 6D – Assessment of Quality of Life - Hodnotenie kvality života súvisiace so zdravím - vzor](#)

[Príloha č. 10: CAN \(Camberwell assessment of need\) - Camberwellský formulár pre hodnotenie potrieb – krátka verzia - vzor](#)

Prílohy

Príloha č. 1: Test kreslenia hodín - vzor

| | |
|--|---|
| Testovaná osoba: | 1. Nakreslí hodiny – pomyselné ručičkové 2. Napíše čísla všetkých hodín, ako sú uvádzané na ciferníku 3. Zakreslí veľkú a malú hodinovú ručičku v určenej polohe napr. 10 min po 11. hodine |
| 1. Tvar nakreslených hodín zodpovedá kružnici | 1 bod |
| 2. Čísla v ciferníku sú zapísané v správnom poradí | 1 bod |
| 3. Čísla v ciferníku sú zapísané na správnych miestach | 1 bod |
| 4. Na hodinách sú zakreslené dve ručičky | 1 bod |
| 5. Ručičky sú zakreslené v zodpovedajúcej polohe, podľa návrhu požadovaného času | 1 bod |
| Vyhodnotenie: | Norma 4 - 5 bodov |

Zdroj: Petr, Marková a kol. (2014)

Príloha č. 2: Mini-Mental-State-Examination (MMSE) - Folsteinov test kognitívnych funkcií – vzor

| Orientácia | Maximálny počet bodov |
|--|------------------------------|
| Aký je rok a ročná doba, mesiac, deň v týždni, dátum? | 5 |
| Kde ste teraz (krajina, oblasť, mesto, ulica, nemocnica) prípadne (číslo domu, poschodia, alebo izby v nemocnici)? | 5 |
| <i>Za každú správnu odpoveď získa pacient po jednom bode.</i> | |
| Pamäť | |
| Vyšetrojúci vymenuje 3 predmety počas troch sekúnd, napr. (strom, okno, kniha), a vyzve pacienta, aby ich zopakoval. | 3 |
| <i>Za každý správne zopakovaný predmet získa po jednom bode.</i> | |
| Pozornosť a počítanie | |
| Odpočítajte sedem čísel od čísla 100. Ukončí sa po 5 odpovediach. | 5 |
| <i>Každá správna odpoveď po jednom bode.</i> | |
| Krátkodobá pamäť | |
| Vybavte si a pomenujte predtým uvedené predmety. | 3 |
| Jazyk | |
| Vyšetrojúci ukáže dva predmety, napr.(ceruzka, hodinky), a vyzve pacienta aby ich pomenoval. | 2 |
| Opakujte slová: ale, však, predsa. | 1 |
| Urobte po sebe tieto úkony: zoberte papier do pravej ruky, preložte ho napoly a položte na stôl. | 3 |
| Prečítajte a urobte tento príkaz (pacient dostane do ruky lístok s výzvou) „Zatvorte obidve oči.“ | 1 |
| „Napište vetu obsahujúcu podmet a prísudok“ | 1 |
| „Namaľujte podľa predlohy tento obrázok“ | 1 |
| Vyhodnotenie: | Bodové skóre |
| ťažká kognitívna porucha | 0-10 |
| kognitívna porucha stredného stupňa | 11-20 |
| ľahká porucha | 21-23 |
| norma | 24-30 |

Obrázok 1



Zdroj: Botíková a kol.(2011)

Príloha č. 3: Geriatric Depression Scale - Geriatrická škála depresie - vzor

| | | |
|---|--------------------|------------------------|
| 1. Ste spokojný s tým, ako teraz žijete? | Áno (0) | Nie (1) |
| 2. Aké sú Vaše činnosti a záujmy- rovnaké ako skôr, alebo ste Väčšinu z nich zanechal? | Rovnaké (0) | Zanechal(1) |
| 3. Máte niekedy pocit ničoty a prázdnoty svojho života? | Áno (1) | Nie(0) |
| 4. Často sa nudíte? | Áno (1) | Nie(0) |
| 5. Aká je prevažne Vaša nálada, dobrá, alebo zlá? | Dobrá (0) | Zlá (1) |
| 6. Bojíte sa často, že sa vám stane niečo zlé? | Áno (1) | Nie(0) |
| 7. Cítite sa väčšinou šťastný/alebo nešťastný? | Šťastný (0) | Nešťastný(1) |
| 8. Mávate často, alebo prevažne pocit bezmocnosti? | Áno (1) | Nie(0) |
| 9. Zostávate radšej doma, alebo máte radšej spoločnosť? | Doma (1) | Spoločnosť(0) |
| 10. Máte problémy s pamäťou, ktoré sú podľa Vášho názoru horšie ako u Vašich vrstovníkov? | Áno (1) | Nie(0) |
| 11. Myslíte si, že žijeme v peknej dobe? | Áno (0) | Nie(1) |
| 12. Mávate niekedy, alebo dokonca často pocit, že ste pre ostatných bezcenný, že si Vás nevážia, nerešpektujú Vás, nemajú Vás radi? | Áno (1) | Nie(0) |
| 13. Cítite sa prevažne dobre, plný energie, chuti do života? | Áno (0) | Nie(1) |
| 14. Mávate pocity beznádeje zo svojej situácie, zo svojho okolia, či zo svojho osudu? | Áno (1) | Nie(0) |
| 15. Myslíte si, že sa väčšine ľudí darí lepšie než Vám? | Áno (1) | Nie(0) |
| Vyhodnotenie: | Súčet bodov | |
| | 0-7 | norma |
| | 8-12 | mierna depresia |
| | 13-15 | t'azká depresia |

Zdroj: Petr, Marková a kol.(2014)

Príloha č. 4: Beckov dotazník úzkosti - vzor

Nasledujte zoznam najčastejších príznakov úzkosti. Prečítajte si pozorne každú vetu a vyznačte v akej miere ste príslušný príznak zaznamenali v priebehu minulého týždňa vrátane dneška a to krížikom v príslušnom stĺpci pri každej položke. V každom riadku môžete začiarknuť iba jednu kolónku.

| Príznak | Hodnotenie | | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | Vôbec | Mierne - nerušivé | Stredne - nepříjemné | Silno - obťažujúce |
| 1. Trpnutie, alebo mravčenie | | | | |
| 2. Pocit tepla | | | | |
| 3. Neistota v nohách | | | | |
| 4. Neschopnosť uvoľniť sa | | | | |
| 5. Strach, že sa stane to najhoršie | | | | |
| 6. Závrate alebo točenie hlavy | | | | |
| 7. Zrýchlený tlkot srdca | | | | |
| 8. Chvenie | | | | |
| 9. Strach | | | | |
| 10. Nervozita | | | | |
| 11. Pocit dusenia | | | | |
| 12. Chvenie rúk | | | | |
| 13. Slabosť | | | | |
| 14. Strach, že sa prestanem ovládať | | | | |
| 15. Ťažkosti s dýchaním | | | | |
| 16. Strach, že umriem | | | | |
| 17. Bojazlivosť | | | | |
| 18. Zlé trávenie, bolesti v bruchu | | | | |
| 19. Nevoľnosť | | | | |
| 20. Návaly tepla do tváre | | | | |
| 21. Potenie (nespôsobené teplom) | | | | |
| Spolu | | | | |
| Vyhodnotenie: | Súčet bodov | | | |
| | 0-7 | bez známok úzkosti | | |
| | 8-15 | ľahká (mierna) úzkosť | | |
| | 16-25 | stredne ťažká úzkosť | | |
| | 26 a viac | závažná extrémna úzkosť | | |

Zdroj: Dotazník podľa Aaron T, Beck, M.D., URL: <<https://www.psychiart.cz/testy/beck/>>

Príloha č. 5: Broset Violence Checklist - Vyhodnotenie rizika agresie - vzor

| | | |
|------------------------|--------------------|--|
| 1. zmätenosť | Áno (1) | Nie (0) |
| 2. podráždenosť | Áno (1) | Nie (0) |
| 3. výbušnosť | Áno (1) | Nie (0) |
| 4. slovné vyhrážanie | Áno (1) | Nie (0) |
| 5. agresia voči veciam | Áno (1) | Nie (0) |
| Vyhodnotenie: | Súčet bodov | |
| | 0-1 | nízka pravdepodobnosť agresie voči okoliu v nasledujúcich 24 hod |
| | 2-5 | vyššia pravdepodobnosť agresie voči okoliu v nasledujúcich 24 hod |

Zdroj: Petr, Marková a kol. (2014)

Príloha č. 6: Nurses Global Assessment of Suicide Risk - Škála hodnotenia rizika suicidálneho správania - vzor

| | | |
|---|--------------------|-----------------------|
| 1. Beznádej | Áno (3) | Nie (0) |
| 2. Depresia a strata záujmu a potešenia | Áno (3) | Nie (0) |
| 3. Plán spáchať suicídium | Áno (3) | Nie (0) |
| 4. Aktuálna strata blízkej osoby, alebo rozpad vzťahu | Áno (3) | Nie (0) |
| 5. Suicidálny pokus v anamnéze | Áno (3) | Nie (0) |
| 6. Prítomnosť stresových udalostí | Áno (1) | Nie (0) |
| 7. Perzekučné hlasy(kritizujúce, nadávajúce, prikazujúce a pod.) a presvedčenia (prenasledovanie, ohrozovanie, ovplyvňovanie na diaľku) | Áno (1) | Nie (0) |
| 8. Vážne duševné problémy, alebo suicídium v rodine | Áno (1) | Nie (0) |
| 9. Varovné znaky suicidálneho správania (rozlúčenie, majetkové vyrovnanie) | Áno (1) | Nie (0) |
| 10. Psychóza v anamnéze | Áno (1) | Nie (0) |
| 11. Strata manžela/ky alebo životného partnera | Áno (1) | Nie (0) |
| 12. Známkysociálneho stiahnutia | Áno (1) | Nie (0) |
| 13. Socioekonomický nedostatok v anamnéze | Áno (1) | Nie (0) |
| 14. Užívanie alkoholu alebo iných toxických látok v anamnéze | Áno (1) | Nie (0) |
| 15. Prítomnosť terminálneho ochorenia. | Áno (1) | Nie (0) |
| Vyhodnotenie: | Súčet bodov | |
| | 0-7 | nízke riziko |
| | 8-13 | stredné riziko |
| | 14-25 | vysoké riziko |

Zdroj: Petr, Marková a kol. (2014)

Príloha č. 7: HoNOS (Health of the National Outcome Scale) - Zdravie podľa národnej stupnice výsledkov - vzor

Prehľad pokynov k hodnoteniu

1. Ohodnoťte každú položku v poradí od 1 do 12.
2. Neberte v úvahu informácie hodnotené v predošlých položkách okrem položky 10, ktorá predstavuje celkové hodnotenie.
3. Hodnoťte NAJZÁVAŽNEJŠÍ problém, ktorý sa vyskytol počas hodnoteného obdobia.
4. Hodnotené obdobie je POSLEDNÝCH 14 DNÍ.
5. Všetky položky sú hodnotené na škále so slovným opisom:
 - 0 = žiadny problém
 - 1 = malý problém, ktorý nevyžaduje žiadne opatrenia
 - 2 = mierny problém, ktorého existencia je však zrejmá
 - 3 = stredne vážny problém
 - 4 = vážny až veľmi vážny problém.

Celkovo sa hodnotí 12 položiek:

1. Nadmerne aktívne, agresívne, rušivé alebo agitované správanie
2. Úmyselné sebapoškodzovanie
3. Problémy s alkoholom alebo užívaním drog
4. Kognitívne problémy
5. Telesné ochorenie alebo postihnutie
6. Problémy spojené s halucináciami a bludmi
7. Problémy s depresívnou náladou
8. Iné psychické problémy a poruchy správania (typ problému:
 - A – fobický,
 - B – úzkostný,
 - C – obsedantno-kompulzívny,
 - D – duševné napätie, tenzia,
 - E – disociatívny,
 - F – somatoformný,
 - G – poruchy príjmu potravy,
 - H – spánkové poruchy,
 - I – sexuálne poruchy,
 - J – iné)
9. Problémy vo vzťahoch
10. Problémy s každodennými činnosťami
11. Problémy s bývaním
12. Problémy so zapojením sa a inými aktivitami

Vyhodnotenie:

Spôsob - položky sa zoskupujú do štyroch sekcií:

- A) **Problémy v správaní** – súčet položiek 1, 2, 3
- B) **Postihnutie** – súčet položiek 4, 5
- C) **Symptómy** – súčet položiek 6, 7, 8
- D) **Sociálne problémy** – súčet položiek 9, 10, 11, 12
- E) **Celkové skóre** – súčet všetkých položiek (pri verzii pre externého hodnotiteľa sa niekedy nezahŕňajú položky 11 a 12, ak hodnotiteľ nemá o týchto oblastiach dostatočné informácie)

Zdroj: Hodnotiace nástroje HoNOS URL:

<https://www.researchgate.net/publication/329512994_HoNOS_Hodnoceni_zdravotniho_stavu_Health_of_the_Nation_Outcome_Scales_m anual_ceske_verze_Autori_ceske_verze>.

Príloha č. 8: GAF - Global Assessment of Functioning - Hodnotenie globálneho fungovania klienta - vzor

Použite kritériá nižšie k určenie súčasného funkčného stave jednotlivca. Posudzované obdobie je **posledný mesiac**.

90 Príznyaky chýbajú alebo sú minimálna, nie je zhoršené fungovanie

Kritériá skupiny H:

- Absencia alebo minimum príznakov (napr. malá úzkosť pred skúškou)
- Fungovanie vo všetkých oblastiach života a spokojnosť sa životom
- Záujem a zapojenie do širokej škály činností
- Sociálna zdatnosť

Vyhodnotenie:

88-90 *Žiadne psychologické príznaky a žiadne problémy vo fungovaní v bežnom živote*

84-87 *Minimum príznakov a bez ťažkostí vo fungovaní v bežnom živote*

81-83 *Minimum príznakov a niektoré problémy vo fungovaní v bežnom živote*

80 Prechodné mierne príznaky alebo dočasné mierne problémy vo fungovaní

Kritériá skupiny G:

- Sú prítomné mierne príznaky, ale sú prechodné ako reakcia na psychosociálnu záťaž (napr. problémy so sústredením po rodinnej hádke)
- Mierne ťažkosti vo fungovaní v sociálnych kontaktoch, v práci (napr. prechodné vynechávanie dochádzky)

Vyhodnotenie:

78-80 *BUĎ mierny(é) príznak(y) ALEBO ľahké zhoršenie v sociálnom, pracovnom fungovaní*

74-77 *Mierne zhoršenie vo viac ako jednej oblasti fungovania (sociálne, pracovné)*

71-73 *PRÍTOMNOSŤ miernych príznakov A ľahké zhoršenie v sociálnom, pracovnom fungovaní*

70 Trvalé mierne príznaky alebo trvalé mierne problémy vo fungovaní

Kritériá skupiny F:

- Mierne príznaky, ktoré NIE SÚ predpokladateľné reakcie na psychosociálnu záťaž (napr. mierna alebo zhoršená depresia a/alebo mierna nespavosť)
- Pretrvávajúce problémy v sociálnom, pracovnom fungovaní (napr. krádeže v rodine alebo opakované zlyhávanie výkonnosti v práci)
- ALE klient má nejaké zmysluplné medziľudské vzťahy

Vyhodnotenie:

68-70 *BUĎ mierne pretrvávajúce príznaky ALEBO mierne ťažkosti v sociálnom, pracovnom fungovaní*

64-67 *Mierne pretrvávajúce ťažkosti vo viac ako jednej oblasti fungovania*

61-63 *Pretrvávajú mierne príznaky A sú prítomné problémy v sociálnom, pracovnom fungovaní*

60 Stredne ťažké príznaky alebo stredne ťažké poškodenie vo fungovaní

Kritériá skupiny E:

Stredne ťažké príznaky (napr. častá stredne ťažká depresívna nálada a nespavosť a/alebo stredne ťažká nerozhodnosť (uľpievavosť) a obsesie (neodbytné myšlienky); alebo príležitostné úzkostné ataky; alebo plochá afektivita alebo nepriliehavá reč; alebo problémy so stravovaním (ohrozenie podvýživou) bez prítomnosti depresie).

Vyhodnotenie:

58-60 BUĎ prejavy stredne ťažké depresívne nálady ALEBO stredne ťažké ťažkosti v sociálnom, pracovnom fungovaní

54-57 Stredne ťažké problémy vo viac ako jednej oblasti fungovania

51-53 PRÍTOMNOSŤ stredne závažných príznakov A stredne závažné zlyhávajúce v sociálnej, pracovnej oblasti

50 Vážne príznaky alebo vážne poškodenie fungovania

Kritériá skupiny D:

- Vážne zlyhávajúce v práci alebo v domácnosti (ak je klient žena/muž v domácnosti) - napr. neschopnosť udržať si prácu alebo štúdium, zlyhávajúce alebo neschopnosť starať sa o rodinu a domácnosť
- Časté problémy so zákonom (napr. časté krádeže, zatknutie) alebo príležitostné agresívne správanie
- Vážne zlyhávajúce vo vzťahoch s priateľmi (napr. žiadni alebo málo priateľov alebo „ohrozujúci priatelia“)
- Vážne poškodenie v úsudku (zahŕňa neschopnosť urobiť rozhodnutie, zmätenosť, dezorientácia)
- Vážne poškodenie v myslení (zahŕňa rigidné myšlienky s neschopnosťou zmeniť postoj učení, skreslené vnímanie vlastného tela, vzťahovosť)
- Vážne zhoršenie nálady (zahŕňa trvalú depresívnu náladu s pocitmi bezmocnosti a beznádeje alebo agitovanosť /nepokoj alebo manickú náladu)
- Vážne zlyhávajúce v dôsledku úzkosti (panické ataky, ochromujúce úzkosť)
- Ďalšie príznaky: halucinácie, bludy, ťažké nutkavé rituály
- Pasívne suicidálne myšlienky (bez tendencie a plánov k ich realizácii)

Vyhodnotenie:

48-50 1 kritérium zo skupiny D

44-47 2 kritériá zo skupiny D

41-43 3 kritériá zo skupiny D

40 Výrazné zhoršenie v niekoľkých oblastiach fungovania

Kritériá skupiny D: pozri zoznam v pásme „50“

Vyhodnotenie:

38-40 4 kritéria zo skupiny D

34-37 5 kritérií zo skupiny D

31-33 6 kritérií zo skupiny D

30 Neschopnosť fungovať takmer vo všetkých oblastiach

Kritériá skupiny D: pozri zoznam v pásme „50“ +

- Pasívne suicidálne myšlienky (bez tendencie a plánov k ich realizácii) alebo mierne sebapoškodzovanie (napr. poranenia zápästia), ktoré nevyžaduje lekárske ošetrenie

Kritériá skupiny C:

- BUĎ neodbytné suicidálne myšlienky, alebo suicidálne myšlienky s prípravou realizácie
- ALEBO správanie výrazne ovplyvnené bludmi a halucináciami
- ALEBO vážne zhoršenie v komunikácii (niekedy nesúvislé, nepatrične pôsobiace ALEBO hlboko depresívne stuporózný stav, nereagujúci na okolie)

Vyhodnotenie:

28-30 7 kritérií zo skupiny D

- 24-27 8 kritérií zo skupiny D
 20-23 9 kritérií zo skupiny D
 21 1 kritérium zo skupiny C

20 Utrpenie z nedostatku starostlivosti alebo nebezpečenstvo poranenia (poškodenia) seba alebo druhých

Kritériá skupiny B:

- Suicidálne pokusy bez jasného zámeru zomrieť
- Vážne násilné správanie alebo sebapoškodzovanie
- Závažné manické rozrušenie alebo významná agitovanosť (nepokoj) a impulzivita
- Výpadky v udržiavaní aj tej minimálnej osobnej hygieny (napr. hnačky v dôsledku použitia preháňadiel, zašpinenie od výkalov)
- Naliehavé / akútne prijatie na psychiatriu
- Ohrozenie v dôsledku telesných ťažkostí (napr. vážna anorexia, či bulímia a spontánne zvracanie, alebo nadmerné užívanie preháňadiel, močopudných liekov alebo prípravkov na chudnutie, ale bez srdcového alebo obličkového zlyhávania, dehydratácie alebo dezorientácie)

Vyhodnotenie:

- 18-20 1-2 kritériá zo skupiny B
 14-17 3-4 kritériá zo skupiny B
 11-13 5-6 kritérií zo skupiny B

10 Bezprostredné nebezpečenstvo zo zanedbania starostlivosti alebo sebapoškodenia

Kritériá skupiny A:

- Vážne suicidálne správanie s jasným zámerom zomrieť (napr. pobodanie sa, pokus o zastrelenie sa či obesenie, alebo predávkovanie bez očakávania, že ho niekto nájde)
- Početné vážne násilie voči druhým alebo sebamrzačenie
- Extrémne manické rozrušenie alebo extrémna agitovanosť (nepokoj) a impulzivita (napr. divoko kričí)
- Pretrvávajúca neschopnosť zaistiť minimálnu hygienu
- Naliehavé / akútne prijatie na psychiatriu
- Bezprostredné a vážne ohrozenie v dôsledku telesných ťažkostí (napr. anorexia alebo bulímia so srdcovým alebo obličkovým zlyhaním)

Vyhodnotenie:

- 8- 10 1-2 kritériá zo skupiny A
 4- 7 3-4 kritériá zo skupiny A
 1-3 5-6 kritérií zo skupiny A

Mierka vyhodnotenia:

- 81 – 90 *Chýbajúce alebo minimálne príznaky (napr. mierna úzkosť pred skúškou), dobré fungovanie vo všetkých oblastiach, záujem a zapojenie sa do širokej škály aktivít, spoločensky efektívny, všeobecne spokojný so životom, nie viac ako každodenné problémy alebo starosti.*
- 71 – 80 *Ak sú prítomné príznaky, sú to prechodné a očakávateľné reakcie na psychosociálne stresory (napr. ťažkosti so sústredením po rodinnej hádke); nie viac ako mierne zhoršenie sociálneho, pracovného alebo školského fungovania (napr. dočasné zaostávanie v školských úlohách).*
- 61 – 70 *Niektoré mierne príznaky (napr. depresívna nálada a mierna nespavosť) alebo určité ťažkosti so sociálnym, pracovným alebo školským fungovaním (napr. príležitostné záškoláctvo alebo krádež v domácnosti), ale vo všeobecnosti fungujú celkom dobre, majú určité zmysluplné medziľudské vzťahy.*
- 51 – 60 *Stredne závažné príznaky (napr. plochý afekt a okrúhla reč, príležitostné záchvaty paniky) alebo stredne ťažké sociálne, pracovné alebo školské fungovanie (napr. málo priateľov,*

- konflikty s rovesníkmi alebo spolupracovníkmi).*
- 41 – 50 *Závažné príznaky (napr. suicidálne myšlienky, ťažké obsedantné rituály, časté krádeže v obchode) alebo akékoľvek vážne zhoršenie sociálneho, pracovného alebo školského fungovania (napr. žiadni priatelia, neschopní udržať si prácu, nemôžu pracovať).*
- 31 – 40 *Určité zhoršenie testovania reality alebo komunikácie (napr. reč je niekedy nelogická, nejasná alebo irelevantná) alebo veľké poškodenie v niekoľkých oblastiach, ako je práca alebo škola, rodinné vzťahy, úsudok, myslenie alebo nálada (napr. depresívny dospelý sa vyhýba priateľom, zanedbáva rodinu a nie je schopný pracovať; dieťa často bije mladšie deti, doma je vzdorovité a v škole zlyháva).*
- 21 – 30 *Správanie je značne ovplyvnené bludmi alebo halucináciami alebo vážnym poškodením v komunikácii alebo úsudku (napr. niekedy nekoherentné, koná hrubo nevhodne, suicidálne správanie) alebo neschopnosťou fungovať takmer vo všetkých oblastiach (napr. zostať celý deň v posteli, bez práce, domova alebo priateľov)*
- 11 – 20 *Určité nebezpečenstvo ublíženia sebe alebo iným (napr. pokusy o suicídium z jasného očakávania smrti; často násilné; maniakálne vzrušenie) alebo príležitostné zlyhanie pri udržiavaní minimálnej osobnej hygieny (napr. nátery, výkaly) alebo hrubé zhoršenie komunikácie (napr. prevažne nesúvislé alebo neme).*
- 1 – 10 *Pretrvávajúce nebezpečenstvo vážneho zranenia seba alebo iných (napr. opakujúce sa násilie) alebo pretrvávajúca neschopnosť udržiavať minimálnu osobnú hygienu alebo vážny suicidálny akt s jasným očakávaním smrti.*
- 0 *Nedostatočné informácie*

Zdroj: m-GAF (R) - adapted v roku 2004 Florida DCF Funkcia Assessment Workgroup z originálnej M-GAF reportovaná S. Caldecott-Hazard & RCW Hall, 1995. URL: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf>

Príloha č. 9: AQoL - 6D – Assessment of Quality of Life - Hodnotenie kvality života súvisiace so zdravím - vzor

Vyberte odpoveď, ktorá najlepšie charakterizuje vašu situáciu v posledným týždni.

| | |
|--------------------------|--|
| 1 | Koľko pomôcť potrebujete s domácimi prácami (napríklad príprava jedla, upratovanie)? |
| <input type="checkbox"/> | Zvládam tieto činnosti úplne ľahko bez akékoľvek pomôcť |
| <input type="checkbox"/> | Zvládam tieto činnosti pomerne ľahko bez akékoľvek pomôcť |
| <input type="checkbox"/> | Zvládam tieto činnosti bez pomôcť len veľmi pomaly |
| <input type="checkbox"/> | Nezvládam väčšinu z týchto činností, ak mi niekto nepomôže |
| <input type="checkbox"/> | Nezvládam bez pomôcť žiadnu z týchto činností |
| 2 | Ako ľahké či ťažké je pre vás pohybovať sa samostatne mimo vášho domova (napr. ísť na nákupy, na návštevu)? |
| <input type="checkbox"/> | Pohybovať sa samostatne mimo domov je príjemné a ľahké |
| <input type="checkbox"/> | Nemám žiadne ťažkosti samostatne sa pohybovať mimo domov |
| <input type="checkbox"/> | Mám mierne ťažkosti samostatne sa pohybovať mimo domov |
| <input type="checkbox"/> | Mám stredná ťažkosti samostatne sa pohybovať mimo domov |
| <input type="checkbox"/> | Mám výrazné ťažkosti samostatne sa pohybovať mimo domov |
| <input type="checkbox"/> | Bez cudzie pomôcť sa nemôžem samostatne pohybovať mimo domov |
| 3 | Ako ľahký alebo ťažký je pre vás pohyb (s využitím pomôcok, napr. vozík)? |
| <input type="checkbox"/> | Som veľmi pohyblivý/á |
| <input type="checkbox"/> | Nemám žiadne ťažkosti s pohybom |
| <input type="checkbox"/> | Pohyb mi trochu robí ťažkosti (napríklad chôdza do kopce) |
| <input type="checkbox"/> | Pohyb mi robí ťažkosti, ujdem iba krátku vzdialenosť |
| <input type="checkbox"/> | Pohyb mi robí veľké ťažkosti, potrebujem pomoc ostatných |
| <input type="checkbox"/> | Som upútaný/á na lôžko |
| 4 | Ako ťažké je pre vás sa umyť, ísť na toaletu, obliecť sa, najesť sa alebo starať o svoj zovňajšok? |
| <input type="checkbox"/> | Vykonávať tieto činnosti je pre ma veľmi ľahké |
| <input type="checkbox"/> | Nemám skutočné problémy vykonávať tieto činnosti |
| <input type="checkbox"/> | Vykonávať niektoré z týchto činností je pre ma ťažké, ale zvládam je sám/sama |
| <input type="checkbox"/> | Veľa z týchto činností je pre ma ťažkých a potrebujem s nimi pomoc |
| <input type="checkbox"/> | Vôbec tieto činnosti nemôžem vykonávať sám/sama |
| 5 | Ako moc ste šťastný/á vo svojich blízkych a intímnych vzťahoch? |
| <input type="checkbox"/> | Veľmi šťastný/á |
| <input type="checkbox"/> | Celkovo šťastný/á |
| <input type="checkbox"/> | Ani šťastný/á ani nešťastný/á |
| <input type="checkbox"/> | Celkovo nešťastný/á |
| <input type="checkbox"/> | Veľmi nešťastný/á |
| 6 | Ovplyvňuje Vaša zdravie vzťahy s rodinou? |
| <input type="checkbox"/> | Moja rola v rodine nie sú ovplyvnené mojím zdravím |
| <input type="checkbox"/> | Niektoré svoje rola v rodine nemôžem vykonávať |
| <input type="checkbox"/> | Veľa svojich rolí v rodine nemôžem vykonávať |
| <input type="checkbox"/> | Žiadne svoje rola v rodine nemôžem vykonávať |
| 7 | Ovplyvňuje zdravie vaša rola v komunite (napr. v mieste vášho bydlisko)? |
| <input type="checkbox"/> | Moja rola v komunite nie sú ovplyvnené mojím zdravím |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Niektoré svoje rola v komunite nemôžem vykonávať |
| <input type="checkbox"/> | Veľa svojich rolí v komunite nemôžem vykonávať |
| <input type="checkbox"/> | Žiadne svoje rola v komunite nemôžem vykonávať |
| 8 | Ako často ste sa v uplynulých siedmich dňoch cítil/a zúfalý/á? |
| <input type="checkbox"/> | Nikdy |
| <input type="checkbox"/> | Príležitostne |
| <input type="checkbox"/> | Občas |
| <input type="checkbox"/> | Často |
| <input type="checkbox"/> | Neustále |
| 9 | Ako často ste mal/a obavy v uplynulých 7 dňoch? |
| <input type="checkbox"/> | Nikdy |
| <input type="checkbox"/> | Príležitostne |
| <input type="checkbox"/> | Občas |
| <input type="checkbox"/> | Často |
| <input type="checkbox"/> | Neustále |
| 10 | Ako často sa cítite smutný/á? |
| <input type="checkbox"/> | Nikdy |
| <input type="checkbox"/> | Zriedka |
| <input type="checkbox"/> | Občas |
| <input type="checkbox"/> | Obvykle |
| <input type="checkbox"/> | Takmer vždy |
| 11 | Cítite sa obvykle pokojný/á a v pohode, alebo rozrušený/á? |
| <input type="checkbox"/> | Som vždy pokojný/á a v pohode |
| <input type="checkbox"/> | Som obvykle pokojný/á a v pohode |
| <input type="checkbox"/> | Som niekedy pokojný/á a v pohode, niekedy rozrušený/á |
| <input type="checkbox"/> | Som obvykle rozrušený/á |
| <input type="checkbox"/> | Som vždy rozrušený/á |
| 12 | Koľko energie máte na činnosti, ktorým sa chcete venovať? |
| <input type="checkbox"/> | Vždy som plný/á energia |
| <input type="checkbox"/> | Väčšinou som plný/á energie |
| <input type="checkbox"/> | Niekedy som plný/á energie |
| <input type="checkbox"/> | Väčšinou som unavený/á a bez energie |
| <input type="checkbox"/> | Vždy som unavený/á a bez energie |
| 13 | Ako často cítite, že máte svoj život pod kontrolou? |
| <input type="checkbox"/> | Neustále |
| <input type="checkbox"/> | Väčšinou |
| <input type="checkbox"/> | Občas |
| <input type="checkbox"/> | Len niekedy |
| <input type="checkbox"/> | Nikdy |
| 14 | Ako moc si myslíte, že sa dokážete vysporiadať s životnými problémami? |
| <input type="checkbox"/> | Úplne |
| <input type="checkbox"/> | Väčšinou |
| <input type="checkbox"/> | Čiastočne |
| <input type="checkbox"/> | Veľmi málo |
| <input type="checkbox"/> | Vôbec |
| 15 | Ako často cítite silnú bolesť? |

| | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Veľmi zriedka | | |
| <input type="checkbox"/> | Menej ako raz týždenne | | |
| <input type="checkbox"/> | Raz alebo dvakrát týždenne | | |
| <input type="checkbox"/> | Trikrát alebo štyrikrát týždenne | | |
| <input type="checkbox"/> | Takmer neustále | | |
| 16 | Ako veľkú bolesť alebo nepohodlie pociťujete? | | |
| <input type="checkbox"/> | Žiadnu/é | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám mierne bolesti | | |
| <input type="checkbox"/> | Trpím silnými bolesťami | | |
| <input type="checkbox"/> | Trpím neznesiteľnými bolesťami | | |
| 17 | Ako často bolesť zasahuje do Vašich bežných aktivít? | | |
| <input type="checkbox"/> | Nikdy | | |
| <input type="checkbox"/> | Zriedka | | |
| <input type="checkbox"/> | Občas | | |
| <input type="checkbox"/> | Často | | |
| <input type="checkbox"/> | Vždy | | |
| 18 | Ako dobre vidíte (pri využití okuliarov alebo kontaktných šošoviek, ak je potrebné)? | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám výborný zrak | | |
| <input type="checkbox"/> | Vidím normálne | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám určité problémy vidieť veci ostro (napr. malé písmo, objekty v diaľke alebo pri sledovaní televízie) | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám veľké problémy vidieť veci ostro | | |
| <input type="checkbox"/> | Vidím iba obrisy | | |
| <input type="checkbox"/> | Som úplne slepý/á | | |
| 19 | Ako dobre počujete (aj s použitím naslúchadlá, ak ho potrebujete)? | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám výborný sluch | | |
| <input type="checkbox"/> | Počujem normálne | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám určité problémy počuť alebo nepočujem jasne (napríklad keď je v pozadí hluk) | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám problémy počuť veci jasne. Často nerozumiem tomu, čo bolo povedané. Väčšinou sa nezúčastňujem konverzácií, pretože nepočujem, o čom sa hovorí | | |
| <input type="checkbox"/> | Počujem veľmi zle | | |
| <input type="checkbox"/> | Som úplne hluchý/á | | |
| 20 | Ako dobre dokážete komunikovať s ostatnými (hovorenie, znaková reč, posielanie správ, vzájomné pochopenie)? | | |
| <input type="checkbox"/> | Nemám žiadne problémy byť pochopený | | |
| <input type="checkbox"/> | Mám určité ťažkosti byť pochopený ľuďmi, ktorí ma nepoznajú | | |
| <input type="checkbox"/> | Chápu ma iba ľudia, ktorí ma poznajú | | |
| <input type="checkbox"/> | Nie som schopný dobre komunikovať s ostatnými | | |
| Vyhodnotenie: | | | |
| Položky | Zhrnutie položky | Počet odpovedí | Rozsah odozvy |
| Dimenzia 1 Nezávislý život | | | |
| 1 | pomoc pri domácich úlohách | 5 | žiadna pomoc, efektívna ↔ nemôže urobiť nič |
| 2 | Mobilita mimo domu | 6 | Jednoduchá a príjemná ↔ pomoc |
| 3 | chôdza | 6 | beh ľahko ↔ pripútaný na lôžko |
| 4 | starostlivosť o seba | 5 | Veľmi jednoduchá ↔ potreba pomoci |
| Vzťahy dimenzie 2 | | | |

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|--|
| 5 | intímne vzťahy | 5 | veľmi šťastný, ↔ veľmi nešťastný |
| 6 | Úloha v oblasti zdravia a rodiny | 4 | žiadny vplyv ↔ na pracovnú neschopnosť |
| 7 | zdravie a komunita | 4 | žiadny vplyv ↔ na pracovnú neschopnosť |
| Dimenzia 3 Duševné zdravie | | | |
| 8 | zúfalstvo | 5 | nikdy stále ↔ |
| 9 | robiť si starosti | 5 | nikdy stále ↔ |
| 10 | smútok | 5 | nikdy stále ↔ |
| 11 | pokoj, nepokoj | 5 | vždy pokojný ↔, vždy rozrušený |
| Rozmer 4 Zvládanie | | | |
| 12 | energia | 5 | vždy energický ↔ vždy unavený |
| 13 | kontrola života | 5 | Vždy ↔ nikdy |
| 14 | Zvládanie problémov | 5 | ↔ úplne nie vôbec |
| Dimenzia 5 Bolesť | | | |
| 15 | frekvencia | 4 | zriedkavo ↔ väčšinu času |
| 16 | nepohodlie | 4 | žiadny neznesiteľný ↔ |
| 17 | zasahovanie do činností | 5 | Nikdy vždy ↔ |
| Rozmer 6 zmyslov | | | |
| 18 | zrak | 6 | vynikajúca ↔ slepá |
| 19 | sluch | 6 | vynikajúci ↔ nepočujúci |
| 20 | komunikácia | 4 | Žiadny problém ↔ nedokáže komunikovať |

Zdroj: URL: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf>

Príloha č. 10: CAN (Camberwell assessment of need) - Camberwellský formulár pre hodnotenie potrieb – krátka verzia - vzor

| Pre hodnotenie vpisujte do stĺpca čísla hodnotenia: | 0 | bez problému | | | |
|--|-------|--------------------|-------|-------|--|
| | 1 | naplnená potreba | | | |
| | 2 | nenaplnená potreba | | | |
| | 9 | neznáma | | | |
| Číslo hodnotenia | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Zakrúžkujte, kto je opýtaný (U = používateľ, Z = zamestnanec, P = príbuzný, priateľ) | U/Z/P | U/Z/P | U/Z/P | U/Z/P | |
| 1. Ubytovanie <i>Kde bývate (typ zariadenia)?</i> | | | | | |
| 2. Strava <i>Máte dostatok vhodného jedla?</i> | | | | | |
| 3. Starostlivosť o domácnosť <i>Ste schopný sa starať o domácnosť?</i> | | | | | |
| 4. Starostlivosť o seba <i>Máte problémy s hygienou a s úpravou zovňajšku?</i> | | | | | |
| 5. Denné činnosti <i>Ako trávite deň?</i> | | | | | |
| 6. Telesné zdravie <i>Ako sa cítite po telesnej stránke?</i> | | | | | |
| 7. Psychotické symptómy <i>Počujete niekedy hlasy alebo máte problémy s myslením?</i> | | | | | |
| 8. Informácie o zdravotnom stave a liečbe <i>Boli Vám poskytnuté zrozumiteľné informácie o liekoch, ktoré užívate?</i> | | | | | |
| 9. Psychické problémy <i>Boli ste v poslednej dobe veľmi smutný alebo sklesnutý?</i> | | | | | |
| 10. Bezpečnosť vo vzťahu k sebe <i>Napadlo Vás niekedy, že by ste si úmyselne ublížili?</i> | | | | | |
| 11. Bezpečnosť vo vzťahu k iným ľuďom <i>Myslíte si, že by ste mohli nejako ohroziť ostatných?</i> | | | | | |
| 12. Alkohol <i>Spôsobuje vám pitie nejaké problémy?</i> | | | | | |
| 13. Drogy alebo lieky <i>Užívate nejaké psychoaktívne látky bez lekárskeho predpisu?</i> | | | | | |
| 14. Priatelia <i>Ste spokojný sa svojim spoločenským životom?</i> | | | | | |
| 15. Intímna vzťahy <i>Máte partnera?</i> | | | | | |
| 16. Sexualita <i>Aký je Váš sexuálny život?</i> | | | | | |
| 17. Starostlivosť o deti <i>Máte nejaké dieťa do 18 rokov?</i> | | | | | |
| 18. Základné vzdelanie <i>Máte problémy s čítaním, písaním alebo porozumením textu?</i> | | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 19. Telefón <i>Viete zaobchádzať s telefónom?</i> | | | | |
| 20. Doprava <i>Ako sa vám cestuje autobusom, metrom alebo vlakom?</i> | | | | |
| 21. Peniaze <i>Ako vychádzate s peniazmi?</i> | | | | |
| 22. Finančné dávky <i>Dostávate všetky peniaze, na ktoré máte nárok?</i> | | | | |
| Súčet hodnotení: | | | | |
| Vyhodnotenie: | | | | |
| A Naplnené potreby – súčet počtu jednotiek v stĺpci | | | | |
| B Nenaplnené potreby- súčet počtu dvojok v stĺpci | | | | |
| C Celkový počet potrieb – súčet spolu A+B | | | | |

Zdroj: URL: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=803>>

URL: <<https://www.researchintorecovery.com/measures/can/adultcantranslations/>>

URL: <<https://www.researchintorecovery.com/files/Czech%20CANSAS.pdf>>

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:

Štandardný operačný postup pre realizáciu ochranných liečení (OL)

Autorský kolektív:

doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
MUDr. Marek Zelman

Špecializačný odbor:

Psychiatria

Recenzenti:

MUDr. Ivan André, PhD. MPH; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD; MUDr. Dalibor Janoška; MUDr. Vanda Valkučáková, MPH; MUDr. Lucia Žlnayová, PhD., MPH (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Súhlasné stanoviská: Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS, hlavní odborník MZ SR pre medicínu závislostí

Národný projekt s názvom „Tvorbá štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisií MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0310 | 9. október 2025 | schválený | 1. november 2025 |

Kľúčové slová

ambulantné ochranné liečenie, ústavné ochranné liečenie, psychická porucha, znalec

Používané skratky

| | |
|--------------|--|
| aOL | ambulantné ochranné liečenie |
| MS SR | Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky |
| NCMP | náhla cievna mozgová príhoda |
| OL | ochranné liečenie |
| PAL | protialkoholické liečenie |
| PST | psychoterapia |
| PTXL | protitoxikomanické liečenie |
| PZS | poskytovateľ zdravotnej starostlivosti |
| ŠDTP | štandardný diagnostický a terapeutický postup |
| TP | Zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok |
| TZ | Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon |
| úOL | ústavné OL |
| Z. z. | zbierka zákonov |
| ZD | zdravotná dokumentácia |
| ZS | zdravotná starostlivosť |
| ZZ | zdravotnícke zariadenie |
| OL PH | ochranné liečenie patologického hráčstva |
| OLPsy | ochranné liečenie psychiatrické |
| OLSex | ochranné liečenie sexuologické |
| PMÚ | probačný a mediačný úradník |
| OD | ochranný dohľad |

Vymedzenie základných pojmov

Právne predpisy upravujúce výkon OL a posudzovanie zdravotného stavu pri odporúčaní na nariadenie OL

Zákon č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 228/2018 Z. z., ktorou sa vykonáva zákon č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení vyhlášky č. 160/2023 Z. z.

Vyhláška č. 491/2004 Z. z. o odmenách, náhradách výdavkov a náhradách za stratu času pre znalcov, tlmočníkov a prekladateľov v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 543/2005 Z. z. o Spravovacom a kancelárskom poriadku pre okresné sudy, krajské sudy, Špeciálny súd a vojenské sudy v znení neskorších predpisov

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon

Zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok

Zákon č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Znalec zapísaný v zozname znalcov, tlmočníkov a prekladateľov vedenom MS SR: fyzická alebo právnická osoba, ak v § 19 ods. 5 nie je ustanovené inak, splnomocnená štátom na vykonávanie činnosti podľa ZZTP, ktorá je:

1. zapísaná v zozname znalcov, tlmočníkov a prekladateľov - vykonáva svoju činnosť pre súd, iný orgán verejnej moci, fyzickú osobu alebo právnickú osobu (§ 2 ods. 4 ZZTP),

2. nezapísaná v zozname, ak je ustanovená podľa § 15 ZZTP (tzv. znalec, tlmočník alebo prekladateľ ustanovený „ad hoc“) – môže svoju činnosť vykonávať len pre súd alebo iný orgán verejnej moci (§ 2 ods. 5 ZZTP).

Zadávatel' úkonu znaleckej činnosti - § 2 ods. 1 ZZTP:

- súd alebo iný orgán verejnej moci - činnosť znalca, tlmočníka alebo prekladateľa pre potreby súdu na účel netrestného konania, činnosť pre potreby orgánov činných v trestnom konaní a pre potreby iných orgánov verejnej moci na účel správneho, daňového, colného alebo iného osobitného konania
- fyzická alebo právnická osoba - činnosť znalca, tlmočníka alebo prekladateľa na základe požiadaviek súkromnej sféry (posudky na účely katastrálneho konania, preklady vyžiadané inštitúciami z iných krajín a iné)

Úvod

Štandardný operačný postup sa zameriava na realizáciu ochranných liečení (OL) v podmienkach Slovenskej republiky, ktoré sú upravené primárne zákonom č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon (TZ) a zákonom č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok (TP). Ochranné liečenie sa vo všeobecnosti odporúča páchatel'ovi trestného činu, ktorého pobyt na slobode je nebezpečný z psychiatrického hľadiska. Ide o prípady, kedy bol trestný čin spáchaný v priamej súvislosti s prejavmi duševnej poruchy, ktorá viedla k podstatnému zníženiu alebo vymiznutiu jeho rozpoznávacej a/alebo ovládacej schopnosti. Z medicínskeho hľadiska musí byť účel OL dosiahnuteľný, s možnosťou terapeutického ovplyvnenia duševnej poruchy a pozitívnym postojom probanda k liečbe.

Rozhodovanie o ochrannom liečení, jeho zmene, prepustení z neho alebo jeho ukončení prináleží súdu. Liečenie môže prebiehať v ambulantnej (aOL) alebo ústavnej (úOL) forme. Medzi špecifické druhy patria protialkoholické liečenie (PAL), protitoxikomanické liečenie (PTXL), ochranné liečenie patologického hráčstva (OL PH), psychiatrické ochranné liečenie (OLPsy) a sexuologické ochranné liečenie (OLSex).

Dôležitou súčasťou systému je hodnotenie rizika, ktoré je kľúčové pre rozhodovanie o zmene formy liečenia, prepustení či ukončení OL. Pri zvýšenom riziku môže dôjsť k zmene formy liečenia z ambulantnej cez ústavnú až po detenciu. Detencia predstavuje najvyššiu úroveň zabezpečenia ochrany spoločnosti a prichádza do úvahy v prípadoch, keď liečená osoba napriek poskytovanej starostlivosti ohrozuje život alebo zdravie iných v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, alebo v prípade sexuologického OL, ak liečba nedosiahla účel a hrozí opakovanie trestného činu. Celý proces je riadený súdmi a úzko spolupracuje s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (PZS).

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater): diagnostika, tvorba individuálneho diagnostického plánu, tvorba individuálneho liečebného plánu, sledovanie stavu, komplexný manažment diagnostiky a zdravotnej starostlivosti, liečba, poskytovanie podpornej psychoterapie, edukácia.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) s 5-ročnou praxou, psychiater so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (psychiater–sexuológ): diagnostika, tvorba individuálneho diagnostického plánu, tvorba individuálneho liečebného plánu, sledovanie stavu, komplexný manažment diagnostiky a zdravotnej starostlivosti, liečba, poskytovanie podpornej psychoterapie, edukácia pri poskytovaní sexuologického aOL a úOL.

Lekár zaradený do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore psychiatria: počas úOL realizuje diagnostiku, sledovanie stavu a liečbu pod supervíziou psychiatra.

Psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (klinický psychológ): psychodiagnostika, komplexné klinicko-psychologické vyšetrenie, diferenciálna diagnostika, poskytovanie psychoterapie.

Psychológ: podporné intervencie.

Psychoterapeut, t.j. psychiater / psychológ s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia psychoterapeutické vedenie individuálnou aj skupinovú formou.

Psychiater, alebo psychológ s absolvovaným výcvikom v danom psycho-terapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy psychoterapeutické vedenie individuálnou aj skupinovú formou.

Liečebný pedagóg: psychoedukácia a psychosociálna rehabilitácia v prípade indikácie doplnujúcej liečby.

Sestra: podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy.

Sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii: podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia.


Epidemiológia

Problematika forenznnej psychiatickej starostlivosti je dôležitou oblasťou, ktorej je potrebné venovať pozornosť z rôznych hľadísk. Jej riešenie si vyžaduje nadrezortnú spoluprácu viacerých subjektov, predovšetkým MZ SR, MS SR a MPSVaR SR. Potrebné je nielen zrealizovať legislatívne zmeny v tejto oblasti, vytvoriť štandardné diagnostické a liečebné postupy, ale aj zbierať a analyzovať epidemiologické údaje o OL, čo má v SR významné limitácie.

Chýba jednotnosť a koordinácia pri zbere a analýze údajov o OL. NCZI zbiera štatistické údaje o výskyte ambulantnej formy OL. MS SR eviduje výskyt všetkých foriem a druhov OL, avšak bez bližšieho vysvetlenia či analýzy.

Podľa údajov publikovaných NCZI v roku 2021 ambulantné OL podstúpilo 6 814 osôb, z čoho najvyšší podiel tvorili osoby v PAL (45,4 %) a PXL OL (27,5 %). Ide o celkový počet pacientov podstupujúcich OL v danom roku, t. j. vrátane pokračujúcich z predchádzajúceho obdobia. Uvedené údaje sú k dispozícii za jednotlivé kraje SR a dostupné sú z rokov 2017 až 2021 (Tabuľka č. 1). Do roku 2017 sa sledovali len novoprijatí pacienti.


Tabuľka č. 1

|  Celkový počet pacientov podstupujúcich ambulantné OL v rokoch 2017 – 2021 | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------|-------|-------|---------------|
| Slovenská republika | Počet osôb v ambulantnom OL | | | | |
| | spolu | psychiatrickej | PAL | PTXL | sexuologickej |
| rok 2018 | 6750 | 2155 | 2738 | 1596 | 261 |
| rok 2019 | 6405 | 1436 | 2780 | 1925 | 264 |
| rok 2020 | 6200 | 1346 | 2915 | 1766 | 173 |
| rok 2021 | 6 814 | 1 650 | 3 095 | 1 871 | 198 |

Zdroj: (upravené podľa NCZI: Ambulantná psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2018, 2019, 2020, 2021)


Aj výskumné aktivity v odbore psychiatria sa zameriavajú na OL s cieľom zefektívniť proces a zvýšiť účinnosť poskytovaného OL. Získané údaje sú tiež iba parciálne. Podľa Zelmana (2010) pri analýze dát z prieskumu pre Klub psychiatrických nemocníc bolo v psychiatrických ústavných zariadeniach v novembri 2010 realizovaných 173 OL (Tabuľka č. 2). Podľa autora tento počet v rozmedzí rokov 2010 – 2016 mierne narastal, čo dokumentovali údaje z Psychiatrickej nemocnice Hronovce, kde sa v mesiaci december v rokoch 2016 a 2010 realizovalo 16 vs 12 OL a v Psychiatrickej nemocnici Kremnica 41 vs 37 úOL.

Tabuľka č. 2

|  Počet realizovaných OL v ústavných psychiatrických zariadeniach v SR podľa druhu OL (Zelman 2010) | | | | |
|--|---------------|--------------|------------|----------------|
| Ochranné liečenia | | | | |
| Zdravotnícke zariadenie | psychiatrické | sexuologické | PAL a PTXL | spolu podľa ZZ |
| PN Kremnica | 27 | 1 | 9 | 37 |
| PN Michalovce | 2 | 0 | 2 | 4 |
| PL Plešivec | 11 | 1 | 5 | 17 |
| PN Hronovce | 9 | 0 | 3 | 12 |
| PN Pezinok | 25 | 3 | 9 | 37 |
| PL Sučany | 37 | 0 | 15 | 52 |
| PN Veľké Zálužie | 11 | 0 | 7 | 18 |
| Spolu OL | 122 | 5 | 50 | 177 |

Podľa údajov Analytického centra MS SR, uvádzaných v Štatistickej ročenke MS SR 2022, bolo v roku 2022 súhrnne uložených 1003 ambulantných a 596 ústavných OL. Ich počty v závislosti od kraja a druhu OL uvádza tabuľka č. 3.


Tabuľka č. 3

|  Prehľad o počte uložených OL v roku 2022 | | | | | | | | | | |
|---|---------------|-----|-----|-----|------|-----|--------------|-----|-----|-----|
| Ochranné liečenia | | | | | | | | | | |
| Kraj | psychiatrické | | PAL | | PTXL | | sexuologické | | iné | |
| | aOL | úOL | aOL | úOL | aOL | úOL | aOL | úOL | aOL | úOL |
| Bratislavský | 23 | 8 | 24 | 14 | 86 | 34 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Trnavský | 10 | 6 | 36 | 15 | 51 | 25 | 3 | 1 | 4 | 0 |
| Trenčiansky | 20 | 12 | 87 | 41 | 59 | 29 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| Nitriansky | 5 | 4 | 54 | 52 | 48 | 30 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Žilinský | 10 | 6 | 63 | 53 | 45 | 25 | 5 | 4 | 1 | 1 |
| Banskobystrický | 16 | 7 | 63 | 44 | 66 | 57 | 4 | 2 | 3 | 1 |
| Prešovský | 15 | 4 | 61 | 32 | 14 | 14 | 6 | 2 | 0 | 0 |
| Košický | 22 | 6 | 39 | 37 | 39 | 19 | 3 | 4 | 4 | 0 |
| ŠTS | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| SR | 124 | 54 | 428 | 289 | 408 | 233 | 27 | 18 | 16 | 2 |

Zdroj: (upravené podľa MS SR Štatistická ročenka 2022)

Analytické centrum MS SR uvádza aj dôvody nerealizácie OL, z ktorých vyplýva, že nedostatok kapacít je významným faktorom ovplyvňujúcim efektívnosť procesu (Tabuľka č. 4).


Tabuľka č. 4

|  Prehľad o počte nerealizovaných OL v roku 2022 | | | | | | |
|---|-----|------|---------------|--------------|-----|-------|
| Nerealizované OL | | | | | | |
| Kraj | PAL | PTXL | psychiatrické | sexuologické | iné | spolu |
| Bratislavský | 115 | 359 | 106 | 9 | 0 | 589 |
| Trnavský | 79 | 126 | 28 | 5 | 2 | 240 |
| Trenčiansky | 111 | 142 | 21 | 5 | 1 | 280 |
| Nitriansky | 106 | 109 | 19 | 0 | 0 | 234 |
| Žilinský | 48 | 36 | 12 | 7 | 0 | 103 |
| Banskobystrický | 108 | 133 | 33 | 12 | 1 | 287 |
| Prešovský | 117 | 34 | 28 | 15 | 0 | 194 |
| Košický | 87 | 71 | 23 | 14 | 0 | 195 |
| ŠTS | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| SR | 773 | 1010 | 272 | 67 | 4 | 2126 |

Zdroj: (upravené podľa MS SR Štatistická ročenka 2022)

Pri porovnaní počtu uložených OL v rokoch 2017 – 2022 je identifikovateľný stúpajúci trend, ktorý v ostatných dvoch rokoch stagnuje (Tabuľka č. 5).

Tabuľka č. 5

| Standardné postupy  | | | | | | | | | | |
|--|---------------|-----|-----|-----|------|-----|--------------|-----|-------|-----|
| Počty uložených OL v rokoch 2017 až 2022 | | | | | | | | | | |
| ROK | psychiatrické | | PAL | | PTXL | | sexuologické | | spolu | |
| | aOL | úOL | aOL | úOL | aOL | úOL | aOL | úOL | aOL | úOL |
| 2017 | 71 | 51 | 390 | 283 | 199 | 162 | 14 | 14 | 674 | 510 |
| 2018 | 96 | 51 | 438 | 354 | 271 | 211 | 19 | 30 | 824 | 646 |
| 2019 | 112 | 53 | 399 | 341 | 338 | 272 | 25 | 27 | 874 | 693 |
| 2020 | 122 | 48 | 477 | 318 | 379 | 231 | 30 | 22 | 1008 | 619 |
| 2021 | 95 | 63 | 515 | 302 | 377 | 275 | 20 | 22 | 1007 | 662 |
| 2022 | 124 | 54 | 428 | 289 | 408 | 233 | 27 | 18 | 987 | 594 |

Zdroj: (upravené podľa MS SR Štatistická ročenka 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022)

O ukončovaní OL tiež nie sú k dispozícii presnejšie údaje. Z prieskumu psychiatrických nemocníc vyplýva viacero údajov, ktoré by bolo vhodné aktualizovať a analyzovať.

Aktuálne a presné údaje zozbierané z celého Slovenska sú predpokladom pre nastavenie efektívneho procesu realizácie OL. Práve v tejto oblasti môže štandardný postup prispieť k stanoveniu ukazovateľov, ktoré je potrebné sledovať.

I. KRITÉRIÁ PRE ODPORUČENIE OL

1. Vo všeobecnosti sa odporúča ochranné liečenie uložiť

- páchatel'ovi trestného činu (posudzovanému), ktorého **pobyt na slobode je nebezpečný** z psychiatrického hľadiska, tzn. že trestný čin spáchal v priamej súvislosti s prejavmi **duševnej poruchy**, ktorou trpí a ktorá viedla k **podstatnému zníženiu/vymiznutiu jeho rozpoznávacej a/alebo ovládacej schopnosti**,
- ak je možné z **medicínskeho hľadiska dosiahnuť účel OL**, t. j. treba vyhodnotiť, či je možnosť liečebného ovplyvnenia duševnej poruchy súčasnými liečebnými metódami a za daných podmienok (napr. pri demencii, mentálnej retardácii, či je možné splniť účel vzhľadom k závažnosti stavu),
- v prípade **nutnosti aktívnej spolupráce** pri liečbe (psychoterapia a pod.), ak je **postoj** probanda k OL **pozitívny** (napr. poruchy osobnosti (ak je indikovaná PST a je potrebná aktívna spolupráca), závislosti (nutný súhlas s PAL a PTLX)).

2. Spôsoby zmeny OL (rozhoduje o nich súd):

- „**ukončenie**“ – ambulantného aj ústavného PAL / PTXL OL, OL PH, keď neplní svoj účel (§ 448 ods. 1 TP)
- „**prepustenie**“ – z ústavného aj ambulantného OL, keď OL splnilo svoj medicínsky účel (§ 74 ods. 4 TZ, § 448 TP).
- „**zmena formy**“ – z ústavnej formy na ambulantnú a naopak (§ 74 ods. 2 TZ).

2.1 Prepustenie z OL a jeho ukončenie

- **o prepustení z OL alebo o jeho ukončení rozhodne na návrh prokurátora, obvineného alebo zdravotníckeho zariadenia alebo aj bez takého návrhu predseda senátu súdu, v ktorého obvode sa OL vykonáva;** ak rozhoduje na návrh, rozhodne **najneskôr do 10 pracovných dní** od doručenia návrhu súdu (§ 448 ods. 2 TP).
- **„ukončenie“ automatické bez rozhodnutia súdu** – PAL / PTXL OL ústavná po troch mesiacoch, ambulantná po 12 mesiacoch (§ 74 ods. 5 TZ), ale PZS bezodkladne informuje súd, ktorý OL uložil o skončení ochranného liečenia a jeho výsledkoch (§ 448 TP) v prípade, ak bolo predĺžené na návrh PZS (§ 446c TP) bezodkladne informuje **súd, ktorý o predĺžení rozhodol (miestne príslušný pre PZS)**

2.2 Upustenie od výkonu OL

O upustení od výkonu ochranného liečenia pred jeho začiatkom rozhodne **súd, ktorý ochranné liečenie uložil**, a to na verejnom zasadnutí alebo ak obvinený medzitým nastúpil alebo absolvoval uloženú odvykáciu alebo inú liečbu v niektorom zdravotníckom zariadení, na návrh ošetrojúceho lekára alebo aj bez takého návrhu (§ 447 ods. 1 TP).

Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti

§ 12 Právne vzťahy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

(1) Právny vzťah, ktorého predmetom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vzniká na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú osoba uzatvorí s poskytovateľom, ak tento zákon neustanovuje inak (§ 6 ods. 9).

(2) Poskytovateľ **môže odmietnuť** návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak

- a) by uzatvorením takejto dohody **prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie**,
- b) **osobný vzťah** zdravotníckeho pracovníka k osobe, ktorej sa má zdravotnú starostlivosť poskytovať, alebo k jej zákonnému zástupcovi **nezaručuje objektívne hodnotenie** jej zdravotného stavu alebo
- c) poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať.

Poskytovateľ OL má možnosť uplatniť si zákonný nárok u súdu na úhradu nezdravotníckych nákladov, ktoré mu zo zákona vzniknú s nariadením OL podľa ust. § 3 ods. 1 TP.

A tiež **zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa ochranné liečenie vykonáva, alebo ošetrojúci lekár, má nárok na náhradu nevyhnutných výdavkov spojených s podaním návrhu** na zmenu ochranného liečenia, prepustenie z ochranného liečenia alebo jeho ukončenie alebo spojených s vypracovaním správy vyžiadanej súdom alebo orgánom činným v trestnom konaní. (§ 448b TP)

II. PRE POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI (PZS)

A. AMBULANTNÉ OL (aOL)

- **Ambulantné formy OLPsy a OLSex** uložené resp. zmenené z ústavnej formy po nadobudnutí účinnosti TZ sú **obligatórne spojené s uložením ochranného dohľadu (OD)**, ktorý je realizovaný cestou probačných a mediačných úradníkov (PMÚ) (§ 76a ods. 1 a 2 TZ).
- OD **môže byť** uložený aj pri ambulantnej forme **OPAL, OPTXL a OL PH** (§ 76a ods. 3 TZ).
- **PZS môže navrhnúť súdu, ktorý uložil aOL** (pozor, nie tomu, v obvode ktorého sa aOL vykonáva), **uloženie OD** pacientovi, ak tento **nedodržiava režim** uloženého ambulantného ochranného liečenia (§ 460 ods. 4 TP).
- Pacientovi môže spolu s OD byť súdom **nariadená aj kontrola technickými prostriedkami (elektronický náramok)**.

1. Pred výkonom aOL:

Vyhláška č. 543/2005 Z. z. MS SR o Spravovacom a kancelárskom poriadku pre okresné sudy, krajské sudy, Špeciálny súd a vojenské sudy (V 543/2005):

§ 81 Výkon ambulantného ochranného liečenia

(1) Nariadenie výkonu ambulantného ochranného liečenia zašle súdny tajomník zdravotníckemu zariadeniu príslušnému pre túto formu liečenia podľa bydliska alebo pobytu osoby, ktorej bolo ochranné liečenie uložené, v dvoch vyhotoveniach spolu s jedným odpisom znaleckého posudku alebo odborného lekárskeho vyjadrenia a jedným rovnopisom rozhodnutia, ktorým bolo uložené. Po dohode so správou zdravotníckeho zariadenia určí súdny tajomník termín, do ktorého sa má výkon ochranného liečenia začať.

Postup PZS:

SÚD (nariadi aOL a určí termín, dokedy sa má aOL začať) → **PACIENT** (má povinnosť dostaviť sa na zahájenie výkonu aOL) → **PZS** (oznámi súdu/PMÚ, že sa pacient dostavil a kedy) → **SÚD** (informáciu prijíma).

Pri dohode súdneho tajomníka s PZS o termíne, do ktorého sa má aOL začať, je možné argumentovať pri výbere konkrétneho termínu začatia aOL prekročením kapacity aOL, alebo zaujatosťou analogicky ako je to v ust. § 12 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo oznámiť, že špecializované zariadenie nie je určené na výkon druhu aOL nariadeného súdom – **SÚD** (rozhodne).

2. Začatie aOL:

Postup PZS voči súdu - na osobitnú žiadosť súdu oznámi:

- **súdu, ktorý nariadil aOL:**
 - začiatok aOL (§ 81 ods. 2 vyhl. č. 543/2005 Z. z. + § 445 ods. 1 TP)
 - ak u osoby aktuálny **zdravotný stav neodôvodňuje** začatie aOL, navrhne upustenie od jeho realizácie (§ 447 ods. 1 TP)
- **súdu, ktorý je miestne príslušný k miestu PZS:**
 - ak pacient bez akceptovateľného odôvodnenia (napr. hospitalizácia, akútne somatické ochorenie a pod.) **nenastúpi na aOL**,
 - ak sa osoba **odmieta podrobiť** aOL (§ 81 ods. 2 vyhl. č. 543/2005 Z.z.),

- ak sa ukáže ďalší **pobyt liečenej osoby na slobode nebezpečný – prevoz na hospitalizáciu** (zákon 576/2004) a/alebo návrh súdu na vydanie predbežného opatrenia (446/4 TP) a/alebo zvážiť možnosť navrhnuť súdu **zmenu formy** aOL na ústavnú (§ 446/1 TP),
- ak sa dodatočne zistí, že vzhľadom na povahu ochorenia a liečebné možnosti **nemožno očakávať splnenie účelu** aOL – len pri OPAL OPTXL – návrh na ukončenie aOL (§ 448/1 TP),
- ak u osoby aktuálny **zdravotný stav odôvodňuje** zmenu formy (spôsobu – ambulantná – ústavná a vice versa) alebo druhu OL, PZS navrhne zmenu aOL, (§ 446/1 TP).

Postup PZS vo vzťahu k pacientovi:

PZS poskytne pacientovi, ktorého prijíma do aOL, **poučenie**, ktoré obidvaja podpíšu (tzn. nepodpisuje informovaný súhlas podľa §6 576/2004).

Toto poučenie obsahuje v minimálnom rozsahu:

- vysvetlenie liečebného postupu podľa druhu aOL spolu s právami a povinnosťami (vrátane informácie o povinnosti zúčastňovať sa plánovaných kontrolných vyšetrení aOL),
- podmienky liečebného režimu (napr. pravidelné kontroly, postup v prípade, ak sa pacient nemôže dostaviť v určený deň na kontrolu, nutnosť pravidelného užívania odporučených liekov s možnou kontrolou ich podávania, dodržiavanie abstinencie alkoholu a iných psychoaktívnych látok a pod.) a upozornenie, že nedodržiavanie liečebného režimu PZS hlási PMÚ
- predpokladanú dĺžku aOL – možnosť prepustenia z aOL,
- možnosť zmeny aOL na ústavnú formu,
- informáciu o marení aOL,
- informáciu o nutnosti oboznámiť poskytovateľa o zmene zdravotného stavu (napr. hospitalizácii),
- sexuologické aOL: v prípade indikácie chemickej alebo chirurgickej kastrácie pacient po oboznámení vyjadrí svoj súhlas s týmto druhom liečby.

Podpísaný dokument zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.

V zdravotnej dokumentácii (ZD) sa **zaznamená aj prípadný nesúhlas pacienta** podpísať poučenie, alebo s individuálnym liečebným postupom, napriek nemu však v **ochrannom liečení musí pokračovať (je nariadené súdom)**. Pokiaľ **existuje viacero adekvátnych liečebných postupov** (napr. výber konkrétneho depotného preparátu, výber konkrétnej liečebnej metódy), má byť pacientovi po náležitom poučení **umožnené si z nich vybrať**. Ak pacient, ktorému bolo súdom uložené aOL pre závislosť, s liečbou v ambulancii poskytovateľa nesúhlasí a odmieta pri liečbe spolupracovať, oznámi to poskytovateľ príslušnému súdu.

3. Priebeh aOL

Postup PZS vo vzťahu k pacientovi:

- Terapia a postup podľa diagnózy – podľa **ŠDTP**.
- Ak v priebehu aOL dôjde k zmene zdravotného stavu, ktorá si vyžiada **hospitalizáciu** (psychiatrickú, somatickú), pacient bezodkladne oznámi poskytovateľovi aOL ukončenie tejto hospitalizácie a poskytovateľ aOL mu určí termín najbližšej **ambulantnej kontroly** (pacient bol na začiatku aOL poučený o nutnosti informovať poskytovateľa o hospitalizácii).
- Zdravotné **výkony, ktoré nesúvisia s aOL** prebiehajú rovnako **ako u iných pacientov** (t.j. so súhlasom pacienta, pokiaľ nejde o liečbu život ohrozujúcich stavov).

PZS v zázname v zdravotnej dokumentácii pacienta v aOL sa vyjadrí k:

- dodržiavaniu liečebného režimu,
- užívaníu liekov podľa odporúčaní, vrátane vyhodnocovania risk/benefit a odôvodnenia liečby,
- náhľadu k ochoreniu,
- ne/užívaníu psychoaktívnych látok,
- adekvátnym copingovým schopnostiam,
- výskytu agresívnych prejavov a iných porúch správania,
- sociálnym schopnostiam a zázemiu,
- **vrátane heteroanamnestickej** validizácie týchto údajov, ak je možná.

Pri psychiatrickom a sexuologickom aOL je vhodné použiť aj hodnotiaci inštrument (validizovaný, štandardizovaný) a podľa neho posudzovať dynamiku stavu.

Postup PZS voči súdu

PZS oznámi súdu, ktorý je **miestne príslušný k miestu poskytovateľa**:

- ak osoba **nedodržiava liečebný režim**, oznámi túto skutočnosť PMÚ a/alebo navrhne súdu **zmenu formy OL na ústavnú** a/alebo navrhne súdu **uloženie OD**,
- ak sa liečená osoba **odmieta podrobiť** aOL – môže navrhnúť aj **zmenu formy OL**,
- ak dochádza **k zhoršeniu zdravotného stavu** a/alebo aOL **neplní svoj medicínsky účel** (hodnotenie max. po 1 roku trvania aOL) – môže navrhnúť aj **zmenu formy OL**,
- ak sa ukáže ďalší pobyt liečenej osoby z dôvodu závažnej duševnej poruchy **na slobode nebezpečný**, zariadi **prevoz na hospitalizáciu** (zákon 576/2004) a/alebo podá návrh súdu na vydanie predbežného opatrenia na umiestnenie do zdravotníckeho zariadenia (§ 446 ods. 4 TP) a/alebo zváži možnosť navrhnúť súdu **zmenu formy aOL na ústavnú** (§ 446 ods. 1 TP),
- ak sa dodatočne zistí, že vzhľadom na povahu ochorenia a liečebné možnosti **nemožno očakávať splnenie medicínskeho účelu** aOL,
- ak u liečenej osoby **aktuálny zdravotný stav** neodôvodňuje pokračovanie v aOL, navrhne zmenu formy OL, prepustenie, ukončenie aOL alebo zmenu druhu OL.

4. Zmena formy, prepustenie a ukončenie aOL

4.1 Hodnotenie rizika

Principiálny rozdiel medzi ochranným liečením a bežnou liečbou je v hodnotení rizika. Kým pri bežnom liečení sa toto ukončuje v prípade, ak pominú príznaky ochorenia alebo pacient si ďalej neželá pokračovať, resp. v prípade napr. nedobrovoľnej hospitalizácie, ak pominie riziko ohrozenia seba alebo svojho okolia. Pri ochrannom liečení je nevyhnutné sa riadiť účelom liečenia, teda aj potenciálnym rizikom pri prerušení liečby resp. pri zmene jej formy.

Rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie či ukončenie OL je proces, ktorý si vyžaduje hodnotenie tohto rizika. Pri zvýšení takéhoto rizika pripadá do úvahy zmena formy liečenia v hierarchii od ambulantnej cez ústavnú až po detenciu. V opačnom prípade ukončenie či prepustenie z liečenia alebo zmena formy liečenia v opačnom poradí.

Hodnotenie rizika teda musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie v prípade podávania lekárskej správy pre účely rozhodovania súdov a tiež prílohou k návrhu vo vyššie uvedených situáciách.

Takýto záznam má obsahovať:

1. Klinické zhodnotenie stavu
2. Posúdenie individuálnych protektívnych faktorov
3. Posúdenie individuálnych rizikových faktorov
4. Prognostickú úvahu so zohľadnením vplyvu týchto faktorov pri realizovaní zmeny formy liečby, prepustenia či ukončenia liečenia.
5. Pri psychiatrickom a sexuologickom OL je možné použiť aj hodnotiaci inštrument (validizovaný, štandardizovaný) a podľa neho posudzovať dynamiku stavu.

Pri sexuologickom OL je hodnotenie rizika okrem toho aj integrálnou súčasťou štandardného postupu a predpokladom manažmentu liečby – vid' Štandardný postup pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafílných porúch u dospelých mužov.

PZS má v takomto prípade nárok na uplatnenie si nevyhnutných výdavkov spojených s vypracovaním takejto správy. (§ 448b TP „Zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa ochranné liečenie vykonáva, alebo ošetrojúci lekár, má nárok na náhradu nevyhnutných výdavkov spojených s podaním návrhu na zmenu ochranného liečenia, prepustenie z ochranného liečenia alebo jeho ukončenie alebo spojených s vypracovaním správy vyžiadanej súdom alebo orgánom činným v trestnom konaní.)

4.2 Zmena formy OL z ambulantnej na ústavnú – kritériá:

– ak aOL neplní medicínsky účel, PZS aOL zväži podanie návrhu na zmenu formy aOL na ústavnú (podľa ust. § 74 ods. 2 TZ zmenu formy OL nariadi súd, ak možno vzhľadom na povahu choroby a liečebné možnosti očakávať, že účel splní iná forma liečenia, t. j. ak má odsúdený nariadenú aOL, v návrhu pre súd PZS uvedie, že aOL neplní medicínsky účel, ale možno očakávať, že ho splní úOL).

Predĺženie OPAL, OPTXL alebo OL PH

V prípade, ak **pacient nemohol aOL vykonávať** (§ 446c TP - napr. bol počas jeho výkonu práceneschopný alebo pre inú prekážku), môže PZS navrhnúť predĺženie výkonu aOL najviac o tri mesiace. Návrh musí podať **súdu miestne príslušnému poskytovateľovi** do doby 10 dní pred uplynutím doby liečenia, o predĺžení rozhoduje súd.

Prepustenie z aOL (je splnený účel) – kritériá:

- ak došlo k **uzdraveniu**,
- v prípade psychiatrického aOL, ak **je stav stabilizovaný**, t. j. nedošlo k dekompenzácii psychickej poruchy min. 1 rok, prítomná je dostatočná kritickosť k ochoreniu a potrebe liečby, ochota pokračovať v dobrovoľnej liečbe podporená spoluprácou pri aOL,
- v prípade aOL PAL/PTXL a OL PH **po 1 roku súvislej abstinencie** (ale skôr ako uplynie 12 mesiacov aOL) v nechránenom prostredí (nie v nemocnici, nie vo väzení) a už nie sú splnené diagnostické kritériá pre závislosť (nie je potrebné ďalej pokračovať v liečbe),
- pri sexuologickom aOL: nutné je znalecké posúdenie po min. 5 rokoch stabilizácie stavu, je nutné individuálne posúdenie aj vzhľadom na charakter trestnej činnosti.

Po nadobudnutí právoplatnosti súdneho rozhodnutia o prepustení pacienta z aOL resp. po uplynutí doby 12 mesiacov od zahájenia aOL OPAL, OPTXL alebo OL PH, ukončí poskytovateľ aOL a vyznačí to v ZD. Ak je naďalej vhodné pokračovanie v liečbe, postupuje ako u každého iného pacienta.

Po automatickom ukončení OPAL, OPTXL alebo OL PH PZS PZS (ak bolo ukončené bez jeho predĺženia podľa § 446c) bezodkladne informuje súd, ktorý OL uložil, o skončení ochranného liečenia a jeho výsledkoch (§ 448 TP). V prípade ak bolo liečenie predĺžené podľa §446c TP, bezodkladne informuje súd miestne príslušný PZS.

Ukončenie aOL (nie je možné naplniť medicínsky účel) - kritériá:

- ak aOL neplní svoj účel a nie je predpoklad, že opätovná zmena na ústavnú formu OL splní z medicínskeho hľadiska svoj účel (jej potenciál bol už v minulosti vyčerpaný, napr. pri u PAL a PTLX, alebo po ústavnej OL – neplní účel ambulantné OL (napr. organická porucha) – opätovné ústavné OL zabezpečí len ochranu spoločnosti, ale nie medicínsky účel),
- v prípade, ak sa pre závažnú ireverzibilnú zmenu zdravotného stavu podstatne zmení schopnosť podrobiť sa aOL (napr. vážne onkologické ochorenie, demencia po NCMP a pod.).

B. ÚSTAVNÉ OL (úOL)

1. Pred výkonom úOL:

Vyhláška č. 543/2005 Z. z. Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky o Spravovacom a kancelárskom poriadku pre okresné sudy, krajské sudy, Špeciálny súd a vojenské sudy (V 543/2005):

§ 80 Výkon ochranného liečenia v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti

(1) Nariadenie výkonu ochranného liečenia v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti zašle súdny tajomník tomuto zariadeniu príslušnému podľa bydliska alebo pobytu osoby, ktorá sa má ochrannému liečeniu podrobiť, v dvoch vyhotoveniach spolu s jedným odpisom znaleckého posudku alebo odborného lekárskeho vyjadrenia a jedným rovnopisom rozhodnutia, ktorým bolo ochranné liečenie uložené. Po dohode so správou zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti **určí súdny tajomník deň nástupu na ochranné liečenie**. Súčasne upozorní správu zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, že k zmene ochranného liečenia z ústavného na ambulantné alebo k prepusteniu z ochranného liečenia podľa osobitného predpisu môže dôjsť len na základe právoplatného rozhodnutia okresného súdu, v ktorého obvode sa ochranné liečenie vykonáva, a požiada, aby tomuto súdu bola bezodkladne podaná správa, ak nastanú dôvody pre niektoré z týchto opatrení. Ďalej požiada, aby **zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti oznámilo súdu, ktorý výkon ochranného liečenia nariadil, či osoba, ktorej bolo ochranné liečenie uložené, nastúpila v určenej dobe jeho výkon**.

(2) Súdny tajomník vyzve osobu, ktorej bolo ochranné liečenie uložené, aby jeho výkon nastúpila v príslušnom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v určenom termíne. Ak nie je táto osoba spôsobilá na právne úkony, urobí tak prostredníctvom jej zákonného zástupcu. Ak nie je osoba, ktorá sa má podrobiť ochrannému liečeniu, nebezpečná pre svoje okolie, môže jej poskytnúť potrebnú lehotu na obstaranie jej záležitostí.

(3) Ak nenastúpi osoba, ktorej bolo uložené ochranné liečenie v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, na výkon ochranného liečenia v určenom termíne alebo ak je nebezpečná pre svoje okolie, požiada súdny tajomník o jej dodanie do zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti okresné riaditeľstvo Policajného zboru podľa miesta bydliska alebo miesta pobytu osoby.

Postup PZS:

SÚD (nariadi úOL a súdny tajomník vyzve na určený deň osobu na nástup výkonu OL) → **PACIENT** (má povinnosť dostaviť sa na zahájenie výkonu úOL) → **PZS** (oznámi súdu, že sa pacient dostavil a kedy) → **SÚD** (informáciu prijíma).

Pri dohode súdneho tajomníka s PZS o dni nástupu na úOL je možné dohodnúť konkrétny dátum, kedy PZS umožní nástup na úOL s prihliadnutím na naplnenú kapacitu úOL v ústavnom zariadení, alebo zaujatosťou analogicky ako je to v ust. § 12 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z., alebo oznámiť, že špecializované zariadenie nie je určené na výkon daného druhu úOL nariadeného súdom – **SÚD** (rozhodne).

2. Začatie úOL:

Po dohode so správou ústavného PZS súd určí nástup výkonu úOL.

Postup PZS voči súdu - na osobitnú žiadosť súdu oznámi:

- **súdu, ktorý nariadil úOL:**
 - začiatok úOL (§ 80 ods. 1 vyhl. č. 543/2005 Z. z.),
 - že pacient nenastúpil na určený termín.

Postup PZS vo vzťahu k pacientovi:

PZS poskytne pacientovi, ktorého prijíma do úOL, **poučenie**, ktoré potvrdí podpisom pacient aj prijímajúci lekár (t. j. pacient nepodpisuje informovaný súhlas podľa § 6 zákona č. 576/2004) v minimálnom rozsahu:

- podľa druhu úOL vysvetlenie liečebného postupu spolu s právami a povinnosťami,
- predpokladanú dĺžku úOL – možnosť prepustenia z úOL, v prípade OPAL, OPTXL a OL PH aj možnosť predĺženia OL (§ 446c TP)
- možnosť zmeny úOL na ambulantnú formu po splnení účelu úOL,
- informáciu o liečebnom postupe a možnom marení úOL,
- sexuologické úOL: v prípade indikácie chemickej alebo chirurgickej kastrácie pacient po oboznámení vyjadří svoj súhlas s týmto druhom liečby.

Podpísaný dokument zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.

V zdravotnej dokumentácii (ZD) sa **zaznamená aj prípadný nesúhlas pacienta** podpísať poučenia, alebo nesúhlas s individuálnym liečebným postupom, napriek tomu však v **ochrannom liečení musí pokračovať (je nariadené súdom)**. Pokiaľ **existuje viacero adekvátnych liečebných postupov** (napr. výber konkrétneho depotného preparátu, výber konkrétnej liečebnej metódy), má byť pacientovi po náležitom poučení **umožnené si z nich vybrať**.

Ak pacient, ktorému bolo súdom uložené úOL OPAL, OPTXL alebo OL PH, s liečbou v ústavnom zariadení nesúhlasí a odmieta pri liečbe spolupracovať, navrhne poskytovateľ príslušnému súdu ukončenie úOL (podľa § 448 TP v spojení s § 74 ods. 2 TZ).

3. Priebeh úOL

Postup PZS vo vzťahu k pacientovi:

- Terapia a postup podľa diagnózy – podľa **ŠDTP**.
- Ak v priebehu úOL dôjde k zmene zdravotného stavu, ktorá si vyžiada **hospitalizáciu u iného PZS** (psychiatrickú, somatickú), výkon úOL sa preruší po dobu tejto hospitalizácie. V prepúšťacej správe poskytovateľa úOL je potrebné zdôrazniť, že pacient vykonáva úOL

a po ukončení hospitalizácie musí byť bezodkladne preložený späť na pokračovanie výkonu úOL. Zároveň poskytovateľ úOL oznámi miestne príslušnému súdu, že došlo k hospitalizácii pacienta v inom zdravotníckom zariadení a aj následné pokračovanie úOL.

- Zdravotné **výkony, ktoré nesúvisia s úOL** prebiehajú rovnako **ako u iných pacientov** (t. j. so súhlasom pacienta, pokiaľ nejde o liečbu život ohrozujúcich stavov).
- Pacientovi môže byť umožnené počas výkonu úOL absolvovať probatórnu priepustku, ktorá je súčasťou jeho terapeutického plánu (pacienta je potrebné poučiť o priebehu priepustky a zaznamenať túto informáciu v jeho zdravotnej dokumentácii).

Záznam o priebehu úOL v zdravotnej dokumentácii pacienta má obsahovať vyjadrenie sa PZS k:

- dodržiavaniu liečebného režimu,
- užívaniu liekov podľa odporúčaní, vrátane vyhodnocovania risk/benefit a odôvodnenia liečby,
- náhľadu k ochoreniu,
- ne/užívaniu psychoaktívnych látok,
- adekvátnym copingovým schopnostiam,
- výskytu agresívnych prejavov a iných porúch správania,
- sociálnym schopnostiam a zázemiu,
- **vrátane heteroanamnestickej** validizácie týchto údajov, ak je možná.

Pri psychiatrickom a sexuologickom úOL je vhodné použiť aj hodnotiaci inštrument (validizovaný, štandardizovaný) a podľa neho posudzovať dynamiku stavu.

Postup PZS voči súdu:

PZS oznámi súdu, ktorý je **miestne príslušný k miestu poskytovateľa:**

- ak sa liečená osoba **odmieta podrobiť** úOL: a zároveň v prípade PAL / PTXL môže PZS navrhnúť súdu **ukončenie** úOL (§ 448 ods. 1 TP),
- ak dochádza **k zhoršeniu zdravotného stavu**, alebo úOL **neplní svoj medicínsky účel** (hodnotenie max. po 1 roku trvania úOL) a zároveň: v prípade PAL / PTLX môže PZS navrhnúť súdu **ukončenie OL** (§ 448 ods. 1 TP + 74 ods. 2 TZ),
- ak sa dodatočne zistí, že vzhľadom na povahu ochorenia a liečebné možnosti **nemožno očakávať splnenie medicínskeho účelu úOL**: a zároveň môže PZS navrhnúť súdu **ukončenie OL**, (§ 448 ods. 1 TP + 74 ods. 5 TZ),
- ak u liečenej osoby **aktuálny zdravotný stav** neodôvodňuje pokračovanie v úOL: a zároveň navrhne PZS súdu **zmenu formy** úOL na ambulantnú; ak splnilo medicínsky účel, navrhne PZS súdu **prepustenie z OL**; ak neplní svoj účel, navrhne PZS súdu **ukončenie** úOL, (§ 80 ods. 1 vyhl. č. 543/2005 Z. z., § 448 TP, § 74 TZ),
- ak liečená osoba napriek adekvátnej zdravotnej starostlivosti, poskytovanej počas dostatočnej doby, **svojím správaním ohrozuje život alebo zdravie iných osôb** v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, kde vykonáva úOL, PZS navrhne súdu umiestnenie páchatel'a do detenčného ústavu (§ 81 ods. 3 TZ), v prípade rizika z premeškania môže PZS podať na súd aj návrh na predbežný príkaz na umiestnenie do detencie (§ 462 ods. 4 TP),
- v prípade OLSex ak OL nedosiahlo svoj účel a v budúcnosti hrozí opakovanie spáchaného činu alebo obdobného činu PZS navrhne súdu umiestnenie páchatel'a do detenčného ústavu (§ 81 ods. 4 TZ).

4. Zmena formy, prepustenie a ukončenie úOL

4.1 Hodnotenie rizika

Principiálny rozdiel medzi ochranným liečením a bežnou liečbou je v hodnotení rizika. Kým pri bežnom liečení sa toto ukončuje v prípade ak pominú príznaky ochorenia alebo pacient si ďalej neželá pokračovať, resp. v prípade napr. nedobrovoľnej hospitalizácie, ak pominie riziko ohrozenia seba alebo svojho okolia. Pri ochrannom liečení je nevyhnutné sa riadiť účelom liečenia, teda aj potenciálnym rizikom pri prerušení liečby resp. pri zmene jej formy.

Rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie či ukončenie OL je proces, ktorý si vyžaduje hodnotenie tohto rizika. Pri zvýšení takéhoto rizika pripadá do úvahy zmena formy liečenia v hierarchii od ambulantnej cez ústavnú až po detenciu. V opačnom prípade ukončenia či prepustenia z liečenia alebo zmena formy liečenia v opačnom poradí.

Hodnotenie rizika teda musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie v prípade podávania lekárskej správy pre účely rozhodovania súdov a tiež prílohou k návrhu vo vyššie uvedených situáciách.

Takýto záznam má obsahovať:

1. Klinické zhodnotenie stavu
2. Posúdenie individuálnych protektívnych faktorov
3. Posúdenie individuálnych rizikových faktorov
4. Prognostickú úvahu so zohľadnením vplyvu týchto faktorov pri realizovaní zmeny formy liečby, prepustenia či ukončenia liečenia.
5. Pri psychiatrickom a sexuologickom OL je možné použiť aj hodnotiaci inštrument (validizovaný, štandardizovaný) a podľa neho posudzovať dynamiku stavu.

Pri sexuologickom OL je hodnotenie rizika okrem toho aj integrálnou súčasťou štandardného postupu a predpokladom manažmentu liečby – vid' Štandardný postup pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafílnych porúch u dospelých mužov.

PZS má v takomto prípade nárok na uplatnenie si nevyhnutných výdavkov spojených s vypracovaním takejto správy. (§ 448b TP „Zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa ochranné liečenie vykonáva, alebo ošetrojúci lekár, má nárok na náhradu nevyhnutných výdavkov spojených s podaním návrhu na zmenu ochranného liečenia, prepustenie z ochranného liečenia alebo jeho ukončenie alebo spojených s vypracovaním správy vyžiadanej súdom alebo orgánom činným v trestnom konaní.)

4.2 Zmena úOL na aOL - kritériá:

– ak úOL splnilo medicínsky účel, PZS úOL zväži podanie návrhu na zmenu formy na ambulantnú (podľa ust. § 74 ods. 1 TZ zmenu formy OL nariadi súd, ak možno vzhľadom na povahu choroby a liečebné možnosti očakávať, že účel splní iná forma liečenia, t. j. ak má odsúdený nariadenú úOL, treba uviesť, že účel splní aj aOL).

Predĺženie OPAL, OPTXL alebo OL PH

V prípade ak pacient nemohol úOL vykonávať (napr. bol počas jeho výkonu práceneschopný alebo pre inú prekážku) môže PZS navrhnúť súdu, ktorý je miestne príslušný PZS, predĺženie výkonu úOL

najviac o tri mesiace. Návrh musí podať do doby 10 dní pred uplynutím doby liečenia, o predĺžení rozhoduje súd.

Prepustenie z úOL (je splnený účel) – kritériá:

- **PZS dáva návrh na súd (miestne príslušný PZS) na prepustenie z OL, ak bol splnený medicínsky účel OL (ust. § 448 ods. 2 TP a § 74 ods. 4 TZ),**
- ak došlo k **uzdraveniu,**
- v prípade, ak sa pre závažnú ireverzibilnú zmenu zdravotného stavu podstatne **zmení schopnosť podrobiť sa úOL** (napr. vážne onkologické ochorenie, demencia po NCMP a pod.),
- v prípade psychiatrického úOL, ak **je stav stabilizovaný**, prítomná je dostatočná kritickosť k ochoreniu a potreba ďalšej dobrovoľnej ambulantnej liečby,
- v prípade PAL/PTXL a PL PH **sa úOL ukončuje po troch mesiacoch, ak nebola predtým ukončená a nebol podaný návrh na jej predĺženie.**

Po **nadobudnutí právoplatnosti súdneho rozhodnutia o prepustení** pacienta z úOL, **prepustí** pacienta z úOL, vyznačí to v ZD a tiež uvedie v prepúšťacej správe, tiež odporučí ďalší postup.

Po automatickom ukončení **OPAL, OPTXL alebo OL PH PZS** bezodkladne **informuje súd, ktorý OL uložil** o skončení ochranného liečenia a jeho výsledkoch (§ 448 TP). V prípade predĺženia úOL (§ 446c TP) informuje o skončení OL a jeho výsledkoch **súd, ktorý rozhodol o predĺžení (miestne príslušný).**

Ukončenie úOL (nie je možné naplniť medicínsky účel) - kritériá:

- ak úOL **neplní svoj účel a nie je predpoklad, že ho z medicínskeho hľadiska bude plniť** (jeho potenciál bol už v minulosti vyčerpaný, napr. pri PAL a PTLX). (§ 448 ods. 2 TP + § 74 ods. 2 TZ)

Po **nadobudnutí právoplatnosti súdneho rozhodnutia o ukončení úOL, ukončí** PZS poskytovanie úOL a vyznačí to v ZD a tiež uvedie v prepúšťacej správe.

III. PRE POSUDZOVANIE ZDRAVOTNÉHO STAVU V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE PSYCHIATRIA A V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE SEXUOLÓGIA

A. AMBULANTNÉ (aOL) A ÚSTAVNÉ OL (úOL)

Kritériá pre neodporučenie OL – ak sa nedá očakávať, že OL splní svoj účel z medicínskeho hľadiska:

1. pretože **nie je možné z medicínskeho hľadiska očakávať liečebné ovplyvnenie** súčasnými liečebnými metódami a za daných podmienok (napr. poruchy osobnosti, demencie, MR, je potrebné posúdiť, či je vzhľadom k stupňu mentálnej a mravnej vyspelosti (úrovne) možné dosiahnuť zmenu stavu (ireverzibilita organických zmien a pod.)).
2. pretože ťažisko liečebného ovplyvnenia spočíva **v aktívnej spolupráci** pri liečbe (psychoterapia a pod.):
 - a **postoj** probanda k ochrannému liečeniu je **negatívny** (závislosti),
ALEBO
 - a **nie je schopný z medicínskeho hľadiska profitovať** z ochranného liečenia (napr. pre kognitívny deficit, v minulosti už absolvoval PAL/PTXL).

Kritériá pre odporúčenie druhu OL (psychiatrické, PAL/PTXL, sexuologické):

- podľa stanovenej **diagnózy**,
- v prípade **duálnej diagnózy**: **prednostne** sa indikuje **psychiatrické OL** (liečbu závislosti bude riešiť poskytovateľ, u ktorého bude prebiehať OL),
- pri **sexuálnom delikte**, ak je kriminálne správanie **spôsobené inou duševnou poruchou**, prednostne sa indikuje **liečenie tejto inej duševnej poruchy** (napr. psychiatrické, alebo PAL, PTXL),
- kombinácie viacerých druhov OL: **sú možné**.

Pri odporúčaní **OPAL, OPTXL a/ alebo OL PH** pri trestných činoch, pri ktorých existuje predpoklad podmieneného odkladu výkonu trestu odňatia slobody (**podmienený trest**) existuje možnosť navrhnutia uloženia:

Obmedzenia v **zákaze požívania alkoholických nápojov** a iných návykových látok alebo **účasti na hazardných hrách, hrania na hracích automatoch a uzatvárania stávk** a tiež **povinnosti v príkaze podrobiť sa liečeniu závislosti od návykových látok**, ak mu nebolo uložené ochranné liečenie, ktoré môžu efektívne nahradiť návrh uloženia OL.

Návrh pri posudzovaní odporúčenia OL:

- **individuálne treba zvažovať vzájomný vzťah zistenej psychickej poruchy a povahy skutku**,
- **podľa charakteru a vyhodnotenia závažnosti psychickej poruchy**,
- **podľa potreby použitia liečebných postupov (ŠDTP)**,
- **podľa nasledujúcich kritérií:**

Kritériá pre odporúčenie aOL: ak sa dá predpokladať spolupráca pri aOL:

- dodržiavanie liečebného režimu – absolvovať kontrolné vyšetrenia,
- užívanie liekov podľa odporúčaní,
- náhľad k ochoreniu,
- schopnosť abstinencie psychoaktívnych látok,
- adekvátne copingové schopnosti

- nemá agresívne prejavy a iné poruchy správania,
- má sociálne schopnosti a zázemie,
- **v prípade PAL/PTXL**, ak je **prítomná závislosť** a zároveň **súhlasí** s týmto druhom liečby (v prípade nesúhlasu je potrebné poučiť probanda o dobrovoľnej liečbe a zvážiť individuálne okolnosti prípadu – či má aOL potenciál napriek nesúhlasu splniť svoj medicínsky účel),
- **v prípade sexuologickej OL**: sa odporúča pri kontaktných závažných trestných činoch, resp. z medicínskeho hľadiska pri závažnom type deviácie začínať **preferenčne ústavnou** formou OL.

Kritériá pre odporúčenie úOL: ak sa nedá predpokladať spolupráca pri aOL:

- nedodriavanie liečebného režimu – absolvovať kontrolné vyšetrenia,
- neužívanie liekov podľa odporúčaní,
- chýba náhľad k ochoreniu,
- užívanie psychoaktívnych látok,
- nedostatočné copingové schopnosti
- agresívne prejavy a iné poruchy správania,
- chýbajúce sociálne schopnosti a zázemie,
- **v prípade PAL/PTXL** vo všeobecnosti sa neodporúča úOL, avšak vždy je potrebné zvážiť individuálne okolnosti prípadu – či má úOL vyšší potenciál splniť svoj medicínsky účel ako aOL – vždy je potrebná spolupráca,
- **v prípade sexuologickej OL**: pri kontaktných závažných trestných činoch, alebo pri závažnom type deviácie.

Zmena formy OL

Kritériá pre zmenu formy OL z ústavnej na ambulantnú:

- vyjadrenie poskytovateľa OL ústavnou formou k zmene OL na ambulantné je pozitívne,
- psychický stav pacienta je stabilizovaný do takej miery, ktorá umožňuje ambulantnú liečbu,
- ak sa dá predpokladať spolupráca pacienta pri aOL (pozitívny postoj probanda k ambulantnému ochrannému liečeniu, dodriavanie liečebného režimu, užívanie liekov podľa odporúčaní, náhľad k ochoreniu, neužívanie psychoaktívnych látok, adekvátne copingové schopnosti, agresívne prejavy a iné poruchy správania, sociálne schopnosti a zázemie,
- **sexuologické OL** – **vždy je potrebný znalecký posudok**. V prípade chemickej alebo chirurgickej kastrácie (tlmiaca antiandrogénová liečba), ak pacient súhlasí s jej pokračovaním, pričom nie je potrebné realizovať opätovne PPG, pretože ide o celoživotnú poruchu a výsledok PPG nezohľadňuje mieru rizika deviantného správania.

Kritériá pre zmenu formy OL z ambulantnej na ústavnú:

- ak aOL neplní medicínsky účel a zároveň ak možno vzhľadom na povahu choroby a liečebné možnosti očakávať, že účel splní ústavná forma OL.
- v prípade PAL/PTXL vo všeobecnosti sa neodporúča úOL, avšak vždy je potrebné zvážiť individuálne okolnosti prípadu – či má úOL vyšší potenciál splniť svoj medicínsky účel ako aOL – vždy je potrebná spolupráca.

B. DETENCIA

Detencia je indikovaná v prípadoch vymedzených § 81 TZ:

- (1) Ak odsúdený **vo výkone trestu odňatia slobody trpí duševnou poruchou**, ktorá **nie je len prechodná** a pre ktorú výkon trestu odňatia slobody **neplní svoj účel** a odsúdený je z dôvodu tejto duševnej poruchy **nebezpečný pre život alebo zdravie iných osôb**, súd rozhodne o prerušení výkonu trestu odňatia slobody a umiestnení odsúdeného v detenčnom ústave.
- (2) Súd môže **pred skončením výkonu trestu odňatia slobody** rozhodnúť o umiestnení do detenčného ústavu aj takého páchatel'a úmyselného trestného činu, ktorého **pobyt na slobode je z dôvodu duševnej poruchy, ktorá nie je len prechodná, nebezpečný pre život alebo zdravie iných osôb a ktorý sa odmieta podrobiť ochrannému liečeniu** alebo u ktorého ochranné liečenie **neplní svoj účel**; páchatel' sa umiestni do detenčného ústavu po výkone trestu odňatia slobody.
- (3) Súd môže na základe odborného lekárskeho posudku rozhodnúť o umiestnení páchatel'a do detenčného ústavu aj vtedy, ak páchatel', ktorého **pobyt na slobode je nebezpečný z dôvodu duševnej poruchy, ktorá nie je len prechodná, vykonáva ochranné liečenie** v zdravotníckom zariadení a **svojím správaním ohrozuje život alebo zdravie iných osôb**.
- (4) Súd môže na základe odborného lekárskeho posudku rozhodnúť o umiestnení páchatel'a do detenčného ústavu aj vtedy, ak ide o páchatel'a trestného činu spáchaného **zo sexuálneho motívu**, ktorý **vykonáva ochranné liečenie** v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ochranné liečenie **nedosiahlo svoj účel** a v budúcnosti **hrozí opakovanie** spáchaného činu alebo obdobného činu; súd rozhodne na návrh zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V prípade rizika z premeškania môže PZS podať na súd aj návrh na **predbežný príkaz na umiestnenie do detencie** (§ 462 ods. 4 TP).

Predbežný príkaz na umiestnenie v zdravotníckom zariadení:

Súd môže vydať príkaz na umiestnenie v zdravotníckom zariadení v troch prípadoch:

Na návrh prokurátora podľa TP ak:

- § 85 Zadržanie a obmedzenie osobnej slobody podozrivej osoby
 - (7) Ak policajt neprepustil zadržanú osobu na slobodu a **duševný stav zadržanej osoby vyžaduje jej umiestnenie v zdravotníckom zariadení**, vznesie jej obvinenie, vypočuje ju, ak to jej zdravotný stav umožňuje, a odovzdá spis prokurátorovi, aby ten mohol prípadne podať návrh na vydanie predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia a zároveň **návrh na vyšetrovanie jeho duševného stavu**. Ak je z dôvodu ochrany zdravia obvineného nutné jeho okamžité umiestnenie v zdravotníckom zariadení, policajt ho môže zdravotníckemu zariadeniu poskytujúcemu ústavnú starostlivosť odovzdať **s predchádzajúcim súhlasom prokurátora aj pred vydaním predbežného príkazu sudcu** pre prípravné konanie; prokurátor v takom prípade podá návrh na vydanie predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia **najneskôr do 24 hodín** od umiestnenia obvineného v zdravotníckom zariadení, inak príkazom prepustí obvineného z umiestnenia v zdravotníckom zariadení.
 - § 215 ods. 8 Trestného poriadku - Zastavenie trestného stíhania
 - (8) Ak prokurátor **zastavil trestné stíhanie** a pobyt obvineného na slobode je nebezpečný z dôvodu duševnej poruchy, zároveň s vydaním takéhoto uznesenia **podá na súd návrh na uloženie ochranného liečenia** a návrh na vydanie predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia.
- Prípadne aj na návrh PZS v prípade aOL:
- § 446 ods. 4 a 5 Trestného poriadku - **Zmena spôsobu výkonu ochranného liečenia** a zmena druhu ochranného liečenia

(4) Ak je pobyt odsúdeného **na slobode nebezpečný pre duševnú poruchu**, predseda senátu môže na návrh prokurátora alebo zdravotníckeho zariadenia vydať predbežný príkaz na umiestnenie odsúdeného do zdravotníckeho zariadenia, ktorý musí byť odôvodnený. Pred rozhodnutím predseda senátu vypočuje odsúdeného, ak to jeho zdravotný stav umožňuje. O vydaní predbežného príkazu rozhodne predseda senátu do 48 hodín od doručenia návrhu súdu.

(5) Ak **predseda senátu** vydá predbežný príkaz na umiestnenie odsúdeného v zdravotníckom zariadení, **zabezpečí jeho bezodkladný výkon**, ak odsúdený nebol už do zdravotníckeho zariadenia umiestnený

Podľa Zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti: § 6 ods. 9 Informovaný súhlas sa nevyžaduje v prípade:

e) **ústavnej starostlivosti do rozhodnutia o vydaní predbežného príkazu na umiestnenie osoby do zdravotníckeho zariadenia** ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ide o osobu, **o ktorej** umiestnení do zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti **rozhoduje sudca podľa Trestného poriadku**.

Vo všetkých prípadoch, **ak súd nerozhodne do troch mesiacov od vydania predbežného príkazu, rozhodne o jeho predĺžení vždy najviac o ďalšie dva mesiace, inak predbežný príkaz stráca platnosť**.

V prípade, ak počas trvania predbežného opatrenia PZS uloženého podľa § 85/7 TP zistí, že pominuli medicínske dôvody pre držanie pacienta v ústavnom zariadení (nie sú zaznamenané prejavy duševnej poruchy), avizuje túto skutočnosť spolu s odborným odôvodnením bezodkladne prokuratúre, ktorá vydala návrh na vydanie predbežného príkazu, a súdu, ktorý predbežný príkaz vydal.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Revízia tohto štandardného postupu po troch rokoch, prípadne po novelizácii právnych predpisov.

Literatúra:

1. Analytické centrum MS SR: Štatistická ročenka 2017. Dostupné online: <https://www.justice.gov.sk/ministerstvo/analyticke-centrum-mssr/>
2. Analytické centrum MS SR: Štatistická ročenka 2018. Dostupné online: <https://www.justice.gov.sk/ministerstvo/analyticke-centrum-mssr/>
3. Analytické centrum MS SR: Štatistická ročenka 2019. Dostupné online: <https://www.justice.gov.sk/ministerstvo/analyticke-centrum-mssr/>
4. Analytické centrum MS SR: Štatistická ročenka 2020. Dostupné online: <https://www.justice.gov.sk/ministerstvo/analyticke-centrum-mssr/>
5. Analytické centrum MS SR: Štatistická ročenka 2021. Dostupné online: <https://www.justice.gov.sk/ministerstvo/analyticke-centrum-mssr/>
6. Analytické centrum MS SR: Štatistická ročenka 2022. Dostupné online: <https://www.justice.gov.sk/ministerstvo/analyticke-centrum-mssr/>
7. NCZI Ambulantná psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2021. Dostupné online: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Psychiatricka_starostlivost/Pages/default.aspx
8. NCZI Ambulantná psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2020. Dostupné online: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Psychiatricka_starostlivost/Pages/default.aspx
9. NCZI Ambulantná psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2019. Dostupné online: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Psychiatricka_starostlivost/Pages/default.aspx
10. NCZI Ambulantná psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2018. Dostupné online: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Psychiatricka_starostlivost/Pages/default.aspx
11. Švare J., Páv M., Papežová S., Hollý M.: Ochranné liečenie – postupy pro poskytovatele zdravotní péče. Psychiatr. praxi 2018; 19(2): 80–85.
12. Vestník MZ SR č. 13/1973, čiastka 9-10, Určenie spádových území psychiatrických liečební a niektorých ďalších zdravotníckych zariadení pre liečbu psychicky chorých.
13. Vyhláška č. 228/2018 Z. z., ktorou sa vykonáva zákon č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení vyhlášky č. 160/2023 Z. z.
14. Vyhláška č. 491/2004 Z. z. o odmenách, náhradách výdavkov a náhradách za stratu času pre znalcov, tlmočníkov a prekladateľov v znení neskorších predpisov
15. Vyhláška č. 543/2005 Z. z. o Spravovacom a kancelárskom poriadku pre okresné sudy, krajské sudy, Špeciálny súd a vojenské sudy v znení neskorších predpisov
16. Zákon č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok
17. Zákon č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov
18. Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon
19. Zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok
20. Zákon č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

21. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
22. Zelman M.: Ústavné ochranné psychiatrické liečenia, detencia a fenomén agresivity v segmente ústavnej psychiatrickej starostlivosti. LFUK Bratislava, 2017, 54 s.

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. novembra 2025

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

Zoznam príloh:

Príloha č. 1: Vybrané časti všeobecne záväzných právnych predpisov upravujúcich výkon predbežných príkazov na dodanie do zdravotníckeho zariadenia, ochranného dohľadu, ochranného liečenia a detencie

Príloha č. 1 - Vybrané časti všeobecne záväzných právnych predpisov upravujúcich výkon predbežných príkazov na dodanie do zdravotníckeho zariadenia, ochranného dohľadu, ochranného liečenia a detencie

I. Legislatíva k ochranným opatreniam

– § 31 TZ

(3) Ochranné opatrenie je **ujma na osobnej slobode** alebo majetku odsúdeného alebo inej osoby, ktorú môže uložiť len súd podľa tohto zákona v záujme ochrany spoločnosti pred trestnými činmi alebo činmi inak trestnými.

– § 35 TZ

(3) Ochranné opatrenie možno uložiť aj páchatelovi činu inak trestného alebo inej osobe, ak je to nevyhnutné na zabezpečenie ochrany spoločnosti pred páchaním nových trestných činov.

II. Legislatíva k ochranným liečeniam

• § 73 TZ - Ochranné liečenie

(1) Súd uloží ochranné liečenie v prípade uvedenom v § 39 ods. 2 písm. c) (pozn. **zníženie trestu pri zmenšenej príčetnosti**) alebo § 40 ods. 1 písm. c) (pozn. **upustenie od trestu pri zmenšenej príčetnosti**) alebo ak páchatel činu inak trestného **nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný a jeho pobyt na slobode je nebezpečný**.

(2) Súd tak môže urobiť aj vtedy, ak páchatel spáchal trestný čin

a) **v stave zmenšenej príčetnosti a jeho pobyt na slobode je nebezpečný,**

b) **v súvislosti s duševnou poruchou a jeho pobyt na slobode je nebezpečný,** alebo

c) **v dôsledku závislosti od návykovej látky alebo v dôsledku závislosti na hazardných hrách.**

(3) Ochranné liečenie podľa odseku 2 písm. c) súd **neuloží, ak vzhľadom na osobu páchatel'a, alebo jeho postoj k predchádzajúcemu ochrannému liečeniu nemožno očakávať dosiahnutie jeho účelu.**

(4) Ochranné liečenie môže súd uložiť aj popri treste, pri upustení od potrestania alebo pri podmienenom upustení od potrestania.

(5) Ak **odsúdený vo výkone trestu odňatia slobody trpí duševnou poruchou**, ktorá podľa odborného lekárskeho posudku **nie je len prechodná** a pre ktorú je pobyt odsúdeného **na slobode nebezpečný**, súd môže rozhodnúť o **uložení ochranného liečenia**.

(6) Súd **uloží ochranné liečenie** aj páchatel'ovi, **u ktorého rozhodne o prepustení z výkonu detencie** a ktorý trpí duševnou poruchou, ktorá nie je len prechodná.

- **§ 74 TZ - Ochranné liečenie**

(1) **Ambulantnú formu** ochranného liečenia súd uloží, ak vzhľadom na osobu páchatel'a, povahu duševnej poruchy a liečebné možnosti **možno očakávať splnenie účelu** ochranného liečenia. **Ústavnú formu** ochranného liečenia súd uloží, len ak je pobyt páchatel'a **na slobode nebezpečný** z dôvodu duševnej poruchy alebo ak vzhľadom na osobu páchatel'a, povahu duševnej poruchy a liečebné možnosti **nemožno očakávať, že účel splní ambulantná forma ochranného liečenia**. Ak súd ukladá ochranné liečenie podľa § 73 ods. 2 písm. c) **popri treste odňatia slobody**, ktorého výkon podmienene nekladá, uloží ho **ústavnou formou**.

(2) Súd **zmení formu** ochranného liečenia, ak uložená forma **neplní svoj účel** a možno **dôvodne očakávať dosiahnutie účelu inou formou**. **Ústavnú formu** ochranného liečenia môže súd **zmeniť na ambulantnú formu**, ak doterajší priebeh ochranného liečenia nasvedčuje tomu, že ústavná forma už nie je potrebná a účel ochranného liečenia možno dosiahnuť aj ambulantnou formou.

(3) Ak sa ochranné liečenie ukladá popri nepodmienenom treste odňatia slobody, vykonáva sa počas výkonu trestu v ústave na výkon trestu. Ak dĺžka výkonu trestu odňatia slobody v ústave na výkon trestu nepostačí na splnenie účelu ochranného liečenia, súd môže rozhodnúť o jeho pokračovaní ambulantnou formou alebo ústavnou formou.

(4) **Ochranné liečenie trvá, kým to vyžaduje jeho účel**; o zmene jeho formy, o prepustení z jeho výkonu alebo jeho ukončení rozhoduje súd.

(5) Ochranné liečenie uložené páchatel'ovi podľa § 73 ods. 2 písm. c) (pozn. protialkoholická, protitoxikomanická OL, OL patologického hráčstva) **ambulantnou formou trvá najviac dvanásť mesiacov a ústavnou formou trvá najviac tri mesiace s následným doliečovaním ambulantnou formou, ktorá trvá najviac dvanásť mesiacov**. Ak sa počas výkonu ochranného liečenia zistí, že jeho účel **nemožno dosiahnuť** alebo ak na dosiahnutie jeho účelu **nie je potrebná určená doba alebo súdom uložená forma**, súd **zmení formu** ochranného liečenia **alebo rozhodne o prepustení** z výkonu ochranného liečenia alebo o ukončení ochranného liečenia.

(6) Od výkonu ochranného liečenia súd **upustí, ak pred jeho začatím zaniknú okolnosti**, pre ktoré bolo uložené.

- **§ 445 TP - Nariadenie výkonu ochranného liečenia**

(3) **Zoznam zdravotníckych zariadení**, v ktorých sa vykonáva ochranné liečenie, **vedie Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky**.

- **§ 448b TP**

Zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa ochranné liečenie vykonáva, alebo ošetrojúci lekár, **má nárok na náhradu nevyhnutných výdavkov** spojených s podaním návrhu na zmenu ochranného liečenia, prepustenie z ochranného liečenia alebo jeho ukončenie alebo spojených s vypracovaním správy vyžiadanej súdom alebo orgánom činným v trestnom konaní.

- **§ 12 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti - Právne vzťahy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

(1) Právny vzťah, ktorého predmetom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vzniká na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú osoba uzatvorí s poskytovateľom, **ak tento zákon neustanovuje inak (§ 6 ods. 9)**.

(2) Poskytovateľ môže odmietnuť návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak

a) by uzatvorením takejto dohody **prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie**,

b) **osobný vzťah** zdravotníckeho pracovníka k osobe, ktorej sa má zdravotnú starostlivosť poskytovať, alebo k jej zákonnému zástupcovi **nezaručuje objektívne hodnotenie** jej zdravotného stavu alebo

c) poskytovaniu zdravotnej starostlivosti **bráni osobné presvedčenie** zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať.

III. Legislatíva k súbehu ochranného liečenia a ochranného dohľadu

- **§ 76a TZ - Ochranný dohľad**

(1) **Ochranný dohľad** súd uloží páchateľovi činu inak trestného, ktorý **nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný** a ukladá mu **ochranné liečenie ambulantnou formou**.

(2) Ochranný dohľad súd uloží **aj vtedy, ak mení ústavnú formu** ochranného liečenia **psychiatrického alebo sexuologického na ambulantnú formu**. Ochranný dohľad môže súd uložiť **aj pri zmene ústavnej formy iného druhu** ochranného liečenia na ambulantnú formu, ak to považuje vzhľadom na osobu páchateľa a dosiahnutie účelu ochranného liečenia za potrebné.

(3) Ochranný dohľad môže súd uložiť **aj páchateľovi, ktorý nedodríava liečebný režim** ambulantného ochranného liečenia.

- **§ 77 TZ - Ochranný dohľad**

(2) Odsúdený alebo páchateľ, ktorému súd uložil ochranný dohľad podľa § 76a, **je povinný sa do piatich pracovných dní od uloženia ochranného dohľadu dostaviť k probačnému a mediačnému úradníkovi** okresného súdu, **v ktorého obvode má bydlisko**, a v rámci uloženého ochranného dohľadu je povinný

a) **hlásiť sa osobne v určených lehotách,**

b) **oznamovať vopred vzdialenie sa z miesta bydliska;** to neplatí, ak ide o pravidelne opakujúce sa vzdialenia, o ktorých bol probačný a mediačný úradník vopred informovaný, a

c) **podrobiť sa kontrole dodržiavania liečebného režimu.**

(3) **Ak páchateľ nedodríava liečebný režim, zdravotnícke zariadenie,** v ktorom vykonáva ochranné liečenie, **oznámí túto skutočnosť probačnému a mediačnému úradníkovi, ktorý bezodkladne podá návrh na súd na zmenu ambulantného ochranného liečenia na ústavné alebo návrh na uloženie obmedzení a povinností podľa § 51 ods. 3 a 4.** Rovnako postupuje probačný a mediačný úradník aj vtedy, **ak páchateľ neplní alebo nedodríava povinnosti vyplývajúce z ochranného dohľadu** alebo uložené v rámci ochranného dohľadu. **Ak je pobyt páchateľa na slobode nebezpečný z dôvodu nedodríavania liečebného režimu** alebo z dôvodu zhoršenia jeho zdravotného stavu, **návrh na súd na zmenu ambulantného ochranného liečenia na ústavné môže podať aj zdravotnícke zariadenie,** ktoré môže navrhnúť **aj vydanie predbežného príkazu na umiestnenie páchateľa v zdravotníckom zariadení** poskytujúcom ústavnú starostlivosť.

(5) Odsúdený, ktorému súd uložil ďalšie obmedzenia alebo povinnosti podľa odseku 2, je **povinný podrobiť sa kontrole technickými prostriedkami,** ak je takáto kontrola nariadená. Nariadiť kontrolu technickými prostriedkami možno, ak sú splnené podmienky podľa osobitného predpisu.

- **§ 78 TZ - Ochranný dohľad**

„(3) **Ochranný dohľad podľa § 76a trvá, kým to vyžaduje jeho účel;** o prepustení z ochranného dohľadu rozhoduje súd.

- **§ 460 TP - Uloženie ochranného dohľadu mimo hlavného pojednávania**

(4) **O uložení ochranného dohľadu podľa § 76a Trestného zákona rozhoduje súd na návrh alebo aj bez návrhu súčasne s uložením ochranného liečenia ambulantnou formou alebo súčasne s rozhodnutím o zmene ústavnej formy ochranného liečenia na ambulantnú formu.** O uložení ochranného dohľadu odsúdenému, **ktorý nedodríava režim uloženého ambulantného ochranného liečenia,** rozhoduje na návrh zdravotníckeho zariadenia **súd, ktorý ochranné liečenie uložil.** (pozn. nie ten, v ktorého obvode sa OL vykonáva)

IV. Legislatíva k detencii

- **§ 81 TZ - Detencia**

(1) Ak odsúdený **vo výkone trestu** odňatia slobody **trpí duševnou poruchou,** ktorá nie je len prechodná a pre ktorú výkon trestu odňatia slobody neplní svoj účel a odsúdený je z dôvodu tejto duševnej poruchy **nebezpečný pre život alebo zdravie iných osôb,** súd rozhodne o prerušení výkonu trestu odňatia slobody a umiestnení odsúdeného v detenčnom ústave.

(2) Súd môže pred skončením výkonu trestu odňatia slobody rozhodnúť o umiestnení do detenčného ústavu aj takého páchateľa úmyselného trestného činu, ktorého pobyt na slobode je **z dôvodu duševnej poruchy,** ktorá nie je len prechodná, **nebezpečný pre život alebo zdravie iných osôb** a ktorý sa **odmieta podrobiť ochrannému liečeniu** alebo u ktorého **ochranné liečenie neplní svoj účel;** páchateľ sa umiestni do detenčného ústavu po výkone trestu odňatia slobody.

(3) Súd môže na základe odborného lekárskeho posudku rozhodnúť o umiestnení páchateľa do detenčného ústavu aj vtedy, ak páchateľ, ktorého pobyt na slobode je nebezpečný **z dôvodu duševnej poruchy,** ktorá nie je len prechodná, **vykonáva ochranné liečenie v zdravotníckom zariadení a svojím správaním ohrozuje život alebo zdravie iných osôb.**

(4) Súd môže na základe odborného lekárskeho posudku rozhodnúť o umiestnení páchateľa do detenčného ústavu aj vtedy, ak ide o páchateľa trestného činu spáchaného **zo sexuálneho motívu,** ktorý **vykonáva ochranné liečenie** v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ochranné liečenie **nedosiahlo svoj účel** a v budúcnosti **hrozí opakovanie spáchaného činu alebo obdobného činu;** súd rozhodne na návrh zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

- § 462 TP - výkon detencie

(1) Návrh na umiestnenie odsúdeného v detenčnom ústave môže podať prokurátor, **zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom odsúdený vykonáva ochranné liečenie**, alebo riaditeľ ústavu na výkon trestu, v ktorom odsúdený vykonáva trest odňatia slobody. Ak sa návrh podáva počas výkonu trestu odňatia slobody, návrh sa musí podať aspoň 60 dní pred skončením výkonu trestu odňatia slobody, aby prvostupňový súd mohol rozhodnúť najmenej 30 dní pred skončením výkonu trestu odňatia slobody a nadriadený súd v prípade podania sťažnosti podľa odseku 3 rozhodol tak, aby po skončení výkonu trestu odňatia slobody **ihneď pokračoval výkon detencie**.

(2) O návrhu podľa odseku 1 rozhoduje súd, v ktorého obvode sa vykonáva trest odňatia slobody alebo ochranné liečenie, na verejnom zasadnutí. Pred rozhodnutím musí byť odsúdený vypočutý; to neplatí, ak odsúdený požiadal, aby sa verejné zasadnutie konalo v jeho neprítomnosti alebo ak to jeho zdravotný stav neumožňuje a súd mu z toho dôvodu ustanoví obhajcu. **Ak návrh podáva zdravotnícke zariadenie, súd rozhodne do desiatich pracovných dní. Ak súd potrebuje pre rozhodnutie znalecký posudok, rozhodne do desiatich pracovných dní od doručenia znaleckého posudku.**

(3) Proti uzneseniu podľa odseku 2 je prípustná sťažnosť, ktorá má odkladný účinok.

(4) Vo výnimočných prípadoch, najmä ak súd potrebuje na rozhodnutie znalecký posudok a nerozhodol by do skončenia výkonu trestu odňatia slobody alebo **ak odsúdený v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti svojím správaním ohrozuje život alebo zdravie iných osôb, môže predseda senátu na návrh** prokurátora, riaditeľa ústavu na výkon trestu, **zdravotníckeho zariadenia** alebo aj bez takého návrhu **vydať predbežný príkaz na umiestnenie odsúdeného do detencie**, ktorý musí byť odôvodnený. Pred rozhodnutím predseda senátu vypočuje odsúdeného, ak to jeho zdravotný stav umožňuje. O vydaní predbežného príkazu rozhodne predseda senátu do 48 hodín od doručenia návrhu súdu.

...

(8) Ak sa rozhodlo o umiestnení odsúdeného do detencie, ihneď po právoplatnosti uznesenia predseda senátu súdu prvého stupňa alebo sťažnostného súdu po dohode s detenčným ústavom vydá **príkaz na dodanie odsúdeného do detenčného ústavu**. Ak je odsúdený vo výkone trestu odňatia slobody, odsúdeného do detenčného ústavu dodajú na podklade príkazu príslušníci Zboru väzenskej a justičnej stráže; v ostatných prípadoch **dodajú odsúdeného do detenčného ústavu príslušníci Policajného zboru**.

V. Legislatíva k predbežnému príkazu

- § 85 TP - zadržanie a obmedzenie osobnej slobody podozrivej osoby

(7) Ak **policajt** neprepustil zadržanú osobu na slobodu a **duševný stav zadržanej osoby vyžaduje jej umiestnenie v zdravotníckom zariadení, vznesie jej obvinenie**, vypočuje ju, ak to jej zdravotný stav umožňuje, a odovzdá spis prokurátorovi, aby ten mohol prípadne podať **návrh na vydanie predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia** a zároveň návrh na vyšetrovanie jeho duševného stavu. Ak je z dôvodu ochrany zdravia obvineného nutné jeho okamžité umiestnenie v zdravotníckom zariadení, **policajt ho môže zdravotníckemu zariadeniu poskytujúcemu ústavnú starostlivosť odovzdať s predchádzajúcim súhlasom prokurátora aj pred vydaním predbežného príkazu sudcu pre prípravné konanie**; prokurátor v takom prípade podá návrh na vydanie predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia najneskôr do 24 hodín od umiestnenia obvineného v zdravotníckom zariadení, inak príkazom prepustí obvineného z umiestnenia v zdravotníckom zariadení.

- § 215 TP - Zastavenie trestného stíhania

(8) Ak **prokurátor zastavil trestné stíhanie** podľa odseku 1 písm. e) a **pobyt obvineného na slobode je nebezpečný z dôvodu duševnej poruchy**, zároveň s vydaním takéhoto uznesenia **podá na súd návrh na uloženie ochranného liečenia a návrh na vydanie predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia**.

- § 446 TP - Zmena spôsobu výkonu ochranného liečenia a zmena druhu ochranného liečenia

(4) Ak je **pobyt odsúdeného na slobode nebezpečný pre duševnú poruchu**, predseda senátu môže na návrh prokurátora alebo zdravotníckeho zariadenia **vydať predbežný príkaz na umiestnenie odsúdeného do zdravotníckeho zariadenia**, ktorý musí byť odôvodnený. Pred rozhodnutím predseda senátu vypočuje odsúdeného, ak to jeho zdravotný stav umožňuje. O vydaní predbežného príkazu rozhodne predseda senátu do 48 hodín od doručenia návrhu súdu.

(5) Ak predseda senátu vydá predbežný príkaz na umiestnenie odsúdeného v zdravotníckom zariadení, **zabezpečí jeho bezodkladný výkon, ak odsúdený nebol už do zdravotníckeho zariadenia umiestnený**, pretože z dôvodu nedodržiavania liečebného režimu alebo zhoršenia zdravotného stavu bol jeho pobyt na slobode nebezpečný. Ak predseda senátu návrhu nevyhovie, rozhodne uznesením, ktoré uvedie v zápisnici o úkone.

(6) Ak súd **nerozhodne** o zmene spôsobu výkonu ambulantného ochranného liečenia na ústavnú formu **do troch mesiacov od vydania predbežného príkazu**, rozhodne o jeho **predĺžení vždy najviac o ďalšie dva mesiace, inak predbežný príkaz stráca platnosť**.

- § 462 TP - Výkon detencie

(4) Vo výnimočných prípadoch, najmä ak súd potrebuje na rozhodnutie znalecký posudok a nerozhodol by do skončenia výkonu trestu odňatia slobody alebo ak odsúdený v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti svojim správaním ohrozuje život alebo zdravie iných osôb, môže **predseda senátu na návrh** prokurátora, riaditeľa ústavu na výkon trestu, **zdravotníckeho zariadenia** alebo aj bez takého návrhu **vydať predbežný príkaz na umiestnenie odsúdeného do detencie**, ktorý musí byť odôvodnený. Pred rozhodnutím predseda senátu vypočuje odsúdeného, ak to jeho zdravotný stav umožňuje. O vydaní predbežného príkazu rozhodne predseda senátu do 48 hodín od doručenia návrhu súdu.

(6) Ak súd nerozhodne o uložení detencie **do troch mesiacov od vydania predbežného príkazu**, rozhodne o jeho **predĺžení vždy najviac o ďalšie dva mesiace, inak predbežný príkaz stráca platnosť** a odsúdený **pokračuje v uloženom ústavnom ochrannom liečení**.

- § 6 ods. 9 písm. e) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

„(6) Informovaný súhlas sa nevyžaduje v prípade ...

e) **ústavnej starostlivosti do rozhodnutia o vydaní predbežného príkazu** na umiestnenie osoby do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ide o osobu, o ktorej umiestnení do zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti rozhoduje sudca podľa Trestného poriadku.“.

VI. Legislatíva k OL protialkoholickým, protitoxikomanickým a liečby patologického hráčstva

- § 73 TZ - Ochranné liečenie

(1) Súd uloží ochranné liečenie v prípade uvedenom v § 39 ods. 2 písm. c) (pozn. zníženie trestu pri zmenšenej pričítlosti) alebo § 40 ods. 1 písm. c) (pozn. upustenie od trestu pri zmenšenej pričítlosti) alebo ak páchatel' činu inak trestného nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný a jeho pobyt na slobode je nebezpečný.

(2) Súd tak môže urobiť aj vtedy, ak páchatel' spáchal trestný čin

a) v stave zmenšenej pričítlosti a jeho pobyt na slobode je nebezpečný,

b) v súvislosti s duševnou poruchou a jeho pobyt na slobode je nebezpečný, alebo

c) **v dôsledku závislosti od návykovej látky alebo v dôsledku závislosti na hazardných hrách.**

(3) Ochranné liečenie podľa odseku 2 písm. c) súd neuloží, ak vzhľadom na osobu páchatel'a, alebo jeho postoj k predchádzajúcemu ochrannému liečeniu nemožno očakávať dosiahnutie jeho účelu.

- § 74 TZ - Ochranné liečenie

(5) Ochranné liečenie uložené páchatel'ovi podľa § 73 ods. 2 písm. c) (pozn. protialkoholická, protitoxikomanická OL, OL patologického hráčstva) **ambulantnou formou trvá najviac dvanásť mesiacov a ústavnou formou trvá najviac tri mesiace s následným doliečovaním ambulantnou formou, ktorá trvá najviac dvanásť mesiacov**. Ak sa počas výkonu ochranného liečenia zistí, že jeho účel **nemožno dosiahnuť** alebo ak na dosiahnutie jeho účelu **nie je potrebná určená doba alebo súdom uložená forma**, súd **zmení formu** ochranného liečenia **alebo rozhodne o prepustení** z výkonu ochranného liečenia alebo o ukončení ochranného liečenia.

(6) Od výkonu ochranného liečenia súd **upustí, ak pred jeho začatím zaniknú okolnosti**, pre ktoré bolo uložené.

- § 76a TZ – Ochranný dohľad

(1) Ochranný dohľad súd uloží páchatel'ovi činu inak trestného, ktorý nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný a ukladá mu ochranné liečenie ambulantnou formou.

(2) **Ochranný dohľad** súd uloží aj vtedy, ak mení ústavnú formu ochranného liečenia psychiatrického alebo sexuologického na ambulantnú formu. Ochranný dohľad môže súd uložiť aj **pri zmene ústavnej formy iného druhu ochranného liečenia (pozn. tj. PTL/PTxL, OLPH) na ambulantnú formu, ak to považuje vzhľadom na osobu páchatel'a a dosiahnutie účelu ochranného liečenia za potrebné.**

(3) **Ochranný dohľad môže súd uložiť aj páchatelovi, ktorý nedodržiava liečebný režim ambulantného ochranného liečenia.**

- **§ 51 TZ - Podmienečný odklad výkonu trestu odňatia slobody s probačným dohľadom**

(1) Súd môže za podmienok uvedených v § 49 ods. 1 **podmienečne odložiť výkon trestu odňatia slobody** neprevyšujúceho štyri roky, ak páchatelovi zároveň uloží probačný dohľad nad jeho správaním v skúšobnej dobe. Ustanovenie § 49 ods. 2 platí rovnako.

(2) Pri určení probačného dohľadu ustanoví súd skúšobnú dobu na jeden rok až päť rokov. Skúšobná doba začína plynúť dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozsudku. **Zároveň súd uloží obmedzenia alebo povinnosti, ktoré sú súčasťou probačného dohľadu.** Skúšobná doba neplynie počas výkonu nepodmienečného trestu odňatia slobody a počas výkonu väzby.

(3) **Obmedzenia** spočívajú najmä v zákaze

b) **požívania alkoholických nápojov a iných návykových látok,**

e) **účasti na hazardných hrách, hrania na hracích automatoch a uzatvárania stávok,**

(4) **Povinnosti** spočívajú najmä v príkaze

i) **podrobiť sa liečeniu závislosti od návykových látok,** ak mu nebolo uložené ochranné liečenie,

(5) Páchatel, ktorému bol uložený probačný dohľad, je **povinný strpieť nad sebou kontrolu vykonávanú probačným a mediálnym úradníkom a podrobiť sa kontrole technickými prostriedkami,** ak je takáto kontrola nariadená; nariadiť kontrolu technickými prostriedkami možno, ak sú splnené podmienky podľa osobitného predpisu.

- **§ 445 TP - Nariadenie výkonu ochranného liečenia**

(1) Výkon ochranného liečenia **nariadi predseda senátu zdravotníckemu zariadeniu,** ktoré má ochranné liečenie vykonať. Ak súd uložil ochranné liečenie **podľa § 73 ods. 2 písm. c) Trestného zákona ústavnou formou, nariadi zároveň aj doliečovaci ambulantnú formu.** Ak bolo ochranné liečenie uložené **popri nepodmienečnom treste odňatia slobody,** predseda senátu **nariadi, aby sa ochranné liečenie vykonávalo v priebehu výkonu trestu odňatia slobody.** Doliečovanie ambulantnou formou podľa § 74 ods. 5 Trestného zákona sa začne **až po prepustení odsúdeného z výkonu trestu odňatia slobody;** v takom prípade sa ustanovenie § 446a nepoužije.

- **§ 446c TP - Predĺženie ochranného liečenia**

(1) Odsúdenému, ktorému bolo uložené ochranné liečenie podľa § 73 ods. 2 písm. c) Trestného zákona a ktorý bol **počas jeho výkonu práceneschopný alebo pre inú prekážku nemohol ochranné liečenie vykonávať,** súd, **v obvode ktorého sa ochranné liečenie vykonáva,** na verejnom zasadnutí **na návrh zdravotníckeho zariadenia** alebo riaditeľa ústavu na výkon trestu odňatia slobody alebo nemocnice pre obvinených a odsúdených **predĺži výkon ochranného liečenia najviac o tri mesiace.** Ak sa odsúdený nachádza v ústavnej zdravotnej starostlivosti, návrh sa musí podať aspoň desať pracovných dní pred uplynutím trojmesačnej doby výkonu ochranného liečenia a súd rozhodne do uplynutia trojmesačnej doby výkonu ochranného liečenia.

(2) Súd môže na verejnom zasadnutí odsúdenému, ktorému bolo uložené ochranné liečenie podľa § 73 ods. 2 písm. c) Trestného zákona, predĺžiť výkon ochranného liečenia nad dobu podľa § 74 ods. 5 Trestného zákona na návrh zdravotníckeho zariadenia alebo riaditeľa ústavu na výkon trestu odňatia slobody alebo nemocnice pre obvinených a odsúdených, ak je to potrebné na dosiahnutie účelu ochranného liečenia. Ak sa odsúdený nachádza **v ústavnej zdravotnej starostlivosti, návrh sa musí podať aspoň desať pracovných dní pred uplynutím trojmesačnej doby** výkonu ochranného liečenia a súd rozhodne do uplynutia trojmesačnej doby výkonu ochranného liečenia.

(3) Proti uzneseniu podľa odseku 1 alebo odseku 2 je prípustná sťažnosť.

- **§ 448 TP - prepustenie z ochranného liečenia a jeho ukončenie**

(1) Ochranné liečenie ústavnou formou uložené **podľa § 73 ods. 2 písm. c) Trestného zákona sa končí uplynutím doby** podľa § 74 ods. 5 Trestného zákona; **to neplatí ak súd rozhodol o jeho predĺžení podľa § 446c alebo o jeho ukončení aj skôr, ak sa počas jeho výkonu zistí, že jeho účel nemožno dosiahnuť** alebo ak dosiahnutie jeho účelu je možné aj pred uplynutím doby podľa § 74 ods. 5 Trestného zákona. **Zdravotnícke zariadenie bezodkladne informuje súd o skončení ochranného liečenia a jeho výsledkoch.**

VII. Legislatíva k zmene formy a druhu OL a jeho ukončeniu.

- **§ 446 TP - Zmena spôsobu výkonu ochranného liečenia a zmena druhu ochranného liečenia**

(1) O **zмене spôsobu výkonu** ochranného liečenia alebo **zмене druhu ochranného liečenia** rozhoduje na návrh alebo aj bez návrhu **predseda senátu súdu, v ktorého obvode je zdravotnícke zariadenie**, v ktorom sa ochranné liečenie vykonáva. Ak súd rozhoduje na návrh prokurátora, zdravotníckeho zariadenia, probačného a mediačného úradníka alebo riaditeľa ústavu na výkon trestu odňatia slobody alebo nemocnice pre obvinených a odsúdených, rozhodne **do desiatich pracovných dní od doručenia návrhu súdu**. Ak súd potrebuje pre rozhodnutie **znalecký posudok**, rozhodne **do desiatich pracovných dní od doručenia** znaleckého posudku.

(2) Predseda senátu rozhodne na verejnom zasadnutí, ak rozhoduje o zmene **ambulantnej formy ochranného liečenia na ústavnú formu; predtým musí byť odsúdený vypočutý**, ak to jeho zdravotný stav umožňuje.

(3) Proti uzneseniu podľa odseku 1 je prípustná sťažnosť, ktorá má odkladný účinok.

(4) Ak je pobyt odsúdeného na slobode nebezpečný pre duševnú poruchu, predseda senátu **môže na návrh** prokurátora alebo **zdravotníckeho zariadenia vydať predbežný príkaz na umiestnenie odsúdeného do zdravotníckeho zariadenia**, ktorý musí byť odôvodnený. Pred rozhodnutím predseda senátu vypočuje odsúdeného, ak to jeho zdravotný stav umožňuje. O vydaní predbežného príkazu rozhodne predseda senátu do 48 hodín od doručenia návrhu súdu.

(5) Ak predseda senátu **vydá predbežný príkaz** na umiestnenie odsúdeného v zdravotníckom zariadení, **zabezpečí jeho bezodkladný výkon**, ak odsúdený nebol už do zdravotníckeho zariadenia umiestnený, pretože z dôvodu nedodržiavania liečebného režimu alebo zhoršenia zdravotného stavu bol jeho pobyt na slobode nebezpečný. Ak predseda senátu návrhu nevyhovie, rozhodne uznesením, ktoré uvedie v zápisnici o úkone.

- **§ 448 TP - Prepustenie z ochranného liečenia a jeho ukončenie**

(2) O prepustení z ochranného liečenia alebo o jeho ukončení **rozhodne na návrh prokurátora, obvineného, zdravotníckeho zariadenia** alebo riaditeľa ústavu na výkon trestu odňatia slobody alebo nemocnice pre obvinených a odsúdených alebo aj bez takého návrhu **predseda senátu súdu, v ktorého obvode sa ochranné liečenie vykonáva**; ak rozhoduje na návrh prokurátora, zdravotníckeho zariadenia alebo riaditeľa ústavu na výkon trestu odňatia slobody alebo nemocnice pre obvinených a odsúdených o prepustení z ústavného ochranného liečenia alebo o jeho ukončení, rozhodne **najneskôr do desiatich pracovných dní od doručenia návrhu súdu**.

(3) Predseda senátu súdu, v ktorého obvode sa ochranné liečenie v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti vykonáva, **najmenej raz ročne preskúma, či dôvody ochranného liečenia trvajú**. Ak dôvody ochranného liečenia pominuli, postupuje podľa odseku 2, inak rozhodne, že vo výkone ochranného liečenia sa bude pokračovať.

VIII. Legislatíva k uloženiu OL počas výkonu trestu a detencie

- **§ 446b TP - Uloženie ochranného liečenia počas výkonu trestu**

(1) Ak **odsúdený vo výkone trestu odňatia slobody trpí duševnou poruchou**, ktorá podľa odborného lekárskeho posudku **nie je len prechodná** a pre ktorú je **pobyt odsúdeného na slobode nebezpečný, môže súd**, v obvode ktorého sa trest vykonáva, na verejnom zasadnutí na návrh riaditeľa ústavu na výkon trestu odňatia slobody **rozhodnúť o uložení ochranného liečenia**.

- **§ 463 TP**

(2) Ak dôvody detencie pominuli, ale je potrebné pokračovať v liečení odsúdeného, súd odsúdeného z výkonu detencie uznesením prepustí a zároveň rozhodne o uložení ochranného liečenia.

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:

Komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov štandardný diagnostický a terapeutický postup

Autorský kolektív:

MUDr. Barbora Vašečková, PhD.
MUDr. Marek Zelman
PhDr. Robert Máthé, PhD.
Mgr. Jana Štefániková, PhD.
MUDr. Danica Caisová-Škultétyová
JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD. et. PhD.

Špecializačný odbor:

Psychiatria
Sexuológia

Recenzenti:

MUDr. Mgr. Jozef Dragašek, PhD. MHA; MUDr. Oľga Jamborová; MUDr. Ing. Eva Katríková; MUDr. Ján Konôpka (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Mílada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Súhlasné stanoviská: Slovenská sexuologická spoločnosť SLS, Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisii MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0320 | 9. október 2025 | schválený | 1. november 2025 |

Kľúčové slová

parafilná porucha, sexuálna delikvencia, manažment diagnostiky a liečby, manažment rizík

Zoznam skratiek

| | |
|---------------|---|
| CPA | cyproterónacetát |
| DSM 5 | Piata revízia Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie |
| FDT | Test kresby ľudskej postavy |
| GnRH | Gonadotropín uvoľňujúci hormón |
| GRASSI | Grassiho dotazník sexuálnej spokojnosti |
| IATSO | International Association for the Treatment of Sexual Offenders |
| ICD-11 | Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov, jedenásta revízia (International Classification of Diseases) |
| ICL | Dotazník interpersonálnej diagnostiky |
| MKCH | Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov |
| MMPI-2 | Minesotské multifázické osobnostné inventórium |
| MPA | medroxyprogesterónacetát |
| PPG | Penilná pletyzmografia |
| ROR | Rorschachova metóda |
| SFŽ | Sexuální funkce žen |
| SFM | Sexuální funkce mužů |
| SPC | Súhrn charakteristických vlastností lieku |
| SSRI | Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu |
| ŠDTP | štandardný diagnostický a terapeutický postup |
| WHO | Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization) |
| WFSBP | Svetová federácia spoločností pre biologickú psychiatriu (World Federation of Societies of Biological Psychiatry) |

Vymedzenie základných pojmov

parafilná porucha - parafilná porucha je parafília, ktorá v zmysle definície duševnej poruchy spôsobuje ťažkosti jedincovi a/alebo jeho okoliu

parafília - parafília je odchýlka v spôsobe dosiahnutia sexuálneho vzrušenia alebo uspokojenia alebo jeho objekte

sexuálny delikvent - páchatel' sexuálne motivovaného trestného činu, nehovorí o prítomnosti parafilnej poruchy

sexuálna deviácia – parafília

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater): psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu v prípade existujúcich komorbidných psychických porúch, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie psychofarmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci súčasnej forenznej psychiatrickej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskeho správ pre forenzne účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Psychiater so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatrická sexuológia (psychiater–sexuológ): sexuologické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie vrátane hormonálnej terapie a indikovania orchiektómie, realizácia PPG vyšetrenia a interpretácia výsledkov, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci forenznej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskeho správ pre forenzne účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore endokrinológia (endokrinológ): diagnostika a diferenciálna diagnostika iných endokrinopatií a komorbidít, posúdenie vhodnosti hormonálnej liečby, vedenie hormonálnej liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia (urológ), urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (urológ–sexuológ): diagnostika a diferenciálna diagnostika iných urologických ochorení, chirurgická liečba, prevencia a pravidelné sledovanie stavu, informovanie o možnostiach reprodukcie a prevencii sexuálne prenosných infekcií.

Psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (klinický psychológ): psychodiagnostika, komplexné klinickopsychologické vyšetrenie, diferenciálna diagnostika, poskytovanie podporných psychoterapeutických intervencií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo (všeobecný lekár pre dospelých - VLD): primárna zdravotná starostlivosť a súčinnosť s ostatnými špecialistami, ktorí sa spolupodieľajú na komplexnom manažmente zdravotnej starostlivosti

Sestra: ošetrovateľská starostlivosť, poskytovanie podporných psychoterapeutických intervencií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo (internista)

Psychológ: podporné psychoterapeutické intervencie

Špecialista (psychológ, klinický psychológ, lekár) s certifikovanou pracovnou činnosťou psychoterapia (psychoterapeut): podporné psychoterapeutické intervencie

Sociálny pracovník: riešenie sociálnych otázok.

Úvod

Parafilné poruchy sú stavy, ktoré sa vyznačujú pretrvávajúcimi a intenzívnymi vzorcami atypického sexuálneho vzrušenia, nezvyčajnými alebo neobvyklými sexuálnymi preferenciami, fantáziami alebo správaním, ktoré sa odchyľujú od spoločensky prijatých či legislatívnych noriem. Za poruchu sú považované v prípade, ak objektom sexuálneho záujmu je osoba, či iný živý tvor (zvíra), ktorý súhlas nedal, alebo z nejakého dôvodu (napríklad veku) dať nemôže, alebo spôsobujú významné utrpenie či riziko poškodenia samotného jedinca (World Health Organization, 2022).

V minulosti používaný pojem „sexuálne deviácie“ dnes považujeme za obsolentný. Dôvodom je okrem iného fakt, že vyvolával nejasnosti o legitimitu týchto diagnostických jednotiek ako reálnych medicínskych stavov a implikoval skôr predstavy sexuálneho životného štýlu, či správania podmieneného osobnostnými charakteristikami či vplyvom vonkajších okolností. Parafilné poruchy sú reálne medicínske entity, ktoré sú zahrnuté v klasifikáciách chorôb a dajú sa diagnostikovať na základe jasne určených symptómov a správania. Potreba dostupnej a na dôkazoch založenej liečby vyplýva okrem charakteru samotného stavu, aj z vysokej miery komorbidít s psychickými ochoreniami a faktu, že môžu byť spojené s rizikom poškodenia jedinca alebo inej osoby (Gordon & Grubin, 2004).

Obdobie vzniku, respektíve prejavu sa parafilnej poruchy je najčastejšie obdobie neskorej adolescencie alebo skorej dospelosti. Parafilná orientácia je vo svojej podstate považovaná za celoživotnú a trvalú charakteristiku jedinca, ktorá je ťažko ovplyvniteľná liečbou, trestom či inými prostriedkami, avšak parafilné záujmy a správanie na liečbu môžu reagovať (Briken et al., 2014; Fedoroff, 2018). Liečba je zameraná na modifikáciu vonkajších prejavov abnormnej sexuálnej motivácie, teda sexuálneho správania.

Optimálna liečba parafilných porúch spočíva v kombinácii farmakologických, psychoterapeutických prístupov a sociálnych opatrení. Cieľom je ovplyvniť správanie jedinca, dosiahnutia náhľadu, poskytnutie informácií, posilnenie vedomej kontroly, zmena postojov, dosiahnutie sexuálnej adaptácie a celkovej sociálnej integrácie (Weiss, 2017). Toto niekedy zjednodušene vyjadrujeme ako „realizáciu sexuality v medziach zákona“.

Pri hodnotení parafilných porúch treba rozlišovať medzi pojmami „sexuálny delikvent“ a „jedinca s parafilnou poruchou“. Sexuálny delikvent označuje páchatel'a sexuálne motivovaného trestného činu, pričom väčšina jedincov v tejto skupine parafilnou poruchou netrpí (Thibaut et al., 2020; Weiss, 2017). Prítomnosť parafilnej poruchy v motivačnej štruktúre sexuality jedinca k páchaniu trestných činov viesť nemusí a zrejme vo väčšine prípadov ani nevedie. Osoby s parafilnými poruchami často trpia len parafilnými sexuálnymi fantáziami alebo nutkaním a ich sexuálne správanie nezahŕňa aktivity bez súhlasu objektu ich záujmu alebo iné trestné činy. Tento štandardný diagnostický a terapeutický postup (ŠDTP) sa týka liečby dospelých jedincov (mužov) s parafilnými poruchami.

Klasifikačné zatriedenie a pomenovanie jednotlivých kategórií vychádza z Medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a príbuzných zdravotných problémov (MKCH) Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), jedenástej revízie (ICD-11), ktorá bola schválená Svetovým zdravotníckym zhromaždením (World Health Assembly) v máji 2019 (World Health Organization, 2022).

Vzhľadom na komplexnosť a evidence based váhu boli pre vytvorenie odporúčaného liečebného postupu pre starostlivosť o pacientov s parafilnou poruchou použité Guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders (Thibaut 2020). Tieto postupy boli adaptované na podmienky organizácie zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, systém ochranných opatrení definovaný Zákonomom 300/2005 Z. z. Trestný zákon a slovenský i nadnárodný právny a etický kontext.

1 Etické a právne otázky

Parafília ako atypický sexuálny záujem, ktorý nevedie k realizácii parafilného správania ani k významnému distresu si vyžiada terapeutickú intervenciu len veľmi zriedkavo. Minimálne pre chýbanie vnútornej motivácie k ich zmene. Výnimkou by mohli byť pravdepodobne len obavy z možného zvýšenia intenzity prejavov na ideatívnej úrovni či zo straty kontroly v špecifických situáciách. Je však otázne, či by v tomto prípade už nenapĺňala kritérium parafilnej poruchy. Prejavy parafilnej poruchy bez sexuálne deviantného alebo iného kriminálneho správania však už sú indikáciou

k zahájeniu terapeutických intervencií. V tomto prípade sú všetky terapeutické postupy dobrovoľné a podliehajú inštitútu informovaného súhlasu vrátane možnosti jeho odvolania.

Liečba parafilnej poruchy u ľudí, ktorí sa dopustili trestnej činnosti, prebieha obvykle vo forme ochranného liečenia. Ochranné liečenie si v zmysle našej legislatívy nevyžaduje udelenie informovaného súhlasu pacienta. Podľa štandardu pre výkon ochranných liečení je však vyžadované písomne dokumentované poučenie (resp. jeho odmietnutie), ktoré má obsahovať v minimálnom rozsahu: vysvetlenie liečebného postupu podľa spolu s právami a povinnosťami, podmienky liečebného režimu, predpokladanú dĺžku liečby, informácie o možnosti prepustenia z ochranného liečenia, zmene jeho formy, o konaní, ktoré by mohlo viesť k jeho mareniu a jeho konsekvenciách (viď aj kapitolu Informovaný súhlas).

Základné etické princípy liečby u pacientov, ktorí sa dopustili sexuálne delikventného správania definujú publikované štandardy IATSO (International Association for the Treatment of Sexual Offenders) (IATSO, 2024). Liečba sexuálnych delikventov má zabrániť tomu, aby sa pacient zapájal do ďalšieho sexuálneho delikventného správania. Má byť humánna a viesť k zvýšeniu kvality života pacienta. Títo pacienti rovnako nemôžu byť diskriminovaní na základe veku, pohlavia, rasy, etnickej príslušnosti, národnostného pôvodu, náboženského presvedčenia, sociálno-ekonomického postavenia alebo fyzického či psychického postihnutia. Profesionáli, ktorí liečia sexuálnych delikventov, sa musia na týchto jednotlivcov pozeráť s dôstojnosťou a rešpektom. Sexuálni delikventi majú rovnaké práva na dodržiavanie mlčanlivosti pri poskytovaní lekárskej či psychologickej starostlivosti ako ktorákoľvek iná skupina pacientov, s výnimkou prípadov, keď to zákon vyžaduje inak.

V uvažovaní o trestnoprávnej rovine manažmentu parafilnej poruchy môže dochádzať k situáciám, kde treba vyhodnocovať aspekty mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov a zároveň povinnosti oznamovacej povinnosti. Nevyhnutným predpokladom úspešného poskytovania zdravotnej starostlivosti je vzťah dôvery medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom, ktorý spočíva okrem iného aj v zachovaní mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa zdravotného stavu a o skutočnostiach súvisiacich so zdravotným stavom v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Táto má však niektoré svoje výnimky. Jednou z nich tohto zákona je povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bez odkladu oznamovať orgánu činnému v trestnom konaní (policajný orgán, vyšetrovať, prokurátor) a Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny ako orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorého obvode sa maloletá osoba zdržiava, podozrenie na sexuálne zneužívanie alebo iné zneužívanie maloletej osoby, znásilnenie maloletej osoby, sexuálne násilie voči maloletej osobe, sexuálne vykorisťovanie maloletej osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka maloletej osoby, týranie alebo zanedbávanie maloletej osoby.

V prípade plnoletej osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony sa podozrenie na znásilnenie, sexuálne násilie, sexuálne vykorisťovanie alebo iné zneužívanie takejto osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka takejto osoby, týranie alebo zanedbávanie oznamuje u takejto osoby orgánu činnému v trestnom konaní a obci, v územnom obvode, ktorej sa zdržiava.

Tiež Trestný zákon č. 300/2005 Z. z. v § 340 a § 341 postihuje úmyselné neoznámenie alebo neprekazenie niektorých trestných činov, pre ktoré ustanovuje trest odňatia slobody s hornou hranicou trestnej sadzby najmenej desať rokov. Prekaziť trestný čin možno aj jeho včasným oznámením prokurátorovi, vyšetrovateľovi alebo policajnému orgánu (Kováč, 2009). Väčšina trestných činov spomínaných v predchádzajúcej kapitole pri tom takúto hornú hranicu trestnej sadzby dosahuje.

2 Prevencia

Primárna prevencia:

Spadajú sem aktivity zamerané na širokú verejnosť bez ohľadu na jej rizikovosť, napr. osvetové a vzdelávacie aktivity, s ťažiskom na školách či v rámci rodiny, ale aj v online priestore. Cielenejšie zameranie programov primárnej prevencie môže byť fokusované na populácie či jedincov v zvýšenom riziku toho, že sa stanú obeťami či páchatelmi sexuálneho násillia. Účinný preventívny program má obsahovať aj informáciu o tom, kde môže byť adekvátna pomoc či informácia poskytnutá. Takéto informácie pre dobrovoľné kontaktovanie pomoci (a tiež jej formách) sú dostupné napr. v informačnej časti programu parafilik.sk resp. ako súčasť pripravovanej telefonickej linky.

Sekundárna prevencia:

Pri sekundárnej prevencii sa kladie dôraz na okamžitú redukciu krátkodobých a akútnych rizík sexuálnej delikvencie, čo pre potenciálneho páchatel'a znamená okamžité poskytnutie akútnej pomoci prípadne liečby (terapeutickej alebo farmakologickej). Jej súčasťou musí byť nevyhnutne aj orientácia na motivovanie k zahájeniu a udržaniu v liečbe. Sekundárna prevencia u ľudí s parafilnou poruchou, ktorí sa nedopustili delikventného správania a vyhľadali odbornú pomoc, je poskytovaná prostredníctvom therapeutickej siete (ktorá je opäť koordinovaná napr. v programe parafilik.sk).

Terciárna prevencia:

Terciárna prevencia sa zameriava na predchádzanie dlhodobým efektom recidívy sexuálneho násillia. Hlavným zameraním je resocializácia páchatel'a a zníženie rizika jeho recidívy. Kľúčové pre prevenciu sexuálneho násillia je zamerať sa na liečbu delikventov.

3 Epidemiológia

Naše znalosti o výskyte parafilných porúch vo všeobecnej populácii sú obmedzené z dôvodu metodologickej náročnosti získavania dát a biasov vyplývajúcich zo skúmaných populácií (napríklad malé vzorky, výskum na špecifických populáciách – väzenská, s anamnézou deliktua pod.). V prípade páchatel'ov sexuálne motivovaných trestných činov sa výskyt parafilie udáva v rozmedzí 25 - 74 % (Bártová et al., 2021; Dunsiet al., 2004; M. Kafka, 2012; Marshet al., 2010). V prípade všeobecnej populácie je však prevalencia parafilných porúch signifikantne nižšia. Podľa epidemiologickej štúdie z Českej republiky na vzorke vyše 5 tisíc mužov a žien boli zistené nasledujúce hodnoty prevalence jednotlivých parafilných porúch: pedofília u 0,3 %, hebefília u 1,6 %, zoofília u 0,5 %, fetišizmus u 6,3 %, voyeurizmus u 11,5 %, exhibicionizmu u 2,3 %, frotérstvo/tušérstvo u 8,3 %, sexuálny sadizmus u 1,9 %, patologická sexuálna agresia u 1 % a imobilizácia u 3,6 % všeobecnej populácie (Bártová et al.,2021).

Parafilie sa výrazne častejšie vyskytujú u mužov, ako u žien (podľa rôznych zdrojov v pomere 5:1 až 20:1, pričom existuje rozdiel v prevalencii hlavných parafilných záujmov medzi pohlaviami. Muži vykazujú vyššiu prevalenciu voyeurizmu, exhibicionizmu, sadizmu a froteurizmu, zatiaľ čo u žien je vyššia prevalencia fetišizmu a masochizmu (Castellini et al., 2018). Údaje o vyššom zastúpení niektorých parafilných porúch u žien v porovnaní s mužmi sa síce v epidemiologickej štúdií z Českej republiky nepotvrdili, ale voyerizmus, frotérstvo/tušérstvo a fetišizmus sa v skupine žien vyskytovali najčastejšie.

4 Etiológia

Presná príčina parafilných porúch je neznáma. Je potrebné rozlišovať medzi etiológiou konania determinovaného parafilnou poruchou, ktoré môže byť delikventné, a etiológiou samotnej parafilie. V ďalšom sa stať venuje stručnému prehľadu prístupov k vzniku parafilného konania.

Biologické teórie, vrátane neuroanatomických a neurozobrazovacích štúdií, naznačujú, že u sexuálnych delikventov sú nadmerne zastúpené vrodené alebo získané poškodenia mozgu (Boland & Verduin, 2021). Niektorí pedofilní páchatelia vykazujú štrukturálne poškodenie oblastí mozgu kritických pre sexuálny vývoj. Neurologická hypotéza parafilných porúch predpokladá asociáciu s poškodením frontálneho a/alebo temporálneho laloku. Toto poškodenie sa môže premietnuť do neschopnosti jednotlivca kontrolovať sexuálne impulzy. Genetické populačné štúdie ani výskum nukleotidových polymorfizmov nepriniesli jednoznačné výsledky. Monoamínová patofyziologická hypotéza (M. P. Kafka, 1997, 2003) je založená na nasledujúcich tézach:

- (1) monoamíny – noradrenalín, dopamín a sérotonín majú modulačný efekt na apetitívny aspekt sexuálneho správania u zvierat;
- (2) farmakologické údaje získané pri skúmaní antidepresív, psychostimulancií a neuroleptík u ľudí naznačujú, že zmena centrálnej monoamínovej neurotransmisie môže mať podstatné účinky na ľudské sexuálne fungovanie vrátane sexuálneho apetítu;
- (3) zdá sa, že monoamínové neurotransmitery modulujú dimenzie psychopatológie ľudí a zvierat vrátane impulzivity, úzkosti, depresie, kompulzivity a pro/antisociálneho správania, teda dimenzií narušených u mnohých parafilných jedincov a
- (4) liečivá indikované na psychické poruchy s vyššie uvedenými charakteristikami, najmä látky ovplyvňujúce centrálnu zvýšenie hladín sérotonínu, môžu zlepšiť parafilné sexuálne vzrušenie a správanie.

V rámci hormonálnych súvislostí u sexuálnych delikventov bol sledovaný najmä vplyv androgénov, ktoré sú považované za hlavné kauzálne faktory intrauterinnej androgenizácie a neskôr vývoja udržiavania mnohých biologických štruktúr a funkcií. Výsledky výskumov priameho vplyvu testosterónu na sexuálne správanie v dospelosti nie sú jednotné. Zdá sa, že ak vôbec, tak spojenie medzi hladinou plazmatického testosterónu a sexuálnym násilím existuje iba u sexuálnych agresorov s najvyššou mierou použitého násillia. Nie je dôvod domnievať sa, že práve testosterón hrá významnejšiu rolu v etiopatogenéze parafilných porúch, no vo všeobecnosti ovplyvňuje hladinu sexuálnej apetencie a aktivity, preto je oprávnená farmakologická intervencia redukujúca jeho biologický účinok najmä u stavov spojených so zvýšenou sexuálnou potrebou a vzrušením (Weiss, 2017). Psychoanalytický pohľad (Boland & Verduin, 2021) hovorí, že tieto stavy predstavujú regresiu alebo fixáciu na skoršiu úroveň psychosexuálneho vývoja, čo vedie k opakovanému vzoru sexuálneho správania, ktorý nie je zrelý vo svojej aplikácii a vyjadrení. Iná psychoanalytická teória tvrdí, že tieto stavy sú prejavom hostility, v ktorom sú sexuálne fantázie alebo nezvyčajné sexuálne akty reakciou na traumy v detstve. Pretrvávajúca, opakujúca sa povaha parafilie je spôsobená neschopnosťou úplne vymazať základnú traumy. V skutočnosti sa u jedincov s parafiliou niekedy pozoruje anamnéza sexuálneho zneužívania v detstve. Behavioristický pohľad sa zaoberá najmä procesom podmieňovania (Boland & Verduin, 2021). Nesexuálne predmety sa môžu stať sexuálne vzrušujúcimi, ak sú často a opakovane spájané s príjemnou sexuálnou aktivitou. Rozvoj parafilie nie je zvyčajne len otázkou podmieňovania, zvyčajne musí byť prítomný nejaký predisponujúci faktor, ako napríklad ťažkosti pri vytváraní sexuálnych vzťahov medzi ľuďmi alebo slabé sebavedomie. Z ďalších prístupov k patogenéze je potrebné spomenúť aspoň teóriu sexuálneho motivačného systému (Kolářský, 2008; Weiss, 2017).

5 Klasifikácia

Obe súčasné klasifikácie chorôb piata revízia Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie (DSM-5) i ICD-11 využívajú koncept rozlišovania parafilie v zmysle atypického sexuálneho záujmu a parafilnej poruchy, pri ktorej tento danej túžbe vyhovie alebo táto vedie k výrazným ťažkostiam alebo problémom v interpersonálnych vzťahoch (napr. kritérium B podľa DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). V klinickej praxi sa v prechodnom období používa aj klasifikačné delenie podľa MKCH-10 (WHO, 2009) s predpokladom do roku 2026.

V ICD-11 sú parafilné poruchy (pôvodná diagnostická kategória F65: Poruchy sexuálnej preferencie v MKCH-10) zaradené v kategórii 17: Stavby spojené so sexuálnym zdravím (Conditions related to sexual health). Základnou charakteristikou je prítomnosť vzorcov atypického sexuálneho vzrušenia zahŕňajúce iné osoby, ktoré kvôli svojmu veku či stavu nemôžu alebo nevedia dať súhlas (napr. predpubertálne deti, zvieratá, alebo nesúhlasiaci jedinci vystavení exhibicionistovi). Tieto prejavy majú byť prítomné niekoľko mesiacov (MKCH-10 vyžadovala minimálne 6 mesiacov) a sexuálne pudenie či fantázie postihnutej osoby sa premietajú do správania alebo prežívania a zapríčiňujú významné utrpenie alebo problémy v medziľudských vzťahoch (World Health Organization, 2022).

Nie je zriedkavou situáciou, keď jedinec spĺňa podmienky pre diagnózu viacerých parafilných porúch. Rovnako je častá komorbidita s psychickými poruchami, najmä z afektívneho spektra (depresívne a úzkostné poruchy), stavby súvisiace s užívaním návykových látok či poruchami osobnosti. Aj keď parafilné poruchy môžu byť spojené so zadržaním, uväznením či narušením fungovania (napr. v práci či v medziľudských vzťahoch), tieto nie sú podmienkou diagnózy.

Parafilné poruchy sa nediagnostikujú v detskom veku a pri adolescentoch len s maximálnou opatrnosťou. Pre obdobie adolescencie je typické experimentovanie v sexuálnej oblasti a sexuálne akty môžu byť sýtené príležitosťou či impulzívnosťou viac ako byť prejavom typického sexuálneho vzorca.

Pri diagnostike je dôležité aj posudzovanie kultúrnych noriem, pretože postoje a interpretácia parafilných záujmov môžu líšiť v jednotlivých spoločnostiach.

Opísaných bolo veľké množstvo parafilných motivácií a väčšina z nich by spĺňala kritériá parafilných porúch. Klasifikačné systémy pomenúvajú explicitne len obmedzený počet, pričom kritérium výberu predstavuje ich frekvencia, prípadne závažnosť ich dôsledkov. Toto zároveň posilňuje dôležitosť kategórií iných a nešpecifikovaných parafilných porúch.

ICD-11 rozlišuje nasledovné parafilné poruchy:


- exhibicionistická porucha,
- voyeuristická porucha,
- pedofilná porucha,
- sexuálna sadistická porucha,
- frotérska porucha,
- iná parafilná porucha zahŕňajúca nesúhlasiace osoby,
- parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby,
- parafilná porucha, nešpecifikovaná.

Tabuľka č. 1

| Standardné postupy  | |
|--|--|
| Parafilné poruchy podľa ICD-11 | |
| Parafilná porucha | Opis |
| Exhibicionistická porucha | Zahŕňa trvalé, cielené a intenzívne sexuálne vzrušenie, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim obnažovanie genitálií pred nič netušiacou osobou na verejných miestach, zvyčajne bez výzvy alebo zámeru bližšieho kontaktu. Aby bolo možné exhibicionistickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. |
| Voyeuristická porucha | Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim pozorovanie nič netušiaceho jedinca, ktorý je nahý, buď v procese vyzliekania alebo počas sexuálnej aktivity. Aby bolo možné voyeuristickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Voyeuristickú poruchu výslovne vylučuje konsenzuálne voyeuristické správanie, ku ktorému dochádza so súhlasom pozorovanej osoby alebo osôb. |
| Pedofilná porucha | Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameraným na deti pred pubertou. Aby bolo možné pedofilnú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Táto diagnóza sa nevzťahuje na sexuálne správanie predpubertálnych alebo postpubertálnych detí s rovesníkmi, ktorí sú im vekovo blízki |
| Sexuálna sadistická porucha (porucha nátlakového sexuálneho sadizmu) | Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim spôsobovanie fyzického alebo psychického utrpenia osobe, ktorá s tým nesúhlasí. Aby bolo možné poruchu nátlakového sexuálneho sadizmu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Porucha nátlakového sexuálneho sadizmu výslovne vylučuje konsenzuálny sexuálny sadizmus a masochizmus. |
| Frotérska porucha | Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim dotýkanie sa alebo trenie sa o nesúhlasiacu osobu na preplnených verejných miestach. Aby bolo možné frotéristickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Frotéristickú poruchu výslovne vylučuje konsenzuálne dotýkanie sa alebo trenie, ku ktorým dochádza so súhlasom zúčastnenej osoby alebo osôb. |
| Iná parafilná porucha zahŕňajúca nesúhlasiace osoby | Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameranými na osoby, ktoré nie sú ochotné alebo schopné dať súhlas, ale ktoré nie sú konkrétne opísané v žiadnej z ostatných pomenovaných kategórií parafilných porúch (napr. vzorce vzrušenia zahŕňajúce mŕtvoly alebo zvieratá). Jednotlivec musí tieto myšlienky, fantázie alebo nutkania uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Túto poruchu výslovne vylučuje sexuálne správanie, ktoré sa vyskytuje so súhlasom zúčastnenej osoby alebo osôb za predpokladu, že sa považujú za schopné poskytnúť takýto súhlas. |
| Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby | Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameranými na súhlasiace dospelé osoby alebo solitárne sexuálne správanie. Musí byť prítomný jeden z nasledujúcich dvoch prvkov: 1) osoba je výrazne sužovaná povahou vzorca vzrušenia, a to nielen v dôsledku odmietnutia alebo obáv z odmietnutia vzorca vzrušenia inými osobami; alebo 2) povaha parafilného správania zahŕňa významné riziko zranenia alebo smrti buď pre jednotlivca, alebo pre partnera (napr. asfyxofília). |
| Parafilná porucha nešpecifikovaná | |

Zdroj: spracované podľa (World Health Organization, 2022)

Tabuľka č. 2

| Standardné postupy  | | Prevod diagnóz medzi ICD-11 a MKCH-10 | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| ICD-11 | | MKCH-10 | |
| 6D30 | Exhibicionistická porucha | F65.2 | Exhibicionizmus |
| 6D31 | Voyeuristická porucha | F65.3 | Voyeurizmus |
| 6D32 | Pedofilná porucha | F65.4 | Pedofília |
| 6D33 | Sexuálna sadistická porucha | F65.8 | Iné poruchy sexuálneho zamerania |
| 6D34 | Frotérska porucha | F65.8 | Iné poruchy sexuálneho zamerania |
| 6D35 | Iná parafilná porucha zahŕňajúca nesúhlasiacu osobu | F65.8 | Iné poruchy sexuálneho zamerania |
| 6D36 | Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiacu osobu | F65.8 | Iné poruchy sexuálneho zamerania |
| 6D3Z | Parafilná porucha nešpecifikovaná | F65.9 | Nešpecifikovaná porucha sexuálneho zamerania |

Zdroj: spracované podľa (World Health Organization, 2022).

6 Komplexný zdravotný manažment

6.1 Diagnostika

Existujú tri hlavné typy vyšetrovacích metód používaných bez ohľadu na teoretický prístup: anamnestické, psychodiagnostické a psychofyziologické. Výlučne komplexné použitie dostupných vyšetrovacích metód, zahrňujúce informácie získané z auto- a heteroanamnézy, údajov z dostupnej dokumentácie (chorobopis, spisový materiál, rôzne posudky, odpisy registra trestov), výsledkov projektívnych, testových a pomôcných psychofyziologických metód umožňujú maximálne objektívne posúdenie psychického stavu pacienta a jeho sexuálneho motivačného systému.

Diagnostický postup pozostáva z nasledujúcich častí:

1. oboznámenie sa s dostupnou dokumentáciou: chorobopis, spisový materiál, predchádzajúce vyšetrenia, resp. posudky, odpis z registra trestov, atď. ;
2. úvodný rozhovor;
3. pozorovanie – emočné reakcie, mimika, gestikulácia, hlasové prejavy, celkové správanie;
4. autoanamnéza (na tomto štádiu vyšetrenia neupriamovať pozornosť na sexuálnu anamnézu) a heteroanamnéza;
5. psychodiagnostické vyšetrenie – projektívne a dotazníkové metódy;
6. detailná sexuálna anamnéza (s použitím podkladov z doterajších výsledkov vyšetrení, auto- a heteroanamnézy);
7. v prípade potreby opätovný cielený rozhovor s vyšetrovaným;
8. ak je nutné - dopĺňujúce psychofyziologické vyšetrenie (PPG).

6.1.1 Anamnéza

Rozbor anamnestických údajov týkajúcich sa sexuálneho života vyšetrovaného jedinca je zásadnou diagnostickou metódou pri vyšetrovaní sexuálneho zamerania. Dôkladne vedený rozhovor s pacientom a analýza objektívnych údajov sa ukazujú ako najspoľahlivejšie nástroje na určenie možných odchýlok vo vývoji sexuálnej motivácie. Posudzujeme sexuálne správanie, obsah masturbačných fantázií, erotických (polučných) snov a citovú preferenciu (objekt romantickej lásky). Psychosexuálny vývoj často obsahuje špecifické znaky, ktoré informovaný diagnostik môže identifikovať aj pri bežnom psychologickom a psychiatrickom vyšetrení. Tieto znaky môžu poukazovať na kvalitatívnu odchýlku sexuálnej motivácie.

Znaky sexuálne parafilného vývoja sa často prejavujú už v detstve (napr. prípady týrania zvierat u sadistov, všeobecná agresivita u sexuálnych agresorov, alebo zakladanie ohňov u pyrofilov). Odlišné bývajú aj sexuálne fantázie a sny, ktorých obsahy často nadobúdajú parafilný obsah už v období puberty. Reakciou na pocity viny z „nenormálnosti“ môže byť potlačovanie sexuality alebo naopak zvýšená potreba masturbácie s cieľom aspoň fantazijného uspokojenia sexuálnych potrieb. U niektorých jedincov môžu byť parafilné podnety a stimuly neoddeliteľnou súčasťou sexuálnych praktík nevyhnutných na dosiahnutie vzrušenia. Pre iných však parafilné stimuly a fantázie nemusia zohrávať až takú dôležitú rolu v bežnom sexuálnom živote. Parafilné preferencie môžu mať epizodický charakter a objavovať sa len za istých podmienok, napr. v obdobiach zvýšenej psychickej záťaže. Analýzou partnerského sexuálneho života (dôležité sú aj informácie od sexuálnych partneriek a partnerov) sa často zisťujú rôzne dysfunkcie. Často sa prejavia už pri prvom pohlavnom styku (typicky problémy s erekciou alebo výrazne oneskorená ejakulácia, obzvlášť pri parafilných zameraných na neobvyklé objekty). Prejavy predčasnej ejakulácia sú častejšie pri parafilných spojených s neobvyklými sexuálnymi aktivitami. Dysfunkcie v partnerskom sexuálnom vzťahu sa môžu objavovať buď epizodicky, najmä v obdobiach zvýšenej frekvencie parafilných aktivít, alebo celoživotne a môžu imponovať ako strata alebo zníženie sexuálnej túžby. Ďalšie sexuálne dysfunkcie prejavujúce sa v partnerskom styku môžu byť anorgazmia, anejakulácia, či oneskorená ejakulácia. V anamnéze často zisťujeme slabú motiváciu, či nezáujem o bežné sexuálne aktivitya preferenciu netypických sexuálnych praktík. Typickým je nápadne dlhý časový odstup medzi prvými sexuálnymi skúsenosťami a ďalšími sexuálnymi aktivitami, či špecifické parcialistické zameranie na určitú oblasť tela (napr. jedinci so sadistickou poruchou udávajú typicky zadok a stehná, jedinci s pedofilnou poruchou detskú tvár). Neschopnosť správne rozpoznať erotické signály od žien môže byť vnímaná ako nedostatok sexuálnej empatie, egoizmus či bezohľadnosť, čo vedie k neúspechom v partnerských vzťahoch a k neschopnosti udržať dlhodobé citové a partnerské väzby. Ľudia s parafilnou poruchou často nezažili prvú platonickú lásku a neskoršie ani hlbokú romantickú lásku.

Kognitívne charakteristiky sú dôležité pre pochopenie miery kognitívneho skreslenia, charakteristiky obranných mechanizmov, postojov k osobám opačného pohlavia či deťom, a postojov k protispoločenskému konaniu všeobecne.


Zneužívanie a závislosť od alkoholu a nelegálnych drog často vedie k deliberácii prítomných parafilných sklonov a pri vyšetrení sa treba zamerať aj na túto oblasť.

6.1.2 Psychodiagnostické metódy

Psychologické vyšetrenie poskytuje na základe psychodiagnostických metód (klinických aj testových) diferenciálne-diagnosticky významné informácie, ktoré slúžia najmä k rozlíšeniu deviantného sexuálneho správania, ktoré môže mať epizodický charakter v rámci rôznych vývinových období, môže mať symptomatický charakter pri rôznych psychických poruchách, a napokon môže byť aj prejavom sexuálnej deviácie v zmysle kvalitatívnej odchýlky štruktúry sexuálneho motivačného systému, resp. v zmysle trvalej poruchy sexuálnej preferencie v spôsobe alebo v objekte uspokojovania sexuálnej potreby. V každom prípade je v rámci psychodiagnostického prístupu k sexuálnym deviantom kladený dôraz na nevyhnutné zachovanie základných princípov psychodiagnostického postupu s osobitným akcentom na aplikáciu klinických metód (pozorovanie, rozhovor, anamnestické interview), ktoré sú doplnené vybranými testovými metódami z okruhu testov osobnosti s dôrazom na projektívne metódy (Rorschachova metóda (ROR), Hand-test, Test kresby ľudskej postavy (FDT), resp. Hárđiho variant dynamického testu kresby ľudskej postavy.

Charakteristické diferenciálno-diagnosticky významné znaky vývinu osôb s parafilnou poruchou uvádza tabuľka č. 3.

Tabuľka č. 3

|  Charakteristické znaky vývinu pri parafilných poruchách | |
|--|---|
| 1. | Atypické zameranie a atypické správanie v detstve. Preferencia hračiek a hier, ktoré sú vlastné príslušníkom opačného pohlavia, prezliekanie sa do bielizne a šiat príslušníkov opačného pohlavia, záľuba v týraní zvierat a zvýraznené prejavy agresivity všeobecne už v detskom veku (sadisti, sexuálni agresori) |
| 2. | Odlíšne, neobvyklé obsahy alebo chýbanie masturbačných fantázií a snovsprevádzajúcich polúcie |
| 3. | Výskyt funkčných sexuálnych porúch pri prvých pokusoch o pohlavný styk spravidla posun prvých probatórnych sexuálnych aktivít do vyššieho vekového obdobia, prípadne ich príliš skorý začiatok |
| 4. | Nápadný časový odstup – niekedy trvajúci aj roky – medzi prvým a ďalším pohlavným stykom |
| 5. | Nedostatočná motivácia k obvyklým sexuálnym aktivitám, ktorú spravidla racionalizujú poukazom na nedostatok príležitosti, svojou hanblivosťou, neatraktivitou, zábranami a pod |
| 6. | Nedostatok sexuálnej empatie v zmysle neschopnosti správne dekodovať erotické signály zo strany žien, resp. v zmysle ich mylného dekodovania, neobratnosť v rámci zblížovacích aktivít (dvorenie) a znížená schopnosť či ochota porozumenia a vyhovenia potrebám partnerky |
| 7. | Záujem o neobvyklé časti ženského tela, resp. parciálna zameranosť často nazadok a stehná či iné časti tela, namiesto poprsia a pohlavných orgánov |
| 8. | Chýbanie hlbších citových vzťahov počnúc chýbaním prvých lások v anamnéze, ako aj chýbaním citu zamilovanosti a lásky, neschopnosť vytvoriť a udržať si trvalejší partnerský vzťah (preferencia neosobných kontaktov) |

Zdroj: spracované podľa (Kolarsky & Brichtin, 2000; Weiss, 2017)

Z dotazníkových metód sa využívajú osobnostné dotazníky – MMPI-2 (Minnesotské multifázické osobnostné inventórium v jeho slovenskej reštandardizácii) (Butcher, 2004), ICL (Dotazník interpersonálnej diagnostiky) (Kožený & Ganický, 1976), síce priamo neumožňujú diagnostikovanie poruchy sexuálnej preferencie ale poskytujú užitočné informácie o osobnostných a interpersonálnych charakteristikách vyšetrovaných. Osvedčujú sa tiež dotazníkové metódy, pomocou ktorých mapujeme aj prejavy sexuality nedevariantnej populácie (SFŽ, SFM, GRASSI – Dotazník sexuálnej spokojnosti) (Grassi, 1992; Žourková, 2002). Keďže parafilná porucha spravidla predstavuje závažný celoživotný problém, ktorý často výrazne ovplyvňuje formovanie osobnosti a vzťahy osoby s jeho okolím, je detekovanie sekundárnych adaptačných problémov, ktoré dominujú v psychopatologickom profile jednotlivca, mimoriadne dôležitou súčasťou diagnostického procesu.

Z projektívnych metód má osobitný význam **ROR**. Popri osobnostných charakteristikách, poskytuje aj základné informácie pre porozumenie sexuálnej identity a miery osvojenia si sexuálnej role, ako aj úrovne sexuálnej zrelosti. Taktiež prispieva k pochopeniu schopnosti vytvárať emocionálne naplnené a zrelé vzťahy založené na primeranej spolupráci, resp. možnosti formovania párov s prejavmi vzájomnosti. Reakcie na Rorschachove tabuľky môžu odhaliť traumatické zážitky, obavy a vnútorné konflikty, ktoré môžu byť základom parafilnej orientácie. Napríklad, opakovaný výskyt detských postáv alebo negatívny vzťah k zrelým osobám opačného pohlavia. Určitý typ reakcií môže poukazovať na maladaptívne správanie, ako sú fetišizmus alebo sadomasochizmus (Giacomuzzi, 2014). Interpretácia Rorschachovho testu, ktorá zahŕňa analýzu obsahových a formálnych aspektov odpovedí v kontexte pacienta, umožňuje identifikovať príznaky a vzorce správania súvisiace aj so sexuálnymi deviáciami (Piotrowski, 2013; Weiner, 2001). Osoby s poruchou sexuálnej preferencie sa v ROR metóde prejavuje dvojakým spôsobom – prvá skupina sa svojimi špecifickými reakciami prejavuje priamo, druhá, početnejšia, chýbaním ukazovateľov majoritnej, bezproblémovej sexuality, resp. sexuálnej „normy“, čo indikuje potrebu prehĺbenia cielej verbálnej exploračie. Významné informácie

o sexualite vyšetrovanej osoby poskytuje kvalitatívna analýza reakcií na sexuálne relevantné tabuľky Rorschachovej metódy v súlade s ich vyzývacími charakteristikami.

Test kresby ľudskej postavy (FDT, HFD test, Hárđiho dynamická varianta kresby ľudskej postavy) vypovedá o sebaobrazu vyšetrovanej osoby, o identifikácii s vlastnou psychosexuálnou rolou, o postojoch a vzťahoch k opačnému pohlaviu a tiež k ľuďom všeobecne (Altman, 2016). Popri psychopatologických aspektoch kresba postavy odhaľuje osobnostné rysy, úroveň emocionálnej stability a prejavy, ktoré môžu byť spojené s rodovou dysfóriou a s poruchami sexuálnej preferencie. Zmeny v proporciách, detailoch alebo celkovom výraze postavy môžu naznačovať psychické problémy všeobecne ako aj problémy v sexuálnom živote (Kandeel, 2007).

Hand test (Test apercepcie ruky) poskytuje významné informácie o osobnostných charakteristikách a preferovaných stratégiách sebaapresadzovania a v neposlednom rade o „normalite“ osobnosti s určitým diferenciálno-diagnostickým potenciálom (Altman, 2016). Pomer indikátorov agresívnych tendencií a kompenzačných prosociálnych nastavení nepriamo prispieva aj k diagnostikovaniu istých osobitostí sexuálneho života.

Szondiho test (Szondi, 1972), ako doplnková testová metóda, aj mimo svojho zložitého teoretického pozadia, po štatistickej analýze jeho výsledkov, poskytuje použiteľné informácie o maskulinite, feminitite, o sexualite ako aj o agresívnych tendenciách, špeciálne aj o možných prejavoch agresie v sexuálnej interakcii v zmysle poruchy sexuálnej preferencie.

MMPI-2 dobre dopĺňa vyšetrenie projektívnymi technikami a poskytuje komplexné informácie o osobnostných rysoch a prítomnosti psychopatologických prejavov. Škály MMPI-2 sú zamerané na špecifické symptómy a môžu byť aplikované na rôzne psychické poruchy, vrátane odchýlok, ktoré môžu súvisieť so sexuálnym životom, resp. s poruchami sexuálnej preferencie (Floyd & Gupta, 2024; Kandeel, 2007; Taylor & Lee, 2015; Weiner, 2001). Test navyše spoľahlivo odhaľuje simulačné, disimulačné a agravačné tendencie.

ICL (Interpersonal Checklist – Dotazník interpersonálnej diagnostiky) meria typ a intenzitu mechanizmov, ktoré používa skúmaná osoba v styku s ľuďmi vo svojom okolí. Dotazník poskytuje obraz o adaptívnych a maladaptívnych formách interpersonálneho správania vyšetrovanej osoby až po ich patologické extrémny – dominujúce psychopatologické príznaky. Testové výsledky tak poskytujú užitočné informácie aj o osobitostiach sexuálnej interakcie (Svoboda, 2022).

V rámci psychodiagnostiky v každom prípade hľadáme prieniky informácií získaných z čo najrôznorodejších zdrojov (auto- a heteroanamnestické údaje, výsledky testových metód rôznych okruhov).

6.1.3 Psychofyziologické metódy

Penilná pletyzmografia (PPG) je fyziologická diagnostická metóda využívaná na meranie sexuálneho vzrušenia prostredníctvom zaznamenávania zmien v objeme alebo obvode penisu počas vystavenia rôznym vizuálnym, zvukovým alebo kombinovaným stimulom. Pri realizácii PPG vyšetrenia sa na penis pacienta umiestňuje prístroj, ktorý zaznamenáva zmeny objemu či prekrvenia penisu počas prezentácie sexuálneho stimulu. Typickými stimulmi sú obrazy, zvuky alebo videá sexuálnych situácií, ktoré sú špecificky vybrané na testovanie pacientových sexuálnych preferencií (žien, mužov, detí, erotických alebo agresívnych scén, obrazy určitých situácií). Využíva sa pri diagnostike parafilných porúch, najčastejšie pedofilnej, sexuálne sadistickej, fetišistickej a exhibicionistickej. Senzitivita PPG sa pohybuje na úrovni 55 – 61 % a špecifickosť 95 - 96 % (Blanchard et al., 2001). Spoľahlivosť a klinická

užitočnosť PPG je však predmetom odborných diskusií, pričom ako hlavné výhrady sú uvádzané nízka test-retest spoľahlivosť, subjektívna interpretácia výsledkov, ovplyvnenie rušivými faktormi (testovacie prostredie, stimul, sociálne žiaduca odpoveď, veľká variabilita odpovedí u toho istého jedinca a pod.) (W. Marshall, 2006; W. L. Marshall, 2014; Murphy et al., 2015; Wilson et al., 2011). I keď PPG môže poskytnúť určité klinické informácie, treba mať na pamäti obmedzenia v jej spoľahlivosti, validite a etike. V súčasnosti ju môžeme použiť len ako pomocnú diagnostickú metódu, s dôrazom na komplexnosť vyhodnotenia všetkých dostupných informácií kompetentným odborníkom (psychiatrom – sexuológom).

Zisťovania parafilného záujmu pomocou falopletyzmografie je diagnostickým úkonom, ktorý však nie je možné využiť na prognostické zhodnotenie. Nakoľko je parafilný záujem trvalý, podmieňovať „negatívnym“ výsledkom falopletyzmografického vyšetrenia napr. prepustenie z ústavnej formy ochranného liečenia nie je z medicínskeho hľadiska odôvodniteľný postup (viď aj Štandardný operačný postup pre ochranné liečenia).

6.1.4 Komorbidity a diferenciálna diagnostika parafilných porúch

Parafilné poruchy vykazujú vysokú úroveň komorbidít s inými psychickými poruchami (Gordon & Grubin, 2004). Napríklad u zadržaných osôb s pedofilnými poruchami boli príznaky zistené komorbidity s poruchami osobnosti, afektívnymi poruchami, látkovými závislosťami, schizofréniou a inými psychotickými poruchami a kognitívnymi poruchami u 30 - 50 %. Komorbidity s poruchami kontroly impulzov sa v skupine osôb s pedofilnými poruchami zistili u 30 - 55 %, najčastejšie to sú explozívne črty osobnosti, kleptománia, pyrománia alebo patologické hráčstvo (Hall & Hall, 2007). Súbežný výskyt parafilnej poruchy a schizofrénie či bipolárnej afektívnej poruchy nie je častý, udáva sa u 1,7 – 16 % prípadov (W. L. Marshall, 2006). Aj keď boli opísané prípady, kedy prejavy parafilie súviseli s psychotickým stavom a odozneli s úspešnou liečbou psychózy, väčšinou sa jedná o nezávislú komorbídnu diagnózu (Smith & Taylor, 1999). Najčastejšie komorbidity vyskytujúce sa s parafilnými poruchami všeobecne sú najmä závislosti (najmä alkoholizmus), osobnostné patológie (najčastejšia antisociálna porucha osobnosti), afektívne poruchy (depresívne a úzkostné poruchy) a poruchy sústredenia a pozornosti (M. P. Kafka & Hennen, 2002; M. P. Kafka & Prentky, 1998). Najčastejšie „organické“ poškodenia mozgu, ktoré sú asociované s prejavmi parafilie sú úrazy mozgu (najmä úrazy limbického systému), epilepsia temporálneho laloku, Klein-Levinov syndróm, Klüver-Bucyho syndróm a Huntingtonova choroba. Prejavy hypersexuality a parafilných porúch môžu byť súčasťou dopamín - dysregulačného syndrómu pri liečbe agonitami dopamínových receptorov (napr. pramipexol, ropinirol a pergolid) u pacientov s Parkinsonovou chorobou, ale aj pri syndróme nepokojných nôh či prolaktinóme. Vzťahy medzi kompulzívnou poruchou sexuálneho správania a parafilnými poruchami sú nateraz nedostatočne objasnené. Pri porovnaní skupiny osôb s hypersexuálnym správaním a zdravými kontrolami sa parafilné poruchy ako exhibicionizmus, voyerizmus, masochizmus, sadizmus, fetišizmus, frotérstvo alebo transvestitizmus vyskytli podstatne častejšie u osôb s hypersexuálnymi prejavmi (47 % vs. 3 %) (Engel et al., 2019). Muži s hypersexuálnymi prejavmi v tejto štúdii tiež vykazovali vyššiu mieru sledovania materiálov zahŕňajúcich zneužívanie detí a nátlakové sexuálne správanie. Problematická je diagnostika u osôb s mentálnym postihnutím, ktoré prejavujú parafilné symptómy. Sú ohrození rizikom nesprávnej diagnózy parafilnej poruchy, pričom aj prejavy psychickej poruchy sa môžu prejavovať inak, alebo môže byť pre nich obtiažne rozpoznať alebo opísať psychiatrické príznaky (Fletcher et al., 2016). Pri diferenciálnej diagnostike najmä afektívnych porúch všeobecne treba uvažovať aj opačný vzťah v zmysle, že prejavy parafilnej poruchy u jedinca môžu vyvolávať stres, pocity viny, hanby a zvýšený stres s následkom rozvoja afektívnej poruchy, ktorá v kombinácii so stigmatizáciou zásadne komplikuje schopnosť a ochotu vyhľadať profesionálnu pomoc.

6.2 Terapia

Parafilné poruchy sú stavy prebiehajúce celoživotne. Terapiou je možné ovplyvniť schopnosť kontroly parafilných fantázií, nutkania alebo konania a znížiť úroveň stresu, ktorý vyvolávajú. U ľudí s parafilnou poruchou, ktorí sa nedopustili kriminálneho konania je toto hlavným cieľom liečby. U osôb, ktoré sa dopustili nezákonného konania môže byť súdom nariadená liečba aj bez ich súhlasu, ktorej cieľom je eliminovanie ich nebezpečnosti pre spoločnosť.

Ideálom vo vyústení terapie je dosiahnutie „sexuálnej adaptácie“, čo je stav, kedy jedinec netrpí psychickými, sociálnymi ani sexuálnymi problémami. Predpokladom je získanie náhľadu na parafilnú sexuálnu motiváciu.

Konkrétnejšie ciele v liečbe parafilných porúch môžeme zadefinovať nasledovne:

1. kontrolovať parafilné fantázie a konanie, a tak znižovať riziko sexuálneho deliktu;
2. kontrolovať parafilné sexuálne nutkanie;
3. znížiť úroveň stresu a utrpenia osôb s parafilnými poruchami;
4. podporiť neparafilné sexuálne záujmy a správanie.

Pre liečbu pacienta s parafilnou poruchou sa odporúča vytvorenie individualizovaného liečebného plánu zahŕňajúceho psychoterapeutické, farmakologické i režimové postupy, ktorý má byť pravidelne revidovaný a s ktorým má byť táto osoba oboznámená.

Trvanie liečby by malo byť minimálne 2 roky pri menej závažných parafilných poruchách a najmenej 5 rokov alebo aj dlhšie, ak existuje riziko sexuálneho násillia (Pečeňák & Kořínková, 2016; Thibaut et al., 2020). V rámci ochranného liečenia podľa Štandardného postupu pre realizáciu ochranných liečení má byť podaný pri ambulantnom ochrannom sexuologickom liečení návrh na jeho ukončenie až po 5 rokoch stabilizovaného stavu a po posúdení znalcom v odvetví Sexuológia.

Liečba komorbidných somatických stavov a psychických porúch má prebiehať podľa príslušných štandardných diagnostických a terapeutických postupov.

Algoritmus sledovania parametrov telesného stavu pred zahájením farmakologickej liečby a aj v jej priebehu zobrazuje tabuľka č. 4.

Tabuľka č. 4

|  Odporúčané hodnotenie a vyšetrenia pacienta pred a počas liečby parafilnej poruchy | | | | | |
|---|--------------|-----------|------------------------|-------------------------------|---|
| | pred liečbou | 3 mesiace | 6 mesiacov | 1 rok | vždy po 1 roku |
| SSRI alebo antiandrogény¹ alebo GnRH agonisti | | | | | |
| Hodnotenie sexuálnych fantázií a správania (parafilného aj neparafilného) | + | + | + | + | + |
| Výška, váha, BMI | + | + | + | + | + |
| TK | + | + | + | + | + |
| EKG | + | + | + | + | + |
| | | | (ak kardiálne prejavy) | (ak kardiálne prejavy) | (ak kardiálne prejavy) |
| Hepatálne funkcie | + | + | + | + | + |
| | | | (ak CPA) | (ak CPA alebo agonisti GnRH)) | (ak CPA alebo agonisti GnRH, ak CPA vždy po 3-6mesiacoch) |
| Renálne funkcie | + | + | - | + | + |
| | | | | (ak agonisti GnRH) | (ak agonisti GnRH) |
| T3, TSH | + | + | - | - | - |
| KO | + | + | - | - | - |
| Glykémia | + | + | - | + | + |
| Lipidový profil | + | + | - | + | + |
| Antiandrogény alebo GnRH agonisti | | | | | |
| Písomný informovaný súhlas | + | - | - | - | - |
| Sérové hladiny Ca, P | + | + | - | + | + |
| Somatické vyšetrenie vrátane genitálu | + | + | + | + | + |
| Známky feminizácie (najmä gynekomastia) | + | + | + | + | + |
| Depresia, suicídálne ideácie | + | + | + | + | + |
| Testosterón ⁴ , SHBG, LH, prolaktín | + | + | - | - | - |
| Osteodenzitometria | + | + | - | + ² | + |
| MR mozgu ³ | + | + | - | - | + |
| | | | | | (ak CPA) |

¹Musí byť ukončená puberta a rast.

²Nevyhnutné v prípade zvýšeného rizika osteoporózy: zlomeniny alebo vek > 50 rokov, kombinácia kortikoidov alebo antikonvulzív, poruchy spojené s požívaním alkoholu, vysoko odporúčané v iných prípadoch. V prípade osteoporózy musia byť predpisované vápnik, vitamín D alebo bifosfonáty, aby sa predišlo zlomeninám kostí.

³Len v prípade liečby CPA: štruktúry mozgu musia byť kontrolované MR v 5. roku a potom každé 2 roky v prípade dlhého trvania liečby (> 6 mesiacov) a vysokého dávkovania. Keď je CPA vysadený, nie je potrebné štruktúrne vyšetrenie mozgu MRI. V prípadoch liečby agonistom GnRH, pred začiatkom liečby skontrolovať aktívne ochorenie hypofýzy a hypotalamu alebo meningeóm.

⁴Hladiny testosterónu v krvi sa môžu merať počas liečby v prípade nekontrolovateľných prerušení liečby alebo v prípade rizika maskovanej suplementácie testosterónu.

Špeciálne varovanie: FDA varovala pred zvýšeným rizikom diabetu a určitých kardiovaskulárnych ochorení (srdcový infarkt, náhla srdcová smrť a mŕtvica) u mužov, ktorí dostávajú lieky s agonistom GnRH na liečbu rakoviny prostaty.

6.2.1 Farmakologická liečba

Triptorelín (jedného z GnRH) je registrovaný v niektorých krajinách Európskej únie (Škandinávia, Francúzsko) v indikácii liečby parafílny poruchy, ale nie je dostupný v Slovenskej republike. Pre triptorelín (Diphereline S.R. plu igf 1x11,25mg+1x2ml disp.prostr.) bolo Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky schválené skupinové povolenie na jeho použitie v neschválenej indikácii parafília pre potreby zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike. Použitie lieku mimo indikačného spektra je potrebné zaznačiť v zdravotnej dokumentácii.

6.2.1.1 Psychofarmaká

Spomedzi skupiny psychofarmák má najvyššiu mieru dôkazov o účinnosti skupina selektívnych inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu (SSRI) – úroveň dôkazu C. Existujú klinické dôkazy o tom, že minimálne sertralín a fluoxetín redukujú parafílné sexuálne správanie u porúch ako napr. exhibicionizmus či pedofília bez sexuálnych deliktov na deťoch. Táto skupina liečiv je navyše spojená s priaznivým profilom nežiaducich účinkov. SSRI môžu byť použité aj v kombinácii s antiandrogénnou liečbou alebo liečbou agonistami gonadotropín uvoľňujúceho hormónu (GnRH) najmä v úvode liečby pri rozvoji symptómov depresie. SSRI majú preukázaný pozitívny vplyv aj pri pridružených poruchách kontroly impulzov či stavoch obsedantno-kompulzívneho spektra (Thibaut et al., 2020).

Skupina psychofarmák je síce v liečbe parafílnych porúch používaná dlhodobo, avšak úroveň dôkazov svedčiac pre ich účinnosť je naďalej veľmi nízka, čo je následkom nedostatku kontrolovaných štúdií najmä v skupine pacientov bez pridružených psychiatrických komorbidít (Thibaut et al., 2020). Spomedzi používaných psychofarmák (okrem skupiny SSRI) majú najviac údajov o možnej účinnosti antipsychotiká (haloperidol, risperidón), antikonvulzíva a lítium, naltrexon resp. antidepresíva iných skupín (tricyklické antidepresíva a mirtazapín). Účinnosť týchto liečiv je hodnotená úrovňou dôkazu E, pričom sa zdôrazňujú možné nežiaduce účinky liečby.

Zhrnutie: spomedzi psychofarmák má opodstanenie pri liečbe parafílnych porúch použitie antidepresív typu SSRI a to najmä pri menej závažných stavoch, pri ktorých nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a nízkym rizikom sexuálneho násillia. Použitie ostatných skupín psychofarmák je možné, avšak preferenčne pri pridružených psychiatrických komorbiditách.

6.2.1.2 Hormonálna liečba

Indikáciu hormonálnej liečby z bioetického hľadiska pripúšťajú podľa belgického regulačného orgánu pre bioetiku napr. české guideliney resp. doporučený postup Svetovej federácie spoločností pre biologickú psychiatriu (WFSBP – World Federation of Societies of Biological Psychiatry) (Thibaut et al., 2020) pri splnení všetkých nasledujúcich podmienok:

- parafília (parafílna porucha) bola u človeka diagnostikovaná po dôkladnom odbornom vyšetrení,
- hormonálna terapia je zameraná na špecifické klinické symptómy a spôsoby správania a je prispôsobená pacientovmu zdravotnému stavu,
- stav pacienta predstavuje vysoké riziko vážneho ohrozenia jeho zdravia alebo fyzickej či morálnej integrity,
- nie sú dostupné iné, menej invazívne liečebné prostriedky,

ošetrujúci odborník informuje pacienta a získa jeho súhlas, súhlasí s prevzatím zodpovednosti za indikáciu liečby a za ďalšie sledovanie pacienta vrátane jeho somatického stavu,

- v odôvodnených prípadoch aj s pribratím endokrinológa ako konzultanta,
- hormonálna liečba je súčasťou písomného terapeutického plánu, ktorý je v adekvátnych intervaloch kontrolovaný a v prípade potreby revidovaný.

Pred začiatkom a v priebehu liečby antiandrogénmi alebo GnRH agonistami je potrebné zhodnotenie a sledovanie stavu pacienta. To zahŕňa vyhodnocovanie sexuálneho správania a fantázií, príznaky depresie, myšlienok na samovraždu, vstupné vyšetrenie a pravidelné sledovanie hmotnosti, BMI, krvného tlaku, EKG (pokial' sú hlásené kardiologické ťažkosti), hepatálnych a renálnych funkcií, krvného obrazu, hladiny glykémie, lipidového profilu, hladiny vápnika a fosfátov, funkcie štítnej žľazy, hladiny hormónov v plazme, telesné vyšetrenie - vrátane genitálií, rizika feminizácie (gynekomastia) a vyšetrenie osteodenzitometrie. Pri liečbe CPA je nutné realizovať MRI vyšetrenie a mozgu, následne spraviť kontrolné vyšetrenie o 2 roky (viď aj tabuľka č. 4).

Antiandrogény

V indikácii hormonálnej liečby prípravkom s antiandrogénnym pôsobením sa zvyčajne uvádzajú dva prípravky: cyproterónacetát (CPA) a medroxyprogesterónacetát (MPA). Indikáciu na potlačenie patologicky zmeneného pohlavného puču u muža z dôvodu parafilej poruchy má na Slovensku len CPA (SPC, Androcur). CPA má centrálnu inhibičnú účinok, ktorý spôsobuje zníženie syntézy testosterónu v testes, znižuje sérové hladiny testosterónu a kompetitívne inhibuje účinok androgénov na androgén-dependentných cieľových orgánoch. Dostupný je v podobe tabliet na perorálne použitie alebo v depotnej forme. Liečba a dávkovanie sa má riadiť podľa platného SPC, pričom maximálna denná dávka je stanovená na 300 mg. Na stabilizáciu terapeutického účinku je potrebná dlhodobá liečba, najmenej 3 roky, pričom v niektorých prípadoch je odporúčaná aj celoživotná liečba na udržiavacej dávke 12,5 až 25 mg denne (Thibaut et al., 2020). Žiaduce je súbežné psychoterapeutické vedenie. Kontraindikáciami liečby sú ochorenia pečene, Dubinov-Johnsonov syndróm, Rotorov syndróm, nádor pečene, meningeóm, kachektizujúce ochorenia, ťažká chronická depresia, tromboembolické procesy, ťažký diabetes mellitus s cievnymi zmenami, kosáčikovitá anémia a precitlivosť na liečivo alebo pomocné látky prípravku (SPC, Androcur). Najčastejšími nežiaducimi účinkami pri užívaní sú zníženie libida, erektilná dysfunkcia a reverzibilná inhibícia spermatogenézy, gynekomastia, zvýšenie telesnej hmotnosti, tromboembolické komplikácie a hepatocelulárne poškodenie. Najzávažnejšími nežiaducimi účinkami môže byť hepatálna toxicita, benígne a malígne tumory pečene s následkami ako intraabdominálna hemorágia a tromboembolické príhody.

Úroveň dôkazov pre CPA je C, pričom hodnotenie pomeru rizika a benefitu liečby je stredne veľký (Thibaut et al., 2020).

Analógy GnRH

Spomedzi analógov GnRH sú v Slovenskej republike dostupné triptorelín, leuprorelín a goserelín, pričom ani jeden z nich nemá v SPC uvedenú indikáciu parafilej poruchy. Napriek tomu o tejto skupine liečiv treba uvažovať v liečbe jedincov s parafilenými poruchami, pričom najzásadnejším je argument sily dôkazov o ich účinnosti na úrovni B/C (Thibaut et al., 2020).

Podávanie agonistov GnRH po iniciálnej stimulácii s prechodným zvýšením hladín testosterónu vedie k inhibícii sekrécie gonadotropínov s následnou supresiou testikulárnych a ovariálnych funkcií s následkom dosiahnutia kastračnej úrovne pohlavných hormónov v priebehu 2 – 4 týždňov od zahájenia liečby. V indikácii liečby parafilených porúch sa používa najčastejšie triptorelín, ktorý je v tejto indikácii schválený vo viacerých krajinách Európskej únie (SPC, Salvacyl). Výhodou analógov GnRH v porovnaní s antiandrogénmi je podstatne nižší profil nežiaducich účinkov. Spomedzi očakávaných nežiaducich účinkov sa vyskytuje úbytok kostných minerálov (osteopénia), erektilná dysfunkcia, zníženie libida, návaly tepla, feminizácia, gynekomastia, priberanie, depresívne prejavy.

6.2.2 Psychoterapeutická liečba

Psychoterapeutické intervencie spočívajú v spektre aktivít individuálnej a skupinovej terapie, poradenstva v sociálnej, pracovnej či iných oblastiach, práci s jednotlivcom a/alebo jeho blízkymi či rodinami. Spomedzi používaných psychoterapeutických smerov majú najviac dôkazov o ich účinnosti prístupy kognitívne-behaviorálnej psychoterapie (priekaznosť na úrovni C/D), i keď účinné v jednotlivých prípadoch môžu byť aj ďalšie prístupy, napr. dynamické metódy, resp. psychoanalyticky orientované metódy.

Všeobecná stratégia smerovania psychoterapie osôb, ktoré trpia parafilnými poruchami zahŕňa aj nácvik empatie, prácu s kontrolou sexuálnych impulzov, zvládanie stresu a prevenciu relapsu (Hall & Hall, 2007). Sexuálni delikventi často prezentujú skreslené vzorce myslenia, ktoré im umožňujú racionalizovať si svoje vlastné správanie (napr. že deti môžu súhlasiť s pohlavným stykom s dospelými osobami, alebo že obeť sú zodpovedné za to, že je na nich spáchaný sexuálne motivovaný trestný čin a pod.). Okrem práce so skreslenými kognitívnymi vzorcami sa v rámci psychoterapeutických programov pracuje s ďalšími faktormi podporujúcimi sexuálne delikventné správanie, ako napr. práca s impulzivitou, schopnosť ovládať zlosť, vyjadrovať pocity a efektívne komunikovať, zvládanie stresu, zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, alebo parafilné sexuálne vzrušovanie.

Kognitívne a kognitívne behaviorálne postupy

Kognitívna psychoterapia vychádza z predpokladu primárneho významu vnútorných poznávacích procesov, predovšetkým myslenia a správania daného jedinca. Psychoterapeutické metódy založené na kognitívnej teórii kladú dôraz predovšetkým na vedomú činnosť a zameriavajú sa na využívanie racionálnej, logickej argumentácie.

Cieľom týchto terapeutických postupov je:

- poskytnúť pacientom vedomosti, ktoré im umožnia správať sa adekvátne, alebo sa vyhýbať situáciám, pri ktorých hrozí zvýšené riziko recidivy delikventného správania,
- zmeniť postoje pacientov prosociálnym smerom,
- upozorniť pacientov na negatívne dôsledky ich správania a činov. V súvislosti s nimi samotnými aj vzhľadom na ich okolie,
- upraviť pacientov pohľad na jeho vlastné deviantné správanie,
- edukovať pacienta v súvislosti s uspokojovaním jeho vlastných sexuálnych potrieb akceptovateľnejším spôsobom,
- naučiť pacientov stratégie, ktoré im umožnia lepšie kontrolovať vlastné vzrušenie a kontrolovať rizikové situácie.

6.2.3 Iné liečebné modalities - bilaterálna orchiektómia

Bilaterálna orchiektómia (kastrácia) je chirurgickým zákrokom vedúcim k trvalému zníženiu hladín testosterónu. Aj napriek preukázanému efektu na znižovanie recidivy pri sexuálnej delikvencii, z etického hľadiska sa javí najproblematickejšou terapeutickou modalitou (Weiss, 2017). Výhradami voči kastrácii býva najmä skutočnosť, že ide o ireverzibilný výkon, ku ktorému existujú menej invazívne alternatívy a tiež to, že môže byť vnímaná ako forma trestu či problematika (pseudo)dobrovoľnosti informovaného súhlasu napr. v podmienkach výkonu trestu alebo ochranného liečenia v situácii, ak sa rozhoduje o ich zmiernení. Argumentom za chirurgický zákrok je opäť ireverzibilitnosť z uhla pohľadu nutnosti kontroly compliance pri použití medikamentózneho liečenia.

Kastrácia v našich podmienkach predstavuje chirurgický výkon, ktorý si vyžaduje písomnú formu

informovaného súhlasu. V súčasnosti nie je upravená špeciálnou legislatívou (napr. v Českej republike MZd ČR 2012, Zákon 373/2011 v ČR), kde je okrem iného vyžadované komisionálne zhodnotenie indikácie konzíliom. V súlade s medzinárodnými štandardnými postupmi je však vhodnejšie preferovať hormonálnu liečbu. Pokiaľ sa pacient rozhodne pre kastráciu z dôvodu závažnej parafilnej poruchy s nedostatočnou reakciou na hormonálnu liečbu, vykonáva ju lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia (urológ) alebo urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (urológ–sexuológ) na základe písomného odporúčania psychiatra so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (psychiater–sexuológ) na základe písomnej žiadosti pacienta. Najčastejšími telesnými zmenami po kastrácii sú obezita, zníženie hmotnosti, redukcia telesného ochlpenia, zvýšená únavnosť a gynekomastia. Pre sklony k osteoporóze sa odporúča pravidelné sledovanie kostnej denzity. Z psychických zmien sú najčastejšie uvádzané astenické a depresívne dysforické symptómy (Weiss, 2017).

Indikáciu bilaterálnej orchiektómie z dôvodu vysoko rizikovej parafilnej poruchy stanovuje psychiater–sexuológ na základe posúdenia a súhlasného stanoviska nasledujúcich špecialistov: endokrinológ, klinický psychológ, urológ a na žiadosť pacienta a s jeho písomným súhlasným vyjadrením. V prípade potreby sa odporúča prizvať odborníka z iného odboru (napr. súdneho znalca, právnik a pod.).

6.3 Informovaný súhlas

Pre použitie psychoterapeutických metód sa vyžaduje v prípade dobrovoľnej liečby poskytnutie bežného informovaného súhlasu pacientom. V prípade obmedzenej spôsobilosti na právne úkony je potrebné udelenie tohto súhlasu ustanoveným opatrovníkom. V prípade ochranného liečenia a detencie sa nevyžaduje informovaný súhlas, súčasťou poučenia o priebehu liečby majú byť všetky plánované terapeutické postupy vrátane psychoterapie a možných konsekvencií jej odmietania. Je však pochopiteľné, že terapie, ktoré si vyžadujú aktívnu participáciu pacienta, je ťažko možné vykonať proti jeho vôli.

Pre použitie farmakoterapie SSRI alebo inými psychofarmakami sa vyžaduje v prípade dobrovoľnej liečby poskytnutie bežného informovaného súhlasu pacientom. V prípade ochranného liečenia a detencie sa nevyžaduje informovaný súhlas, súčasťou poučenia o priebehu liečby majú byť všetky plánované terapeutické postupy vrátane farmakoterapie a možných konsekvencií jej odmietania.

Pre použitie hormonálnej liečby (CPA, analógy GnRH) je vyžadovaný informovaný súhlas pacienta (aj v prípade ochranného liečenia).

Vykonanie bilaterálnej orchiektómie z dôvodu vysoko rizikovej parafilnej poruchy je možné len na žiadosť pacienta a jeho písomného súhlasného vyjadrenia. Indikáciu výkonu stanovuje psychiater–sexuológ na základe posúdenia a súhlasného stanoviska nasledujúcich špecialistov: endokrinológ, klinický psychológ, urológ (prípade potreby sa odporúča prizvať odborníka z iného odboru (napr. súdneho znalca, právnik a pod.)).

6.4 Algoritmus výberu vhodnej liečby založený na posúdení rizika

Algoritmus liečby podľa WFSBP rozlišuje 5 úrovní liečby podľa závažnosti parafilnej poruchy:

1. minimálna úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom intervencií kontrolovať parafilne sexuálne fantázie, nutkania a správanie bez zásahu do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálny apetít. Liečbu možno použiť

v prípadoch, kde nehrozí riziko znásilnenia alebo sexuálneho zneužívania detí.

Príkladom môžu byť niektoré prípady voyeurskej, fetišistickej či frotérskej poruchy. Liečba pozostáva najmä z psychoterapie, odporúčaná je najmä kognitívne behaviorálna psychoterapia.

2. nízka úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie s len malým zásahom do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálny apetít. Liečbuje možné použiť vo všetkých menej závažných prípadoch parafilných porúch, kde nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a je nízke riziko sexuálneho násillia, napr. pri exhibicionistickej poruche bez rizika znásilnenia alebo zneužívania detí, prípadne pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 1. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálna psychoterapia) a SSRI. Dávky SSRI majú dosahovať dávky používané pri obsedantne-kompulzívnych poruchách (napr. fluoxetín 40 – 60 mg/d alebo sertralín 200 mg/d). Efekt liečby sa dá očakávať za 1 – 3 mesiace. Účinnosť tejto intervencie je hodnotená ako 70 %, pokiaľ nejde o osoby, ktoré sa dopúšťajú sexuálneho násillia.

3. stredná úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie so značným znížením sexuálnej aktivity a libida. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú mierne riziko sexuálneho násillia, ale je u nich intelektuálne postihnutie (neurologické komorbidity ako napr. demencia) a u osôb, kde nie sú prítomné fantázie a/alebo správanie zahŕňajúce sexuálny sadizmus (ak sú prítomné, vid' úroveň 4) a pacient dodržiava liečebný režim. Pri nedodržiavaní liečebného režimu pacientom sa odporúča používať intramuskulárnu formu liekov. Režim úrovne 3 sa používa aj pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 2. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a CPA. Dávkovanie CPA pri perorálnom užívaní je 50 – 200 mg/d (max. 300 mg/d) alebo pri intramuskulárnej forme sa podáva 200 – 400 mg raz týždenne a potom v intervaloch každé 2 – 4 týždne. Účinnosť sa udáva na úrovni 80 – 90 % (stredná hodnota recidivizmu 6 %). Nástup účinku sa dá očakávať o 1–3 mesiace. Pri komorbiditách s úzkostnými, depresívnymi alebo obsedantne-kompulzívnymi symptómami možno liečbu CPA doplniť SSRI.


4. vysoká úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie so skoro úplným potlačením sexuálneho apetítu a aktivít. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú stredne vysoké až vysoké riziko sexuálneho násillia a závažné parafilné poruchy, rovnako v prípade jedincov s pedofilnými poruchami, u jedincov s fantáziami a/alebo správaním zahŕňajúcim sexuálny sadizmus alebo fyzické násillie. Režim úrovne 4 sa používa aj pri absencii uspokojivých výsledkov alebo nedodržiavaní liečebného režimu na úrovni 3. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a dlhodobu agonistov GnRH. Možno použiť napr. triptorelín alebo leuprolid acetát 3 (alebo 3.75) mg/mesiac alebo 11.25 mg i.m. každé 3 mesiace. Účinnosť sa udáva u viac ako 90 % prípadov (recidivizmus < 5 %). Nástup účinku možno očakávať o 1–3 mesiace. V prípade potreby možno dodržiavanie liečebného režimu agonistami GnRH kontrolovať meraním hladiny testosterónu. V úvode liečby agonistami GnRH je potrebné liečbu doplniť o CPA (týždeň pred začiatkom liečby a počas prvého mesiaca užívania agonistov GnRH) pre kontrolu flare-up efektu a kontrolu rizika relapsu parafilného sexuálneho správania s ním spojeného.

5. extrémna úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie pri plnom potlačení sexuálneho apetítu a aktivít. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú najzávažnejšie parafilné poruchy (katastrofické prípady) a pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 4. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a kombinácie agonistov GnRH a CPA, pričom je možnosť pridať aj SSRI. Oproti úrovni 4 sa k liečbe pridávajú antiadrogénne pôsobiace liečivá, napr. CPA. Dávkovanie CPA pri perorálnej liečbe je 50 – 200 mg/d (max. 300 mg/d) alebo pri intramuskulárnom podávaní depotnej formy CPA 200 – 400 mg raz týždenne a potom každé 2 – 4 týždne. Jednotlivé skupiny úrovne rizika s terapeutickými intervenciami zobrazuje aj tabuľka č. 5.

Tabuľka č. 5

|  Algoritmus liečby parafilných porúch podľa závažnosti parafilnej poruchy | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|---|---|
| Úroveň rizika | Cieľ terapie | Indikácia | Typ liečby | Úroveň dôkazov | Dávkovanie | Dobrovoľné liečenie | Ochranné liečenie |
| minimálna | Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie bez zásahu do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopaduna sexuálnu túžbu | Voyeristická porucha Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby Frotérska porucha Ďalšie poruchy, pri ktorých nehrozí znásilnenie a/alebo zneužívanie detí | Psychoterapia | C/D (pre KBT) | | Ambulantné | Ambulantné - pri dobrej spolupráci a liečbe trvajúcej viac ako 5 rokov je možné podať návrh na prepustenie |
| nízka | Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie len s malým zásahom do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálnu túžbu | Menej závažné parafilné poruchy, pri ktorých nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a je nízke riziko sexuálneho násillia Exhibicionistická porucha bez rizika znásillenia a/alebo zneužívania detí. Pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 1. | Psychoterapia + SSRI | C/D (pre KBT) C | Fluoxetín 40-60 mg/deň Sertralín 200mg/deň | Ambulantné | Ambulantné Ústavné – pri dobrej spolupráci je možné podať návrh na zmenu formy na ambulantné |
| stredná | Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie so značným znížením sexuálnej aktivity a libida | Mierne riziko sexuálneho násillia (vývinová porucha intelektu, neurologické komorbidity napr. demencia) Žiadne fantázie a/alebo správanie zahrňujúce sexuálny sadizmus (ak áno - úroveň 4.) Nie je riziko závažných NÚL pre CPA (ak áno - úroveň 4.). Pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 2. | Psychoterapia + CPA | C/D (pre KBT) C | CPA 50-200mg per os/deň alebo 200-400 mg i.m. / 7-14 dní | Ambulantné Ústavné | Ambulantné Ústavné – pri dobrej spolupráci je možné podať návrh na zmenu formy na ambulantné |
| vysoká | Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie s takmer úplným potlačením sexuálnej túžby a aktivít | Stredne vysoké až vysoké riziko sexuálneho násillia Závažné parafilné poruchy Pedofilná porucha alebo fantázie a/alebo konanie zahrňujúce sexuálny sadizmus alebo fyzické násillie Nedodržiavanie liečebného režimu alebo absencia uspokojivých výsledkov na úrovni 3. | Psychoterapia + agonisti GnRH (+/- SSRI) | C/D (pre KBT) B/C | triptorelín 11,25 mg i.m./ 3 mesiace leuprorelín | Ústavné (aj nedobrovoľná hospitalizácia) | Ústavné |
| extrémna | Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie pri úplnom potlačení sexuálnej túžby a aktivít | Najzávažnejšie parafilné poruchy (katastrofické prípady) | Psychoterapia + agonisti GnRH + CPA (+/- SSRI) | C/D (pre KBT) nie je pre kombináciu | | Ústavné (aj nedobrovoľná hospitalizácia) | Detencia |

Zdroj: spracované podľa odporúčaní WFSBP (Thibaut et al., 2020)

7 Hodnotenie rizika

Základným nástrojom pre hodnotenie rizika je klinický úsudok založený na vyhodnotení jednotlivých rizikových faktorov (vrátane použitia štandardizovaných nástrojov), vedomostiach a skúsenostiach s danou skupinou osôb. Hodnotením rizika získavame informácie o potrebe a charaktere liečby (z pohľadu terapeutických intervencií - vid' algoritmus liečebných opatrení – tabuľka č. 5, frekvencie stretnutí, miere direktivity, oblasti, na ktoré sa treba primárne zamerať v terapii a pod.), o riziku recidívy (vrátane spáchania trestného činu) a zároveň slúži na overovanie výsledkov liečby.

Základom pri hodnotení rizika je posúdenie statických a dynamických rizikových faktorov. Statické sú nemenné rizikové faktory (spravidla sa vzťahujú k minulosti) a dávajú informáciu o miere rizika recidívy problematického sexuálneho správania. Patrí sem napr. prítomnosť parafilnej poruchy, anamnéza sexuálne motivovaného trestného činu/činov, pozitívna kriminálna anamnéza, pridružené psychické ochorenie, intelekt, anamnéza sexuálneho zneužitia v detstve a pod.


Dynamické rizikové faktory sú potenciálne premenlivé a ovplyvniteľné aspekty fungovania osoby vzťahujúce sa k trestnej činnosti. V rámci terapie sa s nimi dá pracovať. Delia sa na akútne a stabilné. Akútne dynamické rizikové faktory sú rýchlo sa meniace a vyplývajú z aktuálnej situácie osoby (napr. prostredie, kde sa práve nachádza – prístup k potenciálnym obetiam, psychické rozpoloženie, prípadne zhoršenie psychického stavu – napr. depresia, riziko sebapoškodenia, suicícia, abúzus návykových látok a pod.). Stabilné dynamické rizikové faktory predstavujú napríklad osobnostné charakteristiky, nedostatočné sociálne zručnosti, izolácia, postoje schvaľujúce trestný čin, negatívne postoje k určitým skupinám všeobecne (napr. deťom, ženám, mužom), impulzivita, zvládanie záťaže a stresu a pod. Akútne dynamické rizikové faktory sú ľahšie ovplyvniteľné terapiou v porovnaní so stabilnými. Najčastejšie používanými škálami na hodnotenie rizika sú Stable 2007 a Acute 2007 (Hanson & Kanada, 2007). Pre použitie v našich podmienkach je potrebné ich preložiť a validizovať na našu populáciu.

V českom štandardnom postupe (Zvěřina & Weiss, 2012) sú uvedené nasledovné kritériá pre recidívu podľa Zvěřinu (Zvěřina, 2003), pričom ak posudzovaná osoba vykazuje dve a viac spomínaných vlastností, je riziko recidívy vysoké:

- prítomnosť sexuálnej deviácie,
- vek do 35 rokov (pedofilný deviant je však nebezpečný doživotne),
- chýbajúci alebo zle fungujúci partnerský vzťah,
- jeden alebo aj viac sexuálnych deliktov v anamnéze,
- mentálny defekt,
- psychopatická štruktúra osobnosti,
- závislosť na alkohole, abúzus.

Pre rozhodovanie o indikácii hormonálnej liečby podľa Odporúčených postupov MZ ČR a WFSBP môže slúžiť škála Depo-Provera (Maletzky et al., 2006). Skóre 7 a viac môže podľa autorov byť indikáciou k hormonálnej supresii, avšak hlavným kritériom pre tento druh liečby zostáva klinické posúdenie. Jednotlivé položky škály Depo-Provera sú uvedené v tabuľke č. 6.

Tabuľka č. 6

|  Škála Depo-Provera na hodnotenie indikácie k hormonálnej supresii | |
|--|-------|
| Položka | Skóre |
| Viac ako 1 obeť | 1 |
| Viac ako 1 parafília | 1 |
| Preferencia deviantného správania | 1 |
| Deviantný sexuálny záujem (podľa PPG) | 2 |
| Nežije s obeťou | 1 |
| Použitie sily pri sexuálnom delikte | 1 |
| Obeť mužského pohlavia | 2 |
| Vek pod 30 rokov pri prepustení z výkonu trestu | 1 |
| Mozgová dysfunkcia | 2 |
| Predchádzajúca psychiatrická anamnéza | 1 |
| Sexuálny delikt počas ambulantnej liečby | 1 |
| Sexuálny delikt počas ústavnej liečby | 1 |
| Zlyhanie predchádzajúcej liečby | 2 |

Zdroj: spracované podľa (Maletzky et al., 2006; Thibaut et al., 2020; Weiss, 2017)

8 Zabezpečenie a organizácia zdravotnej starostlivosti

Liečba pacienta s parafilnou poruchou bez anamnézy sexuálne motivovaného trestného činu prebieha spravidla ambulantnou formou. Z pohľadu prevencie sexuálne motivovanej kriminality je žiaduce, aby táto skupina pacientov bola čo najväčšia a k liečbe motivovaná. Nadosiahnutie tohto cieľa je potrebné systematicky pracovať na destigmatizácii jedincov s parafilnými poruchami a osвете zameranej na odbornú a laickú verejnosť. Rovnako je potrebné vytvoriť sieť poskytovateľov s kompetenciami na poskytovanie zdravotnej starostlivosti tejto skupine populácie.

Súdom nariadené ochranné sexuologické liečenia ambulantnou formou by mali byť realizované v psychiatrických ambulanciách lekárom s príslušnými kompetenciami (psychiater-sexuológ, alebo psychiater so vzdelaním v poskytovaní intervencií súvisiacimi s manažmentom parafílií a osôb vo zvýšenom riziku problematickeho sexuálneho správania. Súčasnú situáciu, v ktorej nie je dostatok poskytovateľov v príslušných kompetenciách možno považovať za prechodnú a nie uspokojivú.

Sexuologické ochranné liečenie ústavnou formou ukladá súd v zmysle Trestného zákona popri treste, pri upustení od potrestania alebo pri podmienčnom upustení od potrestania alebo ak páchatel' činu inak trestného nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný a jeho pobyt na slobode je nebezpečný. Táto forma liečby by mala byť poskytovaná v rámci organizačných jednotiek so sexuologickým zameraním v ústavných psychiatrických zariadeniach. V súčasnosti jediné špecializované sexuologické pracovisko s adekvátnym personálnym zabezpečením je oddelenie pre výkon ochranných liečení v Ústave pre výkon trestu odňatia slobody Košice – Šaca, kde je možné poskytovať starostlivosť len osobám odsúdeným na výkon trestu odňatia slobody. Je potrebné vytvoriť ústavné sexuologické oddelenia špecializované na liečbu jedincov s parafilnými poruchami s adekvátnym personálnym a materiálno-technickým zabezpečením.

Pre účelnú organizáciu forenznej sexuologickej starostlivosti je ideálnym vytvorením sexuologických oddelení v rámci špecializovaných psychiatrických zariadení, fungujúcim na základe modelu

terapeutickej komunity, s dostupnou nielen farmakologickou liečbou, ale aj psychoterapeutickými intervenciami, psychosociálnou rehabilitáciou a pod. Takéto oddelenie môže využívať kapacity psychiatrického zariadenia potrebné napr. v prípade inej psychickej komorbidity či závislosti (napr. pre realizáciu kombinovaného ochranného psychiatrického, protialkoholického či protitoxikomanického liečenia). Koncentrácia vysoko špecializovaných personálnych kapacít v spojení s bezpečnostnými prvkami by okrem iného umožnila aj napr. výkon predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia (§ 85 ods. 7 Trestného poriadku) u páchatel'ov trestných činov spáchaných zo sexuálneho motívu s realizáciou súdno-znaleckej expertízy (i napr. ústavného pozorovania).

Základným predpokladom pre vytvorenie takéhoto modelu je dostupnosť lekárov so špecializáciou v odbore sexuológia (so zabezpečením ich zastupiteľnosti) a ďalších zdravotníckych pracovníkov s potrebnou praxou (najmä sestry so špecializáciou v odbore psychiatria, klinický psychológ, liečebný pedagóg a ďalší) v počtoch analogických požiadavkám pre odbor psychiatrie.

Pre zvýšenie úrovne bezpečnosti je potrebný výcvik a pravidelné obnovovanie kompetencií personálu vo verbálnych deeskalačných technikách a tiež v zvládaní agresívnych prejavov. Žiaducim prvkom je tiež angažovanie bezpečnostných zamestnancov s príslušným zaškolením pre prostredie zdravotníckeho zariadenia.

K nevyhnutnému špecifickému vybaveniu patrí prístrojové vybavenie na sexodiagnostiku – minimálne falopletyzmografia (vulvopletyzmografia).

Forenzné sexuologické oddelenie je určené pre ľudí s históriou spáchania trestnej činnosti, vyžaduje si teda aspoň bazálne technické vybavenie:

- zabezpečenie priestorov oddelenia proti jeho nedovolenému opusteniu,
- samostatné vychádzkové a rekreačné priestory,
- vizuálne monitorovanie priestorov,
- ubytovacie kapacity v jedno a dvojposteľových izbách pre zníženie rizika nežiaducich interakcií.

Ambulantná sexuologická starostlivosť o pacientov s parafilnými poruchami si vyžaduje nevyhnutné posilnenie kapacít so zabezpečením ich regionálnej dostupnosti. Vysoko žiaduci je aj rozvoj komunitnej starostlivosti s presahom služieb aj do sociálnej oblasti.

9 Prognóza

Väčšina parafilných porúch je chronická a pretrváva celoživotne. Samotná parafília nie je nelegálna, avšak správanie na podklade parafilných pohnútok môže viesť k sexuálnym priestupkom a trestným činom so závažnými následkami pre osobu samotnú a aj obeť. Vážnym problémom liečby parafilných porúch je recidíva. Väznenie síce môže zabrániť páchaniu ďalších činov, avšak nemení samotný parafilný záujem a preto má len obmedzený preventívny potenciál. Kľúčová je liečba a to nielen samotnej parafilnej poruchy, ale aj pridružených rizikových stavov (napr. nadužívanie návykových látok), kde výskumy opakovane dokazujú významný efekt liečby na recidívu delikvencie.

10 Ďalšie odporúčania

Vytvoriť špecializované pracovisko na realizáciu súdom nariadených ochranných sexuologických liečieb.

Vytvoriť štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre ďalšie skupiny pacientov s parafilnými poruchami (adolescenti, ženy).

Vytvoriť štandardný diagnostický a terapeutický postup pre realizáciu a vyhodnocovanie výsledkov PPG.

Vytvoriť štandardný diagnostický a terapeutický postup pre realizáciu a indikáciu bilaterálnej orchiektómie.

Vhodné preložiť a validizovať na našu populáciu vhodnú škálu hodnotenia rizika (napr. Stable 2007 a Acute 2007).

Potrebné je zrušiť indikačné obmedzenia pre hormonálne lieky pre osoby s diagnózou parafilných porúch alebo získať skupinovú výnimku na preskripciu mimo indikačného obmedzenia a pravidelne ju obnovovať (interval každých 6 mesiacov).

Vytvoriť a podporovať preventívne programy zamerané nielen na všetkých zdravotníckych pracovníkov ale aj na všeobecnú populáciu.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po dvoch rokoch.

11 Literatúra

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Altman, Z., (2016) Test aperccepe ruky (TAR), 1. české vydání, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2016.
3. Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (2021). The Prevalence of Paraphilic Interests in the Czech Population: Preference, Arousal, the Use of Pornography, Fantasy, and Behavior. *The Journal of Sex Research*, 58(1), 86–96. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1707468>
4. Blanchard, R., Klassen, P., Dickey, R., Kuban, M. E., & Blak, T. (2001). Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders.
5. *Psychological Assessment*, 13(1), 118–126. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.118>
6. Boland, R. J., & Verduin, M. L. (Ed.). (2021). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
7. Briken, P., Fedoroff, J. P., & Bradford, J. W. (2014). Why Can't Pedophilic Disorder Remit?
8. *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1237–1239. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0323-1>
9. Butcher, J.N, Graham J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G., Kaemmer, B. (2004). MMPI®-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2 SK, Autori slovenskej verzije: Máthé, R., Štefániková, J., 1. slovenské vydanie, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2018.
10. Castellini, G., Rellini, A. H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., Fisher, A.D., Cassioli, E., Lelli, L., Maggi, M., & Ricca, V. (2018). Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(9), 1322–1335. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.015>
11. Dunsieath, N. W., Nelson, E. B., Brusman-Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, D., Welge,
12. J. A., Roby, D., Taylor, P., Soutullo, C. A., & McElroy, S. L. (2004). Psychiatric and Legal Features of 113 Men Convicted of Sexual Offenses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 293–300. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0302>
13. Engel, J., Veit, M., Sinke, C., Heitland, I., Kneer, J., Hillemacher, T., Hartmann, U., & Kruger, T. H. C. (2019). Same Same but Different: A Clinical Characterization of Men with Hypersexual Disorder in the Sex@Brain Study. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 157. <https://doi.org/10.3390/jcm8020157>
14. Fedoroff, J. P. (2018). More Puzzles: A Response to Seto's (2017) "The Puzzle of Male Chronophiliacs". *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2171–2173. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1242-3>
15. Fletcher, R. J., National Association of the Dually Diagnosed, & American Psychiatric Association (Ed.). (2016). *DM-ID 2: Diagnostic manual - intellectual disability; a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (Second Edition, 2016). NADD Press.
16. Floyd, A. E., & Gupta, V. (2024). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. V
17. *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/>
18. Giacomuzzi, S. (Ed.). (2014). *Forensisch-psychologische Begutachtung in der Praxis* (1. Aufl). Krammer.
19. Gordon, H., & Grubin, D. (2004). Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sex offenders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 73–80. <https://doi.org/10.1192/apt.10.1.73>
20. Grassi, J. R. (1992). *Grassiho test organicity*. Psychodiagnostika, Bratislava.
21. Hall, R. C. W., & Hall, R. C. W. (2007). A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment

- Outcomes, and Forensic Issues. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(4), 457–471. <https://doi.org/10.4065/82.4.457>
22. Hanson, R. K. & Kanada (Ed.). (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. Public Safety Canada.
 23. International Association for the Treatment of Sexual offenders (IATSO). (2024). Standards of Care for the Treatment of Adult Sex Offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO). [online]. [cit. 2024-10-23]. Dostupné na: <https://www.iatso.org/phocadownload/standards%20of%20care.pdf>
 24. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>. Licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO licence (CC BY-ND 3.0 IGO).
 25. Kafka, M. (2012). Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(4), 255–261.
 26. Kafka, M. P. (1997). A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 343–358.
 27. Kafka, M. P. (2003). The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: An update. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 86–94; discussion 144–153.
 28. Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Sexual Abuse*, 14(4), 349–366. <https://doi.org/10.1177/107906320201400405>
 29. Kafka, M. P., & Prentky, R. A. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Males With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders: A Comorbidity Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 388–396. <https://doi.org/10.4088/JCP.v59n0709>
 30. Kandeel, F. R. (Ed.). (2007). *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment* (0 vyd.). CRC Press. <https://doi.org/10.3109/9781420015089>
 31. Kolarický, A., & Brichtin, S. (2000). Nezávislá sexodiagnostika / Independent sexodiagnostics. *Psychiatrie*, 4, 97–111.
 32. Kolářský, A. (2008). *Jak porozumět sexuální deviacím*. Galén.
 33. Kováč, P. (2009). *Mlčanlivosť zdravotníckych pracovníkov a jej prelomenie*. 10(1), 159–163.
 34. Kožený, J., & Ganický, P. (1976). *Dotazník interpersonální diagnózy In: Psychodiagnostická a didaktická testy*. Bratislava.
 35. Maletzky, B. M., Tolan, A., & McFarland, B. (2006). The Oregon depo-Provera Program: A Five-Year Follow-Up. *Sexual Abuse*, 18(3), 303–316. <https://doi.org/10.1177/107906320601800308>
 36. Marsh, P. J., Odlaug, B. L., Thomarios, N., Davis, A. A., Buchanan, S. N., Meyer, C. S., & Grant, J. E. (2010). Paraphilias in adult psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(2), 129–134.
 37. Marshall, W. (2006). Clinical and Research Limitations in the Use of Phallometric Testing with Sexual Offenders. *Sexual Offender Treatment*, 23.
 38. Marshall, W. L. (Ed.). (2006). *Sexual offender treatment: Controversial issues*. J. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470713457>
 39. Marshall, W. L. (2014). Phallometric Assessments of Sexual Interests: An Update. *Current Psychiatry Reports*, 16(1), 428. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0428-6>
 40. Murphy, L., Ranger, R., Paul Fedoroff, J., Stewart, H., Gregg Dwyer, R., & Burke, W. (2015). Standardization of Penile Plethysmography Testing in Assessment of Problematic Sexual Interests. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(9), 1853–1861. <https://doi.org/10.1111/jsm.12979>
 41. Pečeňák, J., & Kořínková, V. (2016). *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer.
 42. Piotrowski, Z. A. (2013). *Perceptanalysis* (0 vyd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771266>
 43. Smith, A. D., & Taylor, P. J. (1999). Serious sex offending against women by men with schizophrenia: Relationship of illness and psychotic symptoms to offending. *British Journal of Psychiatry*, 174(3), 233–237. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.233>
 44. SPC Androcur 50mg tablety [online]. [cit. 2024-10-03]. Dostupné na: https://www.sukl.sk/hlavna-stranka/slovenska-verzia/pomocne-stranky/detail-lieku?page_id=386&lie_id=03783
 45. SPC Salvacyl (2007). Hauté Autorité de Santé (HAS). [online]. [cit. 2024-11-03]. Dostupné na: Salvacyl 2009. Dostupné na: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-05/salvacyl_-_ct-6221.pdf
 46. Svoboda M. (ed.), Humpolíček P., Šnorek V. (2022). *Psychodiagnostika dospělých*, Praha: Portál; 488s. ISBN 978-80-262-1919-4
 47. Szondi, L. (1972). *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. 1: Text-Band* (L. Szondi, Ed.; 3., erw. Aufl). Huber.
 48. Taylor, W. D., & Lee, C. M. (2015). Human Figure Drawings. V R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Ed.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1st vyd., s. 1–6). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp141>
 49. Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J. P., Briken, P., Goethals, K., Bradford, J. M. W., & The WFSBP Task Force on Paraphilias. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 21(6), 412–490. <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1744723>
 50. Weiner, I. B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach Inkblot Method as exemplar. *Psychological Assessment*, 13(4), 423–432. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.423>
 51. Weiss, P. (2017). *Poruchy sexuální preference* (Prvé vydanie). Galén.
 52. World Health Organization. (Ed.). (2009). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Reprinted). World Health Organization.
 53. Wilson, R. J., Abracen, J., Looman, J., Picheca, J. E., & Ferguson, M. (2011). Pedophilia: An Evaluation of Diagnostic and Risk Prediction Methods. *Sexual Abuse*, 23(2), 260–274. <https://doi.org/10.1177/1079063210384277>
 54. Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Akademické nakladatelství CERM.
 55. ZVĚŘINA, J., WEISS, P. (2012) Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů. [online]. [cit. 2024-11-03]. Dostupné na: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/12999/28544/Doporu%C4%8Den%C3%A9_postupy_v_terapii_parafiln%C3%ADch_sexu%C3%A1ln%C3%ADch_delikvent%C5%AF.pdf
 56. Žourková, A. (2002). MĚŘENÍ PORUCH SEXUÁLNÍCH FUNKCÍ PŘI LÉČBĚ PSYCHOFARMAKY. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 50–53.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii a diagnostike 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. novembra 2025.

Kamil Šáško
minister zdravotníctva

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:

Komplexný manažment pacienta so Sjögrenovým syndrómom – 2. revízia štandardný diagnostický a terapeutický postup

Autor:

MUDr. Vanda Mlynáriková, PhD.

Špecializačný odbor:

Reumatológia

Recenzenti:

MUDr. Janka Jančovičová; MUDr. František Máliš, PhD.; MUDr. Dagmar Mičeková, PhD.; doc. MUDr. Emöke Šteňová, PhD. (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Súhlasné stanoviská: Slovenská reumatologická spoločnosť, Slovenská oftalmologická spoločnosť, Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisiai MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|---|-----------|---|
| 0234R2 | 9. október 2025 | schválené | 1. november 2025 |
| 0234R1 | 24. október 2023 | schválené | 15. november 2023 |
| 0234 | 12. apríl 2022 | schválené | 1. máj 2022 |

Kľúčové slová

Sjögrenov syndróm, xerostómia, xeroftalmia, systémové prejavy, diagnostika, odporúčania, nefarmakologická liečba, farmakologická liečba, imunosupresívna liečba, biologická liečba

Zoznam skratiek

| | |
|-------------------|--|
| ABA | Abatacept |
| ACR | American College of Rheumatology |
| ANA | antinuclear antibodies - antinukleárne protilátky |
| anti-AQP-4 | protilátky proti aquaporínu-4 (AQP-4) |
| anti-CCP | protilátky proti citrulínovaným peptidom |
| anti-CENP | anticentromérové protilátky |
| anti-DNP | protilátky proti deoxyribonukleoproteínu |
| anti-dsDNA | protilátky proti dvojvláknovej deoxyribonukleovej kyseline |
| anti-Sci70 | protilátky proti topoizoméráze IAZA |
| AZA | Azatioprín |
| BLM | Belimumab |
| BSR | British Society for Rheumatology |
| CIDP | chronická zápalová demyelinizačná polyneuropatia |
| CMP | cievna mozgová príhoda |
| CNS | centrálny nervový systém |
| CRP | C-reaktívny proteín |
| CT | počítačová tomografia |
| CyA | cyklosporín A |
| CyC | Cyklofosamid |
| DLCO | difúzna kapacita pľúc pre CO |
| DMARDs | disease modifying antirheumatic drugs - chorobu modifikujúce antireumatiká |
| DNA | deoxyribonukleová kyselina |
| EBM | evidence - based medicine - medicína založená na dôkazoch |
| ECU | Ekulizumab |
| EFE | endokardiálna fibroelastóza |
| EMG | Elektromyografia |
| ESSDAI | EULAR Sjögren´s Syndrome Disease Activity Index |
| ESSPRI | EULAR Sjögren´s Syndrome Patient Reported Index |
| EULAR | European League Against Rheumatism |
| FVC | forsírovaná vitálna kapacita |
| FW | Fahraeus-Westergren test - sedimentácia erytrocytov |
| GK | Glukokortikoidy |
| GoR | grade of recommendation - stupeň odporúčania |
| GRADE | Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation |
| HCQ | Hydroxychlórochín |
| HIV | human immunodeficiency virus - vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti |
| HTLV-1 | human T-lymphotropic virus type 1- ľudský T-lymfotropný vírus typ 1 |
| CHB | congenital heart block - kongenitálny srdcový blok |
| i.a. | Intraartikulárne |
| IgG | imunoglobulín G |
| IL | Interleukín |
| IS | imunosupresívna liečba |
| IVIg | intravenózne imunoglobulíny |
| LEF | Leflunomid |
| LoA | level of agreement - úroveň súhlasu |
| LoE | level of evidence - úroveň dôkazu |
| MCTD | mixed connective tissue diseases - zmiešané ochorenie spojiva |

| | |
|-------------|---|
| MMF | mykofenolát mofetil |
| MR | magnetická rezonancia |
| MTX | Metotrexát |
| NA | Neaplikovateľné |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| NSA | nesteroidové antiflogistiká |
| NÚ | nežiaduce účinky |
| OA | Osteoartróza |
| PEX | plasma exchange - plazmaferéza |
| PNS | periférny nervový systém |
| RCT | randomized controlled trial - randomizovaná kontrolovaná štúdia |
| RF | reumatoidný faktor |
| RTG | konvenčné röntgenové vyšetrenie |
| RTX | Rituximab |
| SjS | Sjögrenov syndróm |
| SLR | systematic literature review - systematický prehľad literatúry |
| SM | sclerosis multiplex - roztrúsená skleróza |
| ŠDTP | štandardné diagnostické a terapeutické postupy |
| TIA | tranzitórny ischemický atak |
| TNF | tumor necrosis factor - tumor nekrotizujúci faktor |
| TSH | tyreotropný hormón |
| UZV | ultrazvukové vyšetrenie |

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore reumatológia - vyšetrenie, stanovenie konečnej diagnózy Sjögrenovho syndrómu (SjS), liečba systémových príznakov event. návrh diagnostiky a liečby pre iného špecialistu a sledovanie pacientov so SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore oftalmológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy zníženej funkcie slzných žliaz, prevencia a liečba následkov.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore zubný lekár - vyšetrenie, stanovenie diagnózy zníženej funkcie a funkčnej rezervy slinných žliaz, biopsia malej slinnej žľazy z bukálnej sliznice dolnej pery, prevencia a liečba následkov.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore maxilofaciálna chirurgia - biopsia malej slinnej žľazy z bukálnej sliznice dolnej pery.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore otorinolaryngológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy zníženej funkcie a funkčnej rezervy slinných žliaz, biopsia malej slinnej žľazy z bukálnej sliznice dolnej pery, prevencia a liečba následkov.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia - hodnotenie bioptickej vzorky postihnutého tkaniva.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pneumológia a ftizeológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy, sledovanie a liečba pacientov s postihnutím dýchacích ciest a pľúcneho interstícia pri SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore dermatovenerológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy, kontrola a liečba pacientov s postihnutím kože pri SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore neurológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy, kontrola a liečba pacientov s postihnutím periférneho (PNS) či centrálného nervového systému (CNS) pri SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore nefrológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy, kontrola a liečba pacientov s obličkovým postihnutím pri SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore hematológia a transfuziológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy, kontrola a liečba pacientov s hematologickými abnormalitami pri SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gastroenterológia - vyšetrenie, stanovenie diagnózy, kontrola a liečba pacientov s postihnutím gastrointestinálneho traktu pri SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo - vyšetrenie, stanovenie diagnózy, kontrola a liečba pacientiek s postihnutím vagíny pri SjS. Pravidelná kontrola tehotnej pacientky so SjS s rizikom kongenitálneho srdcového bloku u plodu, v nožnej spolupráci s detským kardiológom, vyšetrenie a stanovenie stupňa kongenitálneho srdcového bloku plodu matky so SjS, liečba kongenitálneho srdcového bloku plodu matky so SjS.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo – pri laboratórnych nálezoch alebo klinických príznakoch kompatibilných so SjS konzultuje reumatológa, prípadne iných odborníkov podľa orgánového postihnutia, ak to vyžaduje stav pacienta.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo - kontrola a manažment pacientov so SjS podľa ŠDTP po stanovení diagnózy reumatológom, konzultovanie reumatológa, prípadne iných odborníkov podľa orgánového postihnutia, ak to vyžaduje stav pacienta.

Prepojenie s medzinárodnými spoločnosťami, metodika

Prepojenie s medzinárodnými spoločnosťami

Tento štandardný postup bol vypracovaný zástupcami Slovenskej reumatologickej spoločnosti. Diagnostické a terapeutické algoritmy sa opierajú o najnovšie informácie EBM a vychádzajú zo smerníc medzinárodných spoločností. Najdôležitejšie smernice použité pri tvorbe ŠDTP sú nasledovné:

Vedecká spoločnosť: ACR (American College of Rheumatology), EULAR (European League Against Rheumatism)

Názov: 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjogren's Syndrome: A consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts

Autori: Shiboski C H, Shiboski S C, Seror R et al.

Rok vydania: 2017

Dostupnosť: Ann Rheum Dis. 2017 Jan;76(1):9-16

Vedecká spoločnosť: BSR (British Society for Rheumatology)

Názov: British Society for Rheumatology guideline on management of adult and juvenile onset Sjögren's disease

Autori: Price E J, Benjamin S, et al.

Rok vydania: 2025

Dostupnosť: Rheumatology. 2024;64:409-439

Vedecká spoločnosť: EULAR (European League Against Rheumatism)

Názov: EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies

Autori: Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S et al.

Rok vydania: 2020

Dostupnosť: Ann Rheuma Dis 2020;79:3-18

Vedecká spoločnosť: SSF (Sjögren's syndrome Foundation), ACR (American College of Rheumatology), AAO (American Academy of Ophthalmology), ADA (American Dental Association)

Názov: New Treatment Guidelines for Sjögren's Disease.

Autori: Vivino, F., Carson, S.E., Foulks, G. et al.

Rok vydania: 2016

Dostupnosť: Rheum Dis Clin N Am 2016;42:531-551

Metodika - nástroje hodnotenia kvality odporúčaných klinických postupov

1. Kategórie dôkazov

AGREE II (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation II)

| Kategória | Dôkaz z: | |
|-----------|--|---|
| 1a | Systematický prehľad randomizovaných kontrolovaných štúdií (RCTs) | A |
| 1b | Individuálne randomizované kontrolované štúdie | |
| 2a | Systematický prehľad kohortných štúdií | B |
| 2b | Individuálne kohortné štúdie | |
| 3a | Systematický prehľad štúdií prípadov a kontrol | |
| 3b | Individuálne štúdie prípadov a kontrol | C |
| 4 | Kazuistiky, kohortné štúdie a štúdie prípadov a kontrol nízkej kvality | |
| 5 | Odporúčanie expertov na základe klinických skúseností | |

1. Sila odporúčania

| | |
|---|---|
| A | Založené na dôkaze úrovni I |
| B | Založené na dôkaze úrovni II alebo extrapolácia dôkazu úrovne I |
| C | Založené na dôkaze úrovni III alebo extrapolácia dôkazu úrovne I alebo II |
| D | Založené na dôkaze úrovni IV alebo extrapolácia dôkazu úrovne I, II alebo III |

Zdroj: Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing clinical guidelines. West J Med. 170(6):348-51, 1999.

GRADE Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Zdroj: Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004;328:1490.- ACR

Úvod

Definícia

Sjögrenov syndróm (SjS) je systémové zápalové ochorenie spojiva, ktoré primárne postihuje exokrinné žľazy. Zápalové lymfocytárne infiltráty postupne deštruuju funkčný epitel slzných a slinných žliaz, štruktúrne zmeny sa následne prejavujú zníženou produkciou slz a slín. Okrem glandulárnych prejavov môžu byť prítomné aj extraglandulárne príznaky.

Ochorenie sa môže vyskytovať samostatne ako primárny Sjögrenov syndróm alebo v spojitosti s inými zápalovými reumatickými ochoreniami ako sekundárny Sjögrenov syndróm. Ochorenia najčastejšie sprevádzané sekundárnym Sjögrenovým syndrómom sú reumatoidná artritída, systémový lupus erythematosus, dermatomyozitída a zmiešané ochorenie spojiva (MCTD).

Epidemiológia

Sjögrenov syndróm sa môže vyskytovať v každom veku, ale najvyššia incidencia je v štvrtej a v piatej dekáde života. Ženy sú postihnuté deväťkrát častejšie ako muži. Aj napriek tomu, že prevalencia ochorenia je vysoká a v niektorých oblastiach dosahuje až 1 - 3 %, príznaky ochorenia často zostávajú lekármi nepovšimnuté a z tohto dôvodu poddiagnostikované. Incidencia je 3,9/100 000 ročne (1, Dafni, 1997).

Etiológia a patofyziológia

Tak ako u väčšiny systémových zápalových ochorení, aj u SjS nie je známa presná etiológia ochorenia. Predpokladá sa kombinovaný vplyv hormonálnych zmien a zmien aktivácie imunitného systému, infekcia niektorými druhmi vírusov u geneticky predisponovaných jedincov.

Klinický obraz

Klinické príznaky ochorenia možno deliť na *glandulárne* a *extraglandulárne*. Najčastejšie klinické prejavy SjS:

Glandulárne príznaky vznikajú v dôsledku postihnutia exokrinných žliaz, pričom dominantnými príznakmi sú očné a ústne symptómy.

Očné príznaky vznikajú v dôsledku poškodenia funkčného epitelu slzných žliaz lymfocytárnym zápalovým infiltrátom a prejavujú sa zníženou produkciou slz - suchou keratokonjunktivitídou. Pacienti sa sťažujú na pálenie očí, pocit piesku v očiach a svetloplachosť. Objektívnymi nálezmi sú nastrieknutia spojiviek, akumulácia hlienovitého sekrétu vo vnútornom kútiku oka a niekedy aj zväčšenie slzných žliaz. Medzi vyšetrenia objektivizácie xeroftalmie patria Schirmerov test alebo farbenie bengálskou červeňou či fluoresceínom so stanovaním skóre farbenia očného povrchu (2, Bjerrum, 1996).

Ústne príznaky vznikajú ako následok lymfocytárnej infiltrácie slinných žliaz s ich následnou deštrukciou a funkčnou nedostatočnosťou. Pacienti sa sťažujú na zvýšenú tvorbu zubného kazu, pálenie jazyka a problémy s prehĺtaním suchého jedla. Objektívnymi príznakmi xerostómie sú suchý, vyhladený, červený jazyk, nezriedkavo aj kariézny chrup. Jednoduchou metódou na objektivizáciu príznakov suchých úst je test nestimulovanej sialometrie. Najväčšiu senzitivitu a špecificitu postihnutia slinných žliaz má jednoznačne biopsia malej slinnej žľazy z bukálnej sliznice spodnej pery (3, Ericsson, 1994).

Častým glandulárnym príznakom je aj *vaginálna suchosť*. Vyskytuje sa u viac ako 50 % pacientiek so SjS (4, Haga, 2005). Je sprevádzaná subjektívnymi príznakmi ako svrbenie, pálenie a dyspareunia.

Extraglandulárnymi príznakmi sú okrem systémových príznakov, akými sú zvýšená únava, subfebrility až febrility, myalgie, aj príznaky vznikajúce z lymfocytárnej infiltrácie rôznych orgánov. Zvýšené riziko rozvoja extraglandulárneho postihnutia majú pacienti s pozitivitou anti-Ro/SSA protilátok, pozitivitou reumatoidného faktoru (RF), muži, negroidná rasa a pacienti s včasným začiatkom ochorenia (5, Brito-Zéron, 2020).

Kľbové príznaky, akými sú artralgie (u cca 75 % pacientov), ranná stuhnutosť, epizodické artritídy (u cca 50 % pacientov), občas aj chronická artritída a Jaccoudova artropatia sú bežnými klinickými manifestáciami SjS, artritídy nemajú korelát v röntgenologickom obraze.

Postihnutie kože môže mať charakter fototoxického exantému, vaskulárnej purpury s histologickým nálezom leukocytoklastickej vaskulitídy, či výrazne suchej kože. Častým prejavom na prstoch končatín je aj Raynaudov fenomén.

V rámci *postihnutia dýchacej sústavy* pri SjS sa môže vyskytnúť aj intersticiálne postihnutie pľúc s výraznou lymfocytárnou infiltráciou. Typický nález na RTG hrudníka, ale hlavne výsledky špecifickejšieho HRCT vyšetrenia a funkčného vyšetrenia pľúc (pokles difúznej kapacity pľúc pre CO (DLCO) a forsírovanej vitálnej kapacity FVC) sú nápomocné v diagnostike (6, Constantopoulos, 1992).

Dysfágia, ktorá je nezriedkavým *gastrointestinálnym príznakom*, je spôsobená jednak nedostatkom slín, ale čiastočne aj ezofageálnou hypomotilitou (7, Mandl, 2007). Ďalšie príznaky sú nauzea a dyspepsia (Constantopoulos, 1992). Histologické vyšetrenie odhalí atrofickú gastritídu s výrazným lymfocytárnym infiltrátom. SjS často koinciduje s primárnou biliárnou cholangitídou (8, Hatzis, 2008).

Postihnutie obličiek sa vyskytuje u približne 15 - 25 % pacientov, najčastejšie s ľahkou proteinúriou a tubulárnou dysfunkciou charakteru renálnej tubulárnej acidózy či polyúriou pri nefrogénnom diabetes insipidus (9, Gentric, 1989). Len výnimočne pozorujeme vznik glomerulonefritídy so signifikantnou proteinúriou, erytrocytúriou, prípadne s rozvojom renálneho zlyhania.

Medzi *neurologické prejavy* postihnutia periférneho nervového systému patrí senzitivno-motorická neuropatia pri postihnutí vasa nervorum na poklade vaskulitídy malých ciev. Príznaky postihnutia centrálného nervového systému (CNS) sú raritné, môžu mať formu CNS vaskulitídy, optickej neuritídy, prípadne stavu napodobňujúceho roztrúsenú sklerózu (10, Hietaharju, 1990).

Pacienti s primárnym SjS majú až viac ako 40-násobne zvýšené riziko vzniku *lymfómu* oproti bežnej populácii (11, Kassan, 1978). Prediktormi vzniku lymfómu sú zväčšenie slinných žliaz, lymfadenopatia, Raynaudov fenomén, pozitivita reumatoidného faktoru (RF), pozitivita anti-Ro/SSA a/alebo anti-La/SSB autoprotilátok, monoklonálna gamapatia, nízky komplement C4 (12 Fragkioudaki, 2016). Dokázaná je aj asociácia s vysokým histologickým fokusovým skóre a kryoglobulinémiou (13, Chatzis, 2021).

SjS býva spájaný aj s častejším výskytom niektorých komorbidít ako je osteoporóza, porucha funkcie štítnej žľazy, celiakia, primárna biliárna cholangoitída, ale aj syndróm dráždivého čreva a chronická cystitída (14, Tarn, 2022).

Laboratórne nálezy

V krvnom obraze môžu byť prítomné zmeny typické pre anémiu chronických chorôb, leukopénia, kým hemolytická anémia a trombocytopénia sú menej časté. Ďalšími vyšetreniami niekedy môžeme dokázať aj pozitivitu antileukocytárných či antitrombocytárných protilátok.

Asi u 80 % pacientov možno pozorovať zvýšenú sedimentáciu (FW) pri normálnych hladinách CRP.

Hypergamaglobulinémia a hyperIgG sa vyskytuje až u 80 % pacientov s primárnym SjS (15, Tapinos, 1999). Ďalšími patologickými nálezmi sú znížená hodnota C3, prípadne aj C4 a CH50 komplementu.


Protilátky anti-Ro/SS-A a/alebo anti-La/SS-B sú patognomické pre SjS a dokazujú sa až u cca 70 % pacientov s primárnym SjS a 15 % pacientov so sekundárnym SjS. Hlavne anti-Ro/SS-A hrajú dôležitú úlohu pri vzniku kongenitálneho srdcového bloku u detí pacientiek so SjS (16, Buyon, 1993). Ďalšie protilátky, ako reumatoidný faktor (RF) či antinukleárne protilátky (ANA) môžu byť taktiež prítomné, avšak nie sú špecifické pre SjS.

Diferenciálna diagnostika Sjögrenovho syndrómu

Existuje veľká škála ochorení, ktoré napodobňujú príznaky primárneho Sjögrenovho syndrómu (17, Kruszka, 2009) (Tabuľka č. 1).

V diferenciálnej diagnostike býva nápomocný histologický nález (18, Drosos, 1989) a prítomnosť špecifických anti-Ro/SSA a anti-La/SSB protilátok (19, Ramos-Casals, 2005), i keď samotné anti-Ro/SSA a anti-La/SSB protilátky môžu byť občas prítomné aj pri iných ochoreniach (napr. systémový lupus erythematosus, myozitídy, primárna biliárna cholangitída, atď.) a aj u zdravých jedincov.

Tabuľka č. 1

|  Diferenciálna diagnostika xeroftalmie a xerostómie | |
|---|---|
| Príčiny xeroftalmie | Chronické a alergické zápaly spojiviek Trachóm, pemphingoid, Stevenov-Johnsonov syndróm Blefaritídy Vírusové infekcie - hepatitída C, HIV infekcia, HTLV-1 Vplyv vonkajšieho prostredia - práca v prievane a klimatizovaných priestoroch, práca za monitorom spôsobujúca zvýšené odparovanie slzného filmu Nosenie kontaktných šošoviek, kúpanie v chlórdovej vode Lieky - tiazidové diuretiká, antidepresíva, benzodiazepíny, betablokátory, antiparkinsoniká, antihistaminiká, retinoidy Úrazy oka - poleptanie či popálenie oka Sarkoidóza Amyloidóza IgG4- asociované ochorenia |
| Príčiny xerostómie | Diabetes mellitus nedostatočne kompenzovaný Radičné ožiarenie hlavy a krku Vírusové infekcie - hepatitída C, HIV infekcia, HTLV-1 Ochorenie graft-versus-host |

| | |
|--|--|
| | Lieky - tiazidové diuretiká, antidepresíva, benzodiazepíny, betablokátory, antiparkinsoniká, antihistaminiká, retinoidy Ochorenia s obštrukciou nosa s nutnosťou dýchania ústami Sarkoidóza Amyloidóza IgG4 - asociované ochorenia |
|--|--|

Odporúčané diagnostické postupy k stanoveniu diagnózy primárneho Sjögrenovho syndrómu a orgánového postihnutia v rámci Sjögrenovho syndrómu

Odporúčanie: Stanovenie diagnózy primárneho Sjögrenovho syndrómu si vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu (reumatológ, oftalmológ, zubný lekár/maxilofaciálny chirurg, otorinolaryngológ, patológ) a hodnotenie klasifikačných kritérií ochorenia založených na klinickom vyšetrení, laboratórnej diagnostike a rôznych pomocných vyšetrení vrátane zobrazovacích metód a patologicko-anatomického hodnotenia bioptovanej vzorky tkaniva.

V rámci diferenciálnej diagnostiky, prechodu do iného systémového ochorenia spojiva (reumatoidná artritída, systémový lupus erythematosus, systémová skleróza, ...) či stanovenia možného orgánového postihnutia sa taktiež opierame o dôkladnú anamnézu, ale aj fyzikálne vyšetrenie, laboratórnu diagnostiku, zobrazovacie metódy, ako aj iné vyšetrovacie metódy, ako napr. spirometrické vyšetrenie, elektromyografiu (EMG) a histologické vyšetrenie.

Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie

Najčastejšie symptómy a znaky SjS sú zhrnuté v kapitole Klinický obraz. Pri anamnestickom a objektívnom vyšetrení sa nezameriavame len na príznaky glandulárneho a extraglandulárneho postihnutia v rámci samotného SjS, ale aj diferenciálnu diagnózu iných ochorení s prejavmi napodobňujúcimi SjS, prípadne vylúčenia prechodu do iného systémového zápalového ochorenia spojiva.

Laboratórne vyšetrenia

Medzi základné vyšetrenia patrí vyšetrenie zápalových markerov (FW, CRP), diferenciálny krvný obraz, biochemických parametrov na posúdenie orgánového poškodenia a prítomnosti komorbidít (urey, kreatinínu, pečeňové testy, kreatínkinázy, tyreotropného hormónu - (TSH)), elektroforézy bielkovín, celkového sérového komplementu a jeho zložiek, imunoglobulínov, chemické vyšetrenie moču a močového sedimentu.

Diagnostika SjS sa opiera o prítomnosť špecifických antinukleárných protilátok (ANA), akými sú anti-Ro/SS-A (u cca 70 % pacientov), prípadne anti-La/SS-B protilátky (u cca 50 % pacientov). Podľa aktuálnych klinických príznakov v rámci diferenciálnej diagnózy a prípadného vývoja iného systémového ochorenia spojiva je nutné doplniť aj vyšetrenie ďalších orgánovo-nešpecifických autoprotílátok ako reumatoidný faktor (RF), protilátky proti citrulínovaným peptidom (anti-CCP), ale aj proti deoxyribonukleoproteínu (anti-DNP), proti dvojvláknovej deoxyribonukleovej kyseline (anti-dsDNA), proti topoizomeráze (anti-Scl 70), proti centromére (anti-CENP), prípadne autoprotílátky typicky prítomné pri myozitídach či antisyntetázovom syndróme. V prípade rozvoja optickej neuritídy či CNS vaskulitídy je nutné vyšetriť protilátky proti aquaporínu-4 (AQP-4) indikované neurológom (20, Jarius, 2010).

Zobrazovacie vyšetrenia

Štandardné zobrazovacie metódy nie sú vhodné na diagnostiku SjS, ale skôr v rámci diferenciálnej diagnostiky a na zisťovanie prítomnosti orgánového postihnutia pri SjS.

Konvenčné röntgenové vyšetrenie kĺbov (RTG) je zlatým štandardom v diferenciálnej diagnostike artritíd. Najčastejšie indikované RTG vyšetrenia rúk a nôh využíva anteroposteriornu (AP) projekciu.

Ultrazvukové vyšetrenie kĺbov (UZV) umožňuje získanie presnejších údajov o prítomnosti intraartikulárneho výpotku, zrnitej kĺbovej výstelky - synovie, periartikulárnych štruktúrach a mäkkých tkanivách.

Ultrazvukové vyšetrenie slinných žliaz (UZV) síce nie je toho času zavzaté do klasifikačných kritérií pre jeho nižšiu senzitivitu a špecificitu, avšak poskytuje nielen možnosť objektivizácie zmien typických pre SjS, ale aj nádorov slinných žliaz, najčastejšie lymfómov. V prípade podozrenia na takéto ložiskové zmeny je indikované vyšetrenie slinných žliaz magnetickou rezonanciou (MR) (21, Hočervar, 2005) alebo aj vyšetrenie pozitronovou emisnou tomografiou (PET CT) (22, van Ginkel, 2023).

Na skrining možného intersticiálneho pľúcneho ochorenia je indikované konvenčné röntgenové vyšetrenie hrudníka v posteroanteriornej (PA) projekcii, špecifickejšia je ale počítačová tomografia s vysokým rozlíšením (HRCT).

Iné vyšetrovacie metódy

Schirmerov test je vyšetrenie na zistenie funkčného stavu slzného aparátu. Pod okraje dolných viečok lekár zasunie prúžky filtračného papiera a sleduje dĺžku ich nasiaknutia po 5-tich minútach. Pre xeroftalmiu svedčí výsledok s nálezom zvlhčenia papierika ≤ 5 mm/5 minút aspoň na 1 oku. Vyšetrenie má v kompetencii reumatológ alebo oftalmológ.

Následkom porušenia slzného filmu vznikajú na rohovke a spojovke poškodené vyschnuté miesta. Tieto zmeny sa väčšinou pri bežnom vyšetrení štrbinovou lampou neodhalia, ale možno ich pozorovať po použití rôznych farbív, najčastejšie fluoresceínu a bengálskej červenej. Zmeny možno kvantifikovať - skóre sfarbenia očného povrchu (ocular surface staining score). Vyšetrenie má v kompetencii oftalmológ.

Nestimulovaná sialometria je najzákladnejším vyšetrením na zistenie funkčnej schopnosti slinných žliaz. Hodnotí sa množstvo vyprodukovaných slín za časovú jednotku, najčastejšie 10 či 15 minút. Ako pozitívny pre xerostómiu sa hodnotí nález ≤ 0.1 ml/min. Vyšetrenie má v kompetencii reumatológ alebo špecialista zubný lekár alebo otorinolaryngológ.

Stimulovaná sialometria je vyšetrením na zistenie funkčnej rezervy slinných žliaz po stimulácii podnetom. Hodnotí množstvo vyprodukovaných slín za časovú jednotku, najčastejšie 10 či 15 minút, po stimulácii slinných žliaz žuvaním parafínu, alternatívne žuvačky či cukríka bez cukru. Ako norma sa hodnotí nález > 0.7 ml/min. Vyšetrenie má v kompetencii zubný lekár/otorinolaryngológ.

Gamagrafia slinných žliaz je vyšetrenie rádionuklidom $^{99m}\text{TcO}_4$ hodnotiace ich funkciu. Vykonáva sa ako dynamická nahrávka, podľa potreby sa dopĺňajú statické nahrávky, pri ktorých sa zisťuje funkčný a aj morfológický stav slinných žliaz.

Spirometria a kompletne funkčne pľúcne vyšetrenie (celotelová pletyzmografia, vyšetrenie difúznej kapacity pľúc pre CO, vyšetrenie krvných plynov) slúžia na diagnostiku postihnutia dýchacích ciest a pľúcneho interstícia. Vyšetrenia indikuje reumatológ alebo pneumoftizeológ, diagnózu stanovuje pneumoftizeológ.

Elektromyografia (EMG) slúži na diagnostiku myopatie alebo neuropatie. Vyšetrenie indikuje a vykonáva neurológ.

Histologické vyšetrenie

Histologické vyšetrenie malej slinnej žľazy z bukálnej sliznice dolnej pery patrí medzi diagnostické metódy SjS. Hodnotí sa tzv. fókusové skóre. Fókus sa definuje ako počet lymfocytárných ložísk, ktoré sú priľahlé k acínom normálneho vzhľadu a obsahujú > 50 lymfocytov na 4 mm² tkaniva žľazy. Senzitivita vyšetrenia je 80 – 92 %, špecificita 88 – 97 %. Realizáciu histologického vyšetrenia malej slinnej žľazy z bukálnej sliznice dolnej pery má v kompetencii zubný lekár, maxilofaciálny chirurg či otorinolaryngológ, hodnotenie histologického vyšetrenia patológ.

Histologické vyšetrenie svalu patrí medzi diagnostické metódy myopatie. Realizáciu cieleného histologického vyšetrenia svalu po predchádzajúcom vyšetrení MR má v kompetencii chirurg.


Histologické vyšetrenie obličky patrí medzi diagnostické metódy umožňujúce určiť diagnózu obličkového ochorenia (napr. typ glomerulonefritídy), a tým aj prognózu. Realizáciu histologického vyšetrenia má v kompetencii nefrológ.

Histologické vyšetrenie mozgu patrí medzi diagnostické metódy vaskulitídy mozgu. Realizáciu histologického vyšetrenia mozgu má v kompetencii neurochirurg.

Definitívna diagnóza primárneho Sjögrenovho syndrómu pomocou klasifikačných kritérií

Na diagnostiku primárneho Sjögrenovho syndrómu sú vhodné klasifikačné kritériá American College of Rheumatology (ACR)/ European League Against Rheumatism (EULAR) z roku 2016 (23, Shibosku, 2017) (Tabuľka č. 2).

Tabuľka č. 2

| 2016 ACR/EULAR klasifikačné kritériá pre primárny Sjögrenov syndróm | |
|--|---------------------|
|  | |
| Klasifikácia primárneho Sjögrenovho syndrómu je uplatniteľná pre každého, kto splnil inklúzne kritériá*, nemá žiadne z daných situácií uvedených v exklúzných kritériách † a má skóre ≥ 4, pri sčítaní váhy jednotlivých z piatich kritérií | |
| Kritérium | Váha kritéria/Skóre |
| Slinná žľaza dolnej pery s fokálnou lymfocytárnou sialoadenitídou a fókusovým skóre ≥ 1 fókus/4mm ² ‡ | 3 |
| Anti-SSA/Ro- pozitivita | 3 |
| Skóre farbenia očného povrchu ≥ 5 (alebo 4 podľa skórovacieho systému van Bijsterveld ≥ 4) aspoň na jednom oku ¶ | 1 |
| Schirmerov test ≤ 5 mm/5 minút aspoň na 1 oku § | 1 |
| Nestimulovaná sialometria ≤ 0.1 ml/min §* | 1 |
| Senzitivita 96 % a špecificita 95 % | |

*Tieto inklúzne kritériá sú aplikovateľné na pacienta, ktorý má aspoň 1 symptóm suchosti očí alebo úst, definovaný ako pozitívna odpoveď na aspoň 1 z nasledujúcich otázok: 1. Mali ste denne, trvale problematicky suché oči počas obdobia dlhšieho ako 3 mesiace? 2. Máte opakovane pocit piesku v očiach? 3. Používate náhradu slz viac ako trikrát denne? 4. Mali ste pocit suchých úst počas obdobia dlhšieho ako 3 mesiace? 5. Pijete často tekutiny aby ste lepšie prehltili suché jedlo? Alebo u tých, u ktorých je podozrenie na SjS pri použití EULAR SS Indexu aktivity ochorenia (aspoň v jednej doméne pozitívita).

† Exklúzne kritériá zahŕňajú predchádzajúcu diagnózu nasledujúcich situácií: 1. predchádzajúca rádioterapia hlavy alebo krku, 2. aktívna hepatitída C (potvrdená PCR metódikou), 3. AIDS, 4. sarkoidóza, 5. amyloidóza, 6. ochorenie graft-versus-host, 7. IgG4- asociované ochorenia.

‡ Histologické vyšetrenie by malo byť realizované patológom so skúsenosťami s diagnózou fokálnej lymfocytárnej sialoadenitídy a hodnotením fókusového skóre, podľa protokolu Daniels et al (24, Daniels, 2011)

§ Pacienti používajúci anticholinergiká by mali byť vyšetrovaní objektívnymi vyšetrovacími metódami na dôkaz suchého oka a úst až po dostatočne dlhom období po vysadení medikácie na to, aby sa získali validné informácie

¶ Skóre farbenia očného povrchu podľa Whitchera (25, Whitcher, 2010), van Bijsterveldove skóre podľa Bijstervelda (26, Van Bijsterveld, 1969)

**Meranie nestimulovanej sialometrie podľa Navazesh a Kumar (25, Whitcher, 2010)

Odporúčané terapeutické postupy Sjögrenovho syndrómu


SjS je systémové ochorenie spojiva, u ktorého sa asi najviac podčiarkuje nutnosť interdisciplinárnej spolupráce špecialistov viacerých oblastí nielen pri diagnostike, ale hlavne pri liečbe lokálnych a systémových príznakov. Cieľom liečby SjS je zmierniť subjektívne príznaky, ako aj následne samotnej xerostómie a xeroftalmie, a v prípade systémových prejavov potlačiť zápalovú aktivitu za účelom prevencie event. zmiernenia orgánového poškodenia, zachovať alebo zlepšiť kvalitu života.

Princípy liečby Sjögrenovho syndrómu

Spoločnosť EULAR zdefinovala pacientmi hlásený index Sjögrenovho syndrómu ESSPRI (EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index) a index aktivity ochorenia Sjögrenovho syndrómu ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index) (27, Seror, 2016). Využitím indexov získaných z dotazníkov ESSDAI a ESSPRI môže byť liečba SjS individualizovaná podľa závažnosti dominujúcich príznakov.

ESSPRI (Tabuľka č. 3) sa zameriava na 3 oblasti subjektívnych príznakov - pocit suchosti, únavy a bolesti, ktoré pacient označí na vizuálnej analógovej škále. Jeho cieľom je možnosť kvantifikácie týchto príznakov s možnosťou následného dynamického sledovania možných zmien.

Tabuľka č. 3


|  | | Dotazník ESSPRI | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------|
| Ako závažná bola Vaša suchosť v priebehu posledných 2 týždňov? | | | | | | | | | | | | |
| žiadna suchosť | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | maximálna predstaviteľná suchosť |
| Ako závažná bola Vaša únava v priebehu posledných 2 týždňov? | | | | | | | | | | | | |
| žiadna únava | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | maximálna predstaviteľná únava |
| Ako závažná bola Vaša bolesť (bolesť kĺbov alebo svalov horných a dolných končatín) v priebehu posledných 2 týždňov? | | | | | | | | | | | | |
| žiadna bolesť | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | maximálna predstaviteľná bolesť |

ESSDAI (Tabuľka č. 4) je tvorený 12 doménami. Každá doména je ďalej rozdelená podľa stupňa závažnosti od žiadneho (s váhou závažnosti 0) až po maximálny ťažký stupeň (s váhou závažnosti 3).

Numerickú hodnotu domény získame násobením váhy domény váhou stupňa závažnosti, pričom výsledné číslo ESSDAI indexu je súčtom hodnôt jednotlivých domén.

Ako nízka aktivita sa podľa ESSDAI hodnotí ESSDAI < 5, ESSDAI medzi 5 až 13 ako stredná aktivita ochorenia a ESSDAI ≥ 14 ako vysoká aktivita SJS.

Tabuľka č. 4

|  Dotazník ESSDAI | | | |
|--|---|-------------------|--|
| Doména | Váha domény | Stupeň závažnosti | Popis príznaku |
| Celkové príznaky | 3 | Žiadny=0 | Nepítomnosť nasledujúcich príznakov |
| | | Nízky=1 | Mierna alebo občasná horúčka (37.5 - 38.5C) / nočné potenie a/alebo neúmyselná strata hmotnosti o 5 - 10 % za 12 týždňov |
| | | Stredný=2 | Vysoká horúčka (> 38.5 C)/nočné potenie a/alebo neúmyselná strata hmotnosti o > 10 % |
| Lymfadenopatia | 4 | Žiadny=0 | Nepítomnosť nasledujúcich príznakov |
| | | Nízky=1 | Lymfadenopatia ≥ 1 cm v akejkolvek uzlinovej oblasti alebo ≥ 2 cm v inguinálnej oblasti |
| | | Stredný=2 | Lymfadenopatia ≥ 2 cm v akejkolvek uzlinovej oblasti alebo ≥ 3 cm v inguinálnej oblasti a/alebo splenomegália (klinicky hmatná alebo diagnostikovaná zobrazovacou metódou) |
| | | Vysoký=3 | Práve prebiehajúce malígne proliferatívne ochorenie B-lymfocytov |
| Žľazy | 2 | Žiadny=0 | Nepítomnosť opuchu žliaz |
| | | Nízky=1 | Ľahký opuch žliaz so zväčšenou glandula parotis (≤ 3 cm) alebo hraničený submandibulárny opuch alebo opuch slznej žľazy |
| | | Stredný=2 | Významný opuch žliaz so zväčšenou glandula parotis (> 3 cm) alebo zásadný submandibulárny opuch alebo opuch slznej žľazy |
| Kĺby | 2 | Žiadny=0 | Nepítomnosť práve prebiehajúceho ochorenia kĺbov |
| | | Nízky=1 | Bolesť kĺbov rúk, zápästia, členkov a nôh sprevádzaná rannou stuhnutosťou (> 30 minút) |
| | | Stredný=2 | Synovitída 1 - 5 kĺbov (z celkového počtu 28 uvádzaných v DAS28) |
| | | Vysoký=3 | Synovitída ≥ 6 kĺbov (z celkového počtu 28 uvádzaných v DAS28) |
| Koža | 3 | Žiadny=0 | Nepítomnosť práve prebiehajúceho ochorenia kože |
| | | Nízky=1 | Multiformný erytém |
| | | Stredný=2 | Ohraničená kožná vaskulitída, vrátane urtikariálnej vaskulitídy alebo purpury ohraničenej na nohu a členok, alebo subakútne kožný lupus |
| | | Vysoký=3 | Difúzna kožná vaskulitída zahrňajúca urtikariálnu vaskulitídu alebo difúznu purpuru, alebo ulceráciu súvisiacu s vaskulitídou |
| Pľúca | 5 | Žiadny=0 | Nepítomnosť práve prebiehajúceho ochorenia pľúc |
| | | Nízky=1 | Perzistentný kašeľ alebo postihnutie bronchov bez rádiografických abnormalít |
| | | | Rádiografický alebo HRCT dôkaz intersticiálnej pľúcnej choroby (IPCH) bez dušnosti s normálnym výsledkom funkčného vyšetrenia pľúc |
| | | Stredný=2 | Stredne aktívne pľúcne postihnutie, napr. IPCH zobrazená na HRCT s dušnosťou pri námahe (NYHA II) alebo abnormálny výsledok funkčného vyšetrenia pľúc 70 % >DLCO ≥ 40 % alebo 80 % >FVC ≥ 60 % |
| Vysoký=3 | Veľmi aktívne pľúcne postihnutie, napr. IPCH zobrazená na HRCT s dušnosťou pri ľahkej námahe alebo v pokoji (NYHA III-IV) alebo abnormálny výsledok funkčného vyšetrenia DLCO < 40 % alebo FVC < 60 % | | |

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| Obličky | 3 | Žiadny=0 | Nepítomnosť práve prebiehajúceho ochorenia obličiek s proteinúriou < 0.5 g/deň, bez hematúrie, leukocytúrie, acidózy alebo dlhodobej proteinúrie |
| | | Nízky=1 | Mierne aktívne ochorenie obličiek, limitované na tubulárnu acidózu bez renálneho zlyhania, alebo glomerulárne poškodenie s proteinúriou (0.5 - 1 g/deň) bez hematúrie alebo renálneho zlyhania (GFR \geq 60 ml/min) |
| | | Stredný=2 | Stredne aktívne ochorenie obličiek, napr. tubulárna acidóza s renálnym zlyhaním (GFR < 60 ml/min), alebo glomerulárne poškodenie s proteinúriou 1 - 1.5 g/deň bez hematúrie alebo renálneho zlyhania (GFR \geq 60 ml/min), alebo histologické preukázanie extramembránovej GF alebo významný lymfoidný infiltrát |
| | | Vysoký=3 | Vysoko aktívne ochorenie obličiek, napr. glomerulárne poškodenie s proteinúriou \geq 1.5 g/deň alebo hematúriou, alebo renálnym zlyhaním (GFR < 60 ml/min), alebo histologické preukázanie proliferatívnej GN alebo poškodenia obličiek asociované s kryoglobulinémiou |
| Svalstvo | 6 | Žiadny=0 | Nepítomnosť práve prebiehajúceho ochorenia svalov |
| | | Nízky=1 | Myozitída s miernou aktivitou, bez slabosti, bez preukázaných abnormalít pri EMG alebo biopsiou, kreatínkináza (norma (N) < CK \leq 2N) |
| | | Stredný=2 | Stredne aktívna myozitída so slabosťou (max deficit 4/5), preukázaná abnormálnym EMG alebo biopsiou, alebo zvýšená kreatínkináza (2N < CK \leq 4N) |
| | | Vysoký=3 | Vysoko aktívna myozitída so slabosťou (\leq 3/5), preukázaná abnormálnym EMG alebo biopsiou, alebo zvýšená kreatínkináza (CK > 4N) |
| Periférny nervový systém | 5 | Žiadny=0 | Nepítomnosť práve prebiehajúceho ochorenia periférneho nervového systému (PNS) |
| | | Nízky=1 | Mierne aktívne ochorenie PNS napr. čistá senzorická axonálna polyneuropatia preukázaná vyšetrením nervovej vodivosti (nerve conduction study - NCS), alebo trigeminálna neuralgia |
| | | Stredný=2 | Stredne aktívne ochorenie PNS preukázané na NCS napr. axonálna senzomotorická neuropatia s motorickým deficitom 4/5, čistá senzorická neuropatia s prítomnosťou kryoglobulinemickej vaskulitídy, gangliopatia príznakmi miernej/strednej ataxie, chronická zápalová demyelinizačná polyneuropatia (CIDP) s miernou funkčnou poruchou Ochorenie hlavového nervu periférneho pôvodu (okrem trigeminálnej neuropatie) |
| | | Vysoký=3 | Veľmi aktívne ochorenie PNS preukázané na NCS napr. axonálna senzomotorická neuropatia s motorickým deficitom \leq 3/5, ochorenie periférnych nervov ako dôsledok vaskulitídy, závažná ataxia ako dôsledok gangliopatie CIDP s vážnou funkčnou poruchou, CIDP s ťažkým funkčným postihnutím: motorický deficit \leq 3/5 alebo závažná ataxia |
| Centrálny nervový systém | 5 | Žiadny=0 | Nepítomnosť práve prebiehajúceho ochorenia centrálného nervového systému (CNS) |
| | | Stredný=2 | Stredne aktívne CNS ochorenie, napr. ochorenie hlavových nervov centrálného pôvodu, optická neuritída alebo syndróm podobný mnohopočetnej skleróze s príznakmi čistého senzorického poškodenia alebo preukázaného kognitívneho poškodenia |
| | | Vysoký=3 | Vysoko aktívne CNS ochorenie, napr. cerebrálna vaskulitída s cerebrovaskulárnou poruchou (cerebrovascular accident - CMP) alebo tranzitórny ischemický atak (TIA), záchvaty, lymfocytárna meningitída, syndróm podobný roztrúsenej skleróze s motorickým deficitom |
| Krvný obraz | 2 | Žiadny=0 | Nepítomnosť autoimunitnej cytopénie |
| | | Nízky=1 | Autoimunitná cytopénia s neutropéniou ($1.10^9/l \leq$ neutrofilý $\leq 1,5.10^9/l$) a/alebo anémiou ($100g/l \leq$ hemoglobín $\leq 120g/l$) a/alebo trombocytopeniou ($100.10^9/l \leq$ trombocyty $\leq 150.10^9/l$) |
| | | Lymfopénia ($0,5.10^9/l \leq$ lymfocyty $\leq 1.10^9/l$) | |

| | | | |
|-------------------------|---|-----------|--|
| | | Stredný=2 | Autoimunitná cytopénia s neutropéniou ($0,5 \cdot 10^9/l < \text{neutrofil} < 1 \cdot 10^9/l$) a/alebo anémiou ($80g/l < \text{hemoglobín} < 100g/l$) a/alebo trombocytopeniou ($50 \cdot 10^9/l < \text{trombocyty} < 100 \cdot 10^9/l$) Lymfopénia (lymfocyty $\leq 0,5 \cdot 10^9/l$) |
| | | Vysoký=3 | Autoimunitná cytopénia s neutropéniou (neutrofil $< 0,5 \cdot 10^9/l$) a/alebo anémiou (hemoglobín $< 80g/l$) a/alebo trombocytopeniou (trombocyty $< 50 \cdot 10^9/l$) |
| Biologické znaky | 1 | Žiadny=0 | Neprítomnosť žiadneho z nasledujúcich biologických znakov |
| | | Nízky=1 | Klonálny komponent a/alebo hypokomplementémia (C3 alebo C4, alebo CH50) a/alebo hypergamaglobulinémia alebo vysoká hladina IgG 16 - 20 g/l |
| | | Stredný=2 | Prítomnosť kryoglobulinémie a/alebo hypergamaglobulinémia alebo vysoká hladina IgG $> 20g/l$, a/alebo nedávny nástup hypogamaglobulinémie alebo nedávny pokles hladiny IgG $< 5 g/l$ |


Nízka aktivita ESSDAI < 5 ; Stredná aktivita ESSDAI 5 až 13; Vysoká aktivita ESSDAI ≥ 14

Odporúčania liečby Sjögrenovho syndrómu

Východiskom pre manažment liečby SjS sú na Slovensku EULAR odporúčania z roku 2019 (28, Ramos-Casals, 2020), doplnené odporúčaniami americkej spoločnosti Sjögren's Syndrome Foundation (SSF) z roku 2016 (29, Vivino, 2016) a britskej reumatologickej spoločnosti British Society for Rheumatology z roku 2024 (30, Price, 2024).

Odporúčania (Tabuľka č. 5) využitím ESSPRI a ESSDAI indexov nielen umožňujú individualizovať liečbu SjS podľa závažnosti dominujúcich príznakov, ale aj vymedzujú kompetencie jednotlivých špecialistov v liečbe tohto systémového ochorenia spojiva.

Tabuľka č. 5

|  Odporúčania Sjögrenovho syndrómu topickou a systémovou liečbou | |
|---|--|
| Zastrešujúce princípy (A-C) a špecifické odporúčania (1-12) | |
| Zastrešujúce princípy | |
| A. | Pacienti so SjS by mali byť manažovaní v/alebo s úzkou spoluprácou s diagnostickými centrami s nasledujúcim multidisciplinárnym prístupom |
| B. | Prvým terapeutickým prístupom pre suchosť by mala byť symptomatická terapia využívajúca topickú liečbu |
| C. | Systémová liečba môže byť zvážená pri aktívnom systémovom ochorení |
| Odporúčanie | |
| I. | Vstupné vyšetrenie funkcie slinných žliaz je odporúčané pred zahájením liečby suchosti dutiny ústnej |
| II. | Preferovaným prvým terapeutickým postupom pri suchosti dutiny ústnej podľa aktuálnej funkcie slinných žliaz môže byť: <ul style="list-style-type: none"> II.A. Nefarmakologická stimulácia pri miernej dysfunkcii II.B. Farmakologická stimulácia pri stredne ťažkej dysfunkcii II.C. Substitúcia slín pri ťažkej dysfunkcii |
| III. | Preferovaným prvým terapeutickým postupom pri suchosti očí môže byť: <ul style="list-style-type: none"> III.A. Prvolíniovým terapeutickým postupom suchosti očí sú umelé slzy/masti III.B. Refraktérna/závažná suchosť očí môže byť manažovaná používaním topickej liečby s obsahom imunosupresív a očných kvapiek s autológym sérom III.C. Nedostatočnosť funkcie Meibomovej žľazy môže byť zmierňovaná teplými kompresmi očného viečka, očnými kvapkami s obsahom lipidov, prípadne punktnou oklúziou |
| IV. | Pri vaginálnej suchosti je indikovaná liečba nehormonálnymi vaginálnymi zvlhčovadlami v kombinácii s topickými estrogénmi |
| V. | U pacientov s príznakmi zvýšenej únavnosti/bolesti by mali byť realizované ďalšie vyšetrenia na vylúčenie iných pridružených ochorení a závažnosť únavnosti/bolesti by mala byť skórovaná špecifickými nástrojmi |

| | |
|-------|--|
| VI. | Analgetiká alebo iné bolesť modifikujúce lieky možno zväziť na liečbu muskuloskeletálnej bolesti pri súčasnom zhodnotení pomeru potenciálnych nežiaducich účinkov a benefitu |
| VII. | Liečba systémového ochorenia by mala byť prispôsobená orgánovo-špecifickej závažnosti využívajúc ESSDAI definíciu |
| VIII. | Liekom prvej voľby pri extraglandulárnom orgánovom poškodení by mal byť hydroxychlorochín |
| IX. | Glukokortikoidy by mali byť používané v minimálnej dávke a v obmedzenom období, ktoré je nutné na dosiahnutie kontroly nad aktívnym ochorením |
| X. | Imunosupresívne lieky by mali byť hlavne využívané ako GK-šetriace lieky, bez jednoznačného dôkazu uprednostňovania jedného lieku pred druhým |
| XI. | B-lymfocyty ovplyvňujúce lieky môžu byť zvážené u závažnej, refraktérnej forme ochorenia |
| XII. | Systematický orgánovo-špecifický terapeutický postup sleduje sekvenčné použitie (alebo v kombinácii) glukokortikoidov, imunosupresív a biologík |
| XIII. | Liečba B-bunkových lymfómov by mala byť individualizovaná podľa špecifického histologického podtypu a štádia ochorenia |

NA- neaplikovateľné, LoA škála 0-10 - kde 0 znamená bez súhlasu a 10 znamená úplný súhlas

Zastrešujúce princípy liečby Sjögrenovho syndrómu

Zastrešujúce princípy sú všeobecnými princípmi, ktoré síce nevychádzajú zo systematického prehľadu literatúry (SLR), ale vznikli na podklade všeobecného konsenzu odborníkov z radu reumatológie, oftalmológie, orálnej medicíny, epidemiológie, štatistiky.

A. Pacienti so SjS by mali byť manažovaní v centrách alebo s úzkou spoluprácou s diagnostickými centrami s nasledujúcim multidisciplinárnym prístupom

SjS je systémové autoimunitné ochorenie, ktoré vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu nielen v rámci diagnostiky, ale aj v rámci terapie.

B. Prvým terapeutickým prístupom pri suchosti by mala byť symptomatická terapia využívajúca topickú liečbu

Viac ako 95 % pacientov má tzv. sicca príznaky - xerostómiu a/alebo xeroftalmiu, ktoré výrazne ovplyvňujú ich kvalitu života. Štúdie, ktoré skúmali prirodzený vývoj žľazovej dysfunkcie pri SjS (31, Haldorsen, 2008) prišli k záveru, že okrem včasných štádií ochorenia dysfunkcia slzných a slinných žliaz zostáva dlhoročne stabilizovaná a žiadne klinické skúšania nedokázali reverzný vplyv liečby na glandulárnu dysfunkciu a sicca prejavy. Na základe týchto výsledkov je nutné primárne zamerať liečbu na zmiernenie pocitu očnej suchosti a suchosti dutiny ústnej do štádia tolerovateľných sicca príznakov. Topická liečba suchých očí je manažovaná oftalmológom (32, Pucker, 2016) a suchých úst špecialistom zubným lekárom či otorinolaryngológom (33, Furness, 2013).

C. Systémová liečba môže byť zvážená pri aktívnom systémovom ochorení

Systémové príznaky SjS sú kľúčovými prognostickými faktormi ochorenia a sú podmienené autoimunitne-mediovanou orgánovou dysfunkciou, ktorá môže byť bez medikamentózneho intervencie ireverzibilná. Použitie imunomodulačných/imunosupresívnych liečebných postupov by malo byť vyhradené pre pacientov s aktívnym ochorením, ale až po dôkladnom prešetrení všetkých orgánových systémov, s diagnostikou nielen orgánového postihnutia, ale aj stupňa závažnosti. Vychádza sa z poznatkov, že nie každé aktívne ochorenie musí byť terapeuticky liečené a naopak pri zlyhaní prvolíniovej liečby je nutné pri niektorých formách aktívneho ochorenia voliť aj druho- alebo treťolíniové liečebné postupy.

Špecifické odporúčania liečby Sjögrenovho syndrómu

Špecifické odporúčania sú 12 odporúčaniami zameranými na liečbu trojice subjektívnych príznakov (suchosť, únava a bolesť) a systémových extraglandulárnych príznakov.

I. Vstupné vyšetrenie funkcie slinných žliaz je odporúčané pred zahájením liečby suchosti dutiny ústnej

Terapeutický postup zubného lekára/otorinolaryngológa by mal byť založený na meraní funkcie slinných žliaz a nie na pacientových pocitoch, nakoľko suchosť je subjektívnym vnemom a stupeň závažnosti nemusí korešpondovať s objektívnymi meraniami. Odporúčaná je nestimulovaná sialometria, nasledovaná stimulovanou sialometriou. Xerostómia je definovaná ako vylučovanie slín objemu menej ako < 0.1 ml/min pri nestimulovanej sialometrii. Stimulovanou sialometriou sa zisťuje funkčná rezerva slinných žliaz, pričom ako normálnu či ľahkú dysfunkciu definuje slinotok > 0.7 ml/min, strednú dysfunkciu slinotok $0.1 - 0.7$ ml/min a ťažkú dysfunkciu < 0.1 ml/min. Alternatívou na zistenie funkcie slinných žliaz je gamagrafia slinných žliaz.

II. Preferovaným prvým terapeutickým postupom pri suchosti dutiny ústnej podľa aktuálnej funkcie slinných žliaz môže byť: nefarmakologická stimulácia pri miernej dysfunkcii, farmakologická stimulácia pri strednej ťažkej dysfunkcii a substitúcia slín pri ťažkej dysfunkcii

Terapeutický postup suchosti dutiny ústnej podľa dysfunkcie slinných žliaz je buď stimulácia funkcie slinných žliaz (nefarmakologická alebo farmakologická) alebo substitúcia slín.

II.A. Nefarmakologická stimulácia

U pacientov s miernou dysfunkciou slinných žliaz je odporúčaná nefarmakologická stimulácia slinných žliaz - chuťová stimulácie (cukríky a pastilky bez cukru, xylitol) a/alebo mechanická stimulácia (žuvačky bez cukru), pokiaľ je funkcia slinných žliaz stimulovateľná.

II.B. Farmakologická stimulácia

U pacientov so stredne ťažkou dysfunkciou slinných žliaz môže byť zvažovaná liečba agonistami muskarínových receptorov pilokarpínom, ktorý má aj lepší bezpečnostný profil (34, Ramos-Casals, 2010) (35, Noaiseh, 2014). Vzhľadom na najvýraznejší vedľajší účinok - potenie, sa odporúča navyšovať dávku postupne do maximálnej dávky 15 - 20 mg denne. U pacientov s intoleranciou alebo neúčinnosťou muskarínových agonistov sa odporúča liečba mukolytikami (bromhexin, N-acetylcysteín) (34, Ramos-Casals, 2010). V súčasnosti nie sú k dispozícii dáta o pozitívnom vplyve csDMARD, GK alebo biologík na tieto ťažkosti.

II.C. Substitúcia slín

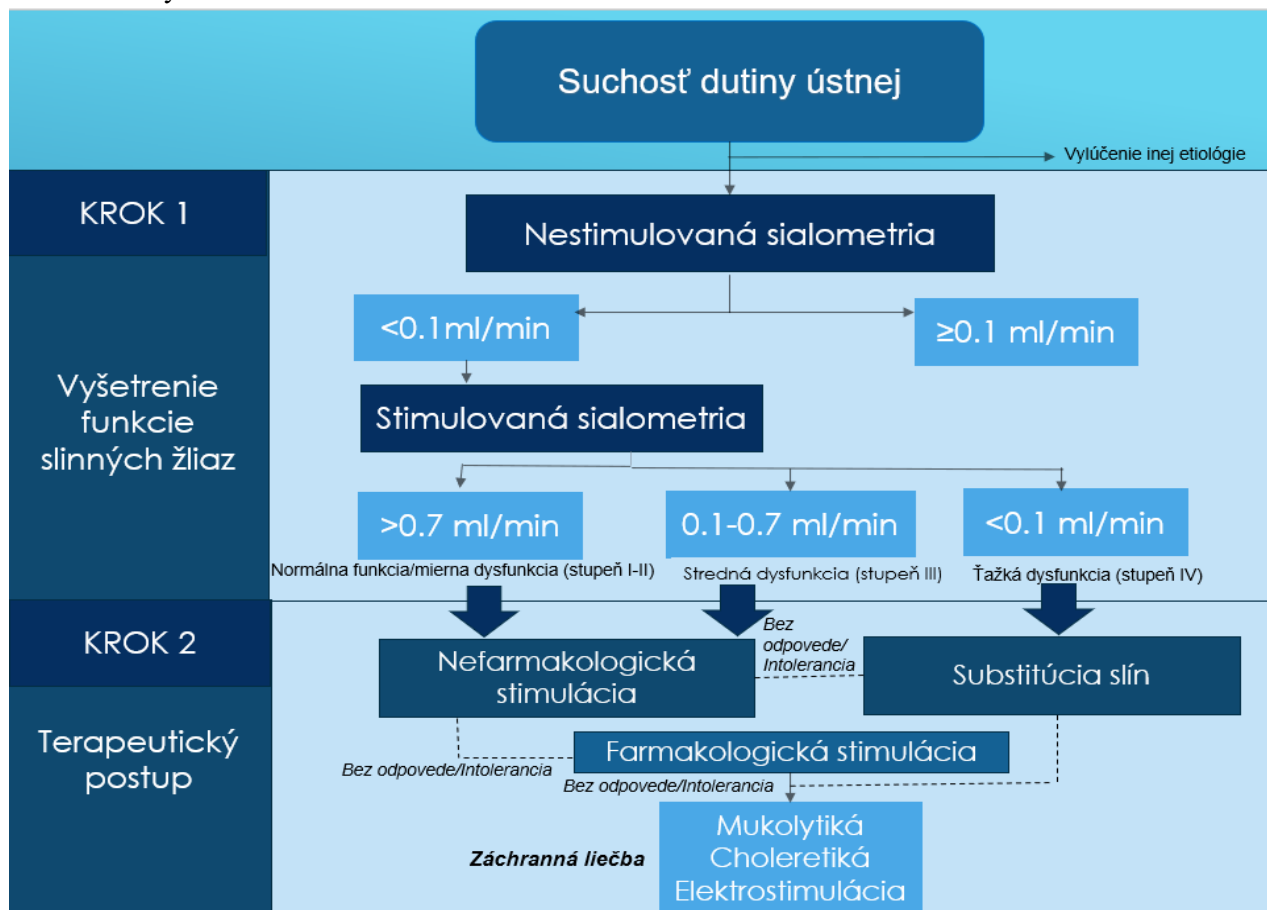
Substitúcia slín by mala byť zvažovaná u pacientov bez reziduálnej stimulovateľnej funkcie slinných žliaz. Ideálny preparát by mal mať neutrálne pH a obsahovať fluorid, elektrolyty a napodobňovať prirodzené zloženie sliny. Náhrada slín býva dostupná vo forme sprayov, gélov a ústnych vôd. I keď jediná prospektívna štúdia nedokázala signifikantný efekt proti placebo (36, Alpöz, 2008), napriek tomu pacienti jednoznačne potvrdzujú zvýšený komfort suchých úst bez zvýšeného výskytu nežiaducich účinkov (37, Price, 2017).

Prevenia zubného kazu

Vhodné u všetkých foriem dysfunkcie v prevencii zvýšenej kazivosti chrupu je používanie fluoridových zubných pást a gélov. V prevencii vzniku zubného kazu sa odporúčajú výplachy dutiny ústnej ústnymi vodami s obsahom chlórhexidínu, čistenie interdentálnych priestorov zubnými niťami alebo ešte efektívnejšie medzizubnými kefkami (38, Worthington, 2020).

Algoritmus terapeutického postupu zohľadňujúci aktuálnu bazálnu a stimulovateľnú funkciu slinných žliaz zobrazuje schéma č. 1.

Schéma č. 1: Algoritmus terapeutického postupu zohľadňujúci aktuálnu bazálnu a stimulovateľnú funkciu slinných žliaz



III. Preferovaným prvým terapeutickým postupom pri suchosti očí podľa stupňa závažnosti (39, Nelson, 2007) môžu byť: umelé slzy a gély, režimové opatrenia, pri závažnej suchosti aj topické imunosupresíva a autológne sérum

III.A. Prvotným terapeutickým postupom suchosti očí sú umelé slzy/masti

Ako náhradu tekutiny a lubrikácie používame v prvej línii umelé slzy a očné gély, ktorých základom sú lubrikanty na polymerickej báze alebo na báze viskózných činidiel (metylcelulóza, hyaluronát). Cieľom je vytvoriť na očnom povrchu vrstvu podobnú slzám a zabrániť treniu medzi viečkom a rohovkou. Umelé slzy by mali byť používané všetkými pacientami so suchosťou očí aspoň každé 2-3 hodiny, s možnosťou navýšenia aj na aplikáciu v hodinových intervaloch (40, Montani, 2013). Očné masti je vhodné používať vo večerných hodinách, nakoľko môžu viesť k zahmlenému videniu (41, Foulks, 2015). Nakoľko nízka relatívna vlhkosť prostredia má výrazný vplyv na odparovanie slz aj u zdravých jedincov, môžu pacienti profitovať zo zmeny životného štýlu s predchádzaním nadmerne prehrievaného, ale aj klimatizovaného prostredia. Odporúčané pracovné prostredie má mať relatívnu vlhkosť medzi 40 – 70 % (42, Martin, 2023).

III.B. Refraktérna/závažná suchosť očí môže byť manažovaná používaním topickej liečby s obsahom imunosupresív a očných kvapiek s autológym sérom

Pacienti s refraktérnou suchosťou očí by mali byť liečení oftalmológmi so skúsenosťami s manažmentom očnej suchosti po vyhodnotení skóre sfarbenia očného povrchu a vyhodnotenia očného povrchového indexu.

Topické nesteroidové antiflogistiká/kortikosteroidy

Topické nesteroidové antiflogistiká (NSA) a kortikosteroidy môžu byť indikované oftalmológom len na obmedzenú krátku dobu (maximálne 2 - 4 týždne) pre zvýšený výskyt nežiaducich účinkov. V prípade lokálnej liečby NSA hrozia infekcie, korneo-sklerálne rozpúšťanie, perforácie, ulcerácie a vážne keratopatie, kým topické kortikosteroidy sú rizikovým faktorom infekcií, nárastu vnútroočného tlaku, vzniku či zhoršenia katarakty (41, Foulks, 2015).

Topický cyklosporín A

Liečba topickým cyklosporínom A môže byť zvážená oftalmológom u pacientov vyžadujúcich opakované podávanie topických kortikosteroidov (43, Majtánová, 2024).

Očné kvapky s autológym sérom

Na základe výsledkov jednej prospektívnej štúdie (44, Li, 2015) je možné u pacientov s výraznou suchosťou očí zvážiť liečbu autológym sérom aplikovaným vo forme očných kvapiek. Liečba je odporúčaná hlavne v prípade nedostatočného efektu alebo intolerancie liečby topickým cyklosporínom A.

Záchranná liečba

V prípade zlyhania horeuvedených terapeutických postupov je možné k zmierneniu subjektívnych príznakov zvážiť liečbu muskarínovými agonistami, ktoré ale dokázali len mierny efekt na objektívne príznaky (34, Ramos-Casals, 2010). Rovnako ako pri suchosti dutiny ústnej ani pri suchosti očí nie sú v súčasnosti k dispozícii dáta o pozitívnom vplyve csDMARD, GK alebo biologík na tieto ťažkosti.

III.C. Nedostatočnosť funkcie Meibomovej žľazy môže byť zmierňovaná teplými kompresmi očného viečka, očnými kvapkami s obsahom lipidov, prípadne punktálnou oklúziou

Teplé kompresy očného viečka

Aplikácia teplých kompresov na dobu aspoň 10 minút denne môže zmierňovať príznaky a zlepšovať parametre tvorby slzného filmu dysfunkcie Meibomovej žľazy (45, Lam, 2020).

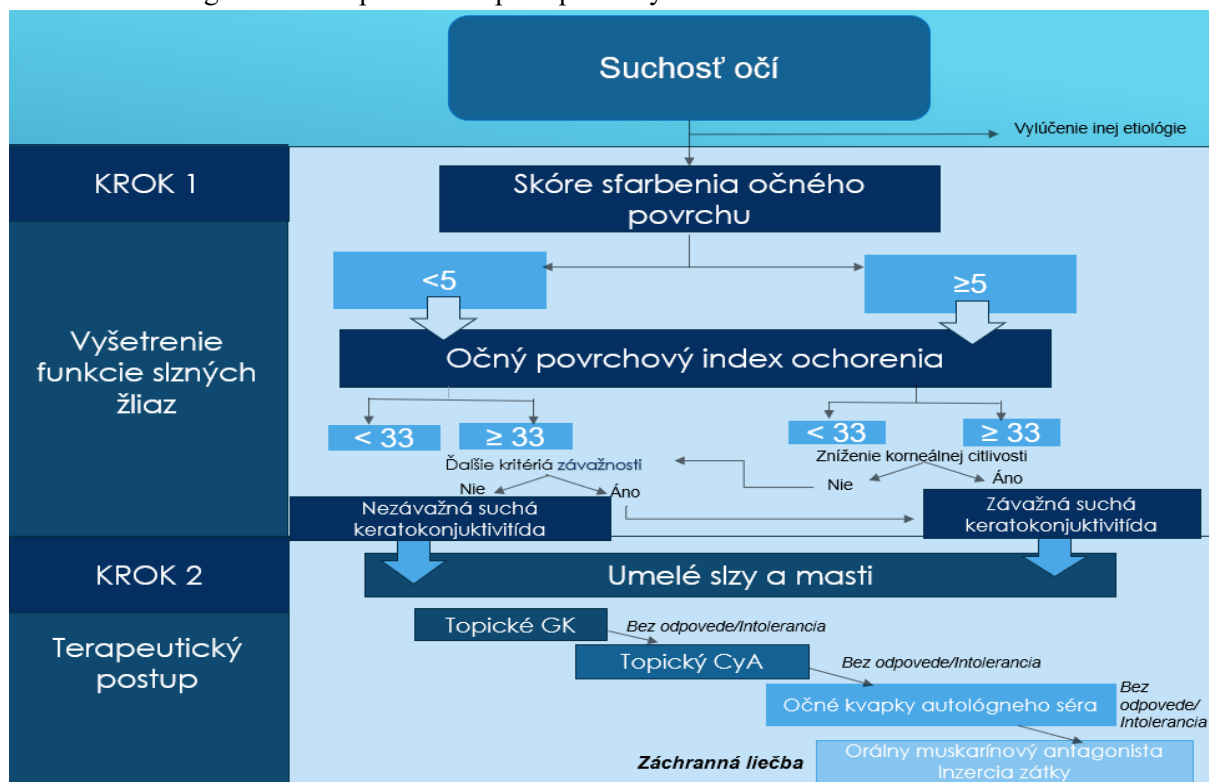
Očné kvapky s obsahom lipidov

Očné kvapky s obsahom lipidov môžu dokázateľne zmierniť príznaky dysfunkcie Meibomovej žľazy (46, Lee, 2012).

Punktálna oklúzia

Punktálna oklúzia môže vo vybraných ťažších prípadoch zlepšiť rohovkové poškodenie, avšak pre riziko zápalu rohovkového povrchu vo vybraných prípadoch, je nutná špecifická selekcia pacientov (47, Ervin, 2017).

Schéma č. 2: Algoritmus terapeutického postupu suchých očí



IV. Pri vaginálnej suchosti je indikovaná liečba nehormonálnymi vaginálnymi zvlhčovadlami v kombinácii s topickými estrogénmi

Nehormonálne vaginálne zvlhčovadlá s obsahom kyseliny hyalurónovej efektívne redukujú vaginálnu suchosť a príznaky s ňou asociované (48, Naumova, 2018). U perimenopauzálnych či postmenopauzálnych žien je možné ich kombinovať s topickými estrogénmi (49, Bhupathiraju, 2018).

V. U pacientov s príznakmi zvýšenej únavnosti/bolesti by mali byť realizované ďalšie vyšetrenia na vylúčenie iných pridružených ochorení a závažnosť únavnosti/bolesti by mala byť skórovaná špecifickými nástrojmi

Celkové príznaky ochorenia sú častými prejavmi SjS s nepriaznivým vplyvom na kvalitu života pacientov. Môžu byť prejavom aj iných pridružených ochorení, ako napr. osteoartróza, hypotyreóza, hypokorticismus, hypovitaminóza, depresia, neoplázia, príznakom ochorení s jasnou asociáciou so SjS, ako napr. anémia, hypokaliémia, osteomalácia, lymfóm a neuropatia alebo aj samotného základného ochorenia. Pri diferenciálnej diagnosticke treba myslieť aj na chronický únavový syndróm a fibromyalgiu.

Pravidelné cvičenie (50, Strombeck, 2007) a liečba antimalarikom (hydroxychlórochín 200 mg denne) (51, Gottenberg, 2014) môže viesť k redukcii únavy, k zmierneniu bolesti a aj celkových príznakov u pacienta so SjS. Odporúčané sú kardiovaskulárne cvičenia, ale t.č. nie sú dôkazy uprednostňovania jedného druhu cvičenia pred inými. V manažmente únavy je jednoznačne vhodná aj úprava spánkového režimu.

VI. Analgetiká alebo iné lieky ovplyvňujúce bolesť možno zvážiť na liečbu muskuloskeletálnej bolesti pri súčasnom zhodnotení pomeru potenciálnych nežiaducich účinkov a benefítu

Pred zahájením liečby muskuloskeletálnych príznakov SjS je nutné vždy vylúčiť iné ochorenia, ktoré sa prejavujú artralgiami, prípadne tendosynovitídami či artritídami.

Podľa ESSDAI je bolesť rúk, zápästí, členkov a nôh s predĺženou rannou stuhnutosťou nad 30 minút klasifikovaná ako artralgia s nízkou ESSDAI aktivitou (indexom). Artritída 5 a menej kĺbov potvrdená lekárom (klinicky alebo UZV) znamená strednú, artritída viac 5 kĺbov vysokú ESSDAI aktivitu.

U pacientov s muskuloskeletálnou bolesťou je liečba symptomatická - krátkodobé (7 - 10 dní) užívanie paracetamolu alebo NSA, event. v prípade častých epizód bolesti je indikovaná liečba hydroxychlorochínom v dávke 200 mg denne (51, Gottenberg, 2014).

VII. Liečba systémového ochorenia by mala byť prispôbená orgánovo-špecifickej závažnosti podľa ESSDAI definície

VIII. Liekom prvej voľby pri extraglandulárnom orgánovom poškodení by mal byť hydroxychlorochín

Hydroxychlorochín by mal byť indikovaný ako liek prvej voľby pri extraglandulárnom orgánovom postihnutí. Jeho užívanie nielen dokázateľne redukuje závažnosť extraglandulárneho orgánového poškodenia, ale znižuje aj prevalenciu artritídy, únavy, purpury, Raynaudovho fenoménu a hypergamaglobulinémiu (52, Demerchi, 2017).

IX. Glukokortikoidy by mali byť používané v minimálnej dávke a obmedzenom období, ktoré je nutné na dosiahnutie kontroly nad aktívnym ochorením

Glukokortikoidy by mali byť používané v minimálnej možnej dávke na obmedzenú dobu nutnú na dosiahnutie kontroly nad aktivitou ochorenia. Indikovaná je úvodná pulzná liečba metylprednisolonom nasledovaná perorálnou liečbou prednisonom ≤ 0.5 mg/kg/deň alebo jeho ekvivalentnou dávkou pri vysokoaktívnom ochorení, v dávke < 0.5 mg/kg/deň v prípade strednej aktivity ochorenia. Postupná redukcia na 5 mg denne alebo úplné vysadenie je odporúčané čo najskôr po dosiahnutí efektu kortikoidy šetriacej imunosupresívnej liečby (53, Duru, 2013).

X. Imunosupresívne lieky by mali byť využívané hlavne ako GK-šetriace lieky, bez jednoznačného dôkazu uprednostňovania jedného lieku pred druhým

Niektorí pacienti so závažnou formou orgánového postihnutia vyžadujú dlhodobú liečbu GK. Imunosupresíva ako metotrexát, leflunomid, azatioprín, cyklosporín A, mykofenolát mofetil alebo cyklofosfamid sa využívajú ako glukokortikoidy šetriace lieky. Nakoľko chýbajú head-to-head porovnania, nie sú dôkazy pre jednoznačnú preferenciu jedného imunosupresívneho lieku pred druhým, i keď existujú určité skúsenosti, ktoré viedli k vytvoreniu schém prvej voľby a nasledujúcich línií podľa orgánového postihnutia. Pri indikácii a voľbe druhu imunosupresíva je nutné vždy prehodnotiť pomer rizika a benefítu liečby.

XI. Cielená terapia ovplyvňujúca B-lymfocyty môže byť zvažovaná u závažnej, refraktérnej formy ochorenia

Rituximab je najviac preštudovaným biologikom ovplyvňujúcim B-lymfocyty (54, Gottenberg, 2005), (55, Mekinian, 2012), (56, Meiners, 2012). Aplikuje sa vo forme dvoch infúzií po 1 g v odstupe 15 dní, s možnosťou opakovania liečby každého pol roka. Vo viacerých klinických skúšaní dokázal výrazný účinok na systémové prejavy SjS, hlavne pri kryoglobulinémii (57, Seror, 2007), (58, Gottenberg, 2013).

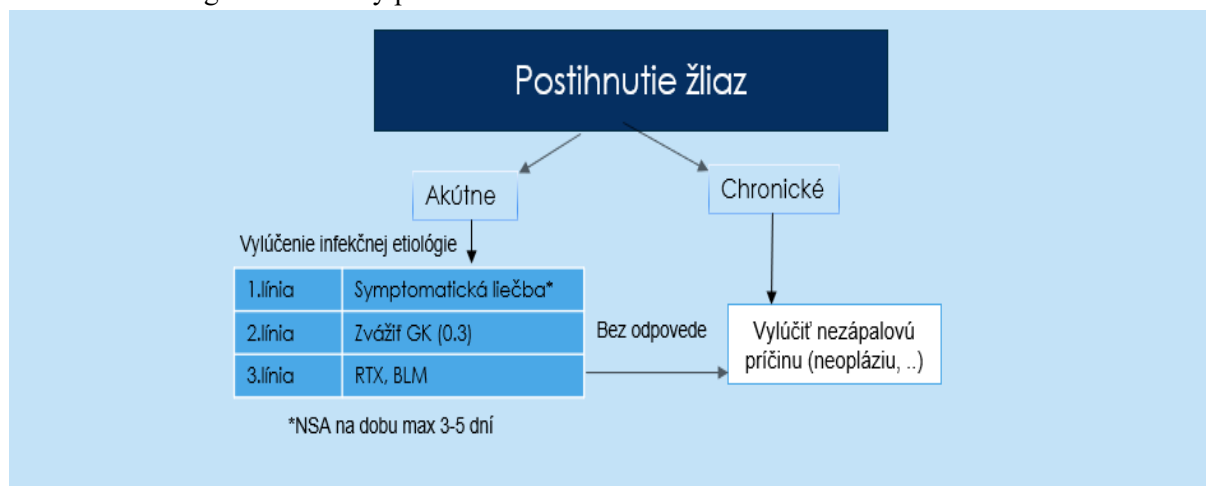
Väčšina klinických skúšaní dokázala jeho efekt vo forme celkovej odpovede, orgánovo-špecifickej odpovede, redukcii ESSDAI a možnosti redukcie prednisonu (59, Pijpe, 2005).

Ďalším biologickým liekom s dokázaným dobrým efektom na redukcii aktivity SjS je belimumab. Aplikovaný vo forme infúzie 10 mg/kg (0, 2 a 4 týždne a následne každé 4 týždne) dokázal belimumab svoj účinok až u 60 % pacientov s predchádzajúcou nedostatočnou odpoveďou na liečbu rituximabom (60, De Vita, 2015). Liečba je indikovaná pri ťažkých/refraktérnych formách ochorenia, dokonca pri kryoglobulinemickej vaskulitíde patrí medzi záchrannú terapiu.

XII. Systematický orgánovo-špecifický terapeutický postup sleduje sekvenčné použitie (alebo v kombinácii) glukokortikoidov, imunosupresív a biologík

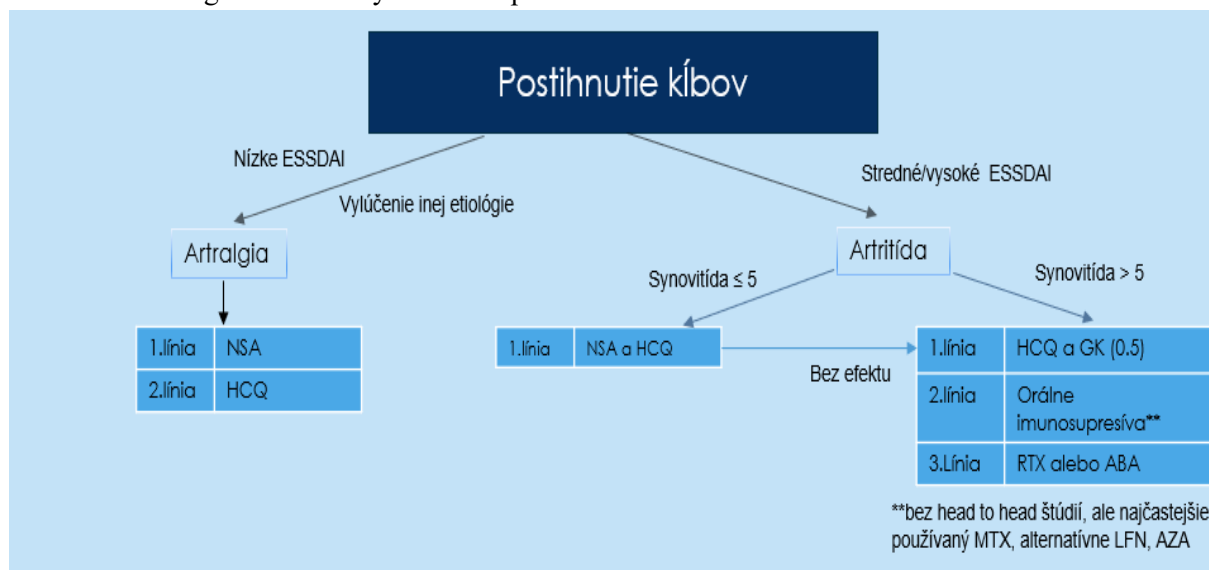
V liečbe systémových prejavov sú k dispozícii 3 línie imunosupresívnych liečebných postupov. Prvolíniovú systémovú liečbu predstavuje kortikoterapia, do druhej a tretej línie sú zaradené imunosupresíva a biologiká v prípade nedostatočného efektu GK, pri závažnej forme SjS alebo ako GK- šetriaca terapia pri dlhodobej liečbe GK. Algoritmus liečby pri postihnutí jednotlivých orgánov je uvedený v schémach č. 3 - 11.

Schéma č. 3: Algoritmus liečby postihnutia žliaz



Po dôkladnej diferenciálnej diagnostike a vylúčení inej príčiny akútneho postihnutia slinných a slzných žliaz je indikovaná krátkodobá liečba NSA (3 - 5 dní). V prípade nedostatočného efektu je nutné zvážiť druholíniovú liečbu GK v maximálnej úvodnej dávke 0.3 mg/kg/deň, s postupnou detrakciou podľa klinického stavu. Ako treťolíniová liečba sa odporúča rituximab alebo belimumab. Rituximab sa aplikuje vo forme 2 infúzií po 1000 mg v odstupe 15 dní, s možnosťou opakovania liečby o pol roka, belimumab taktiež vo forme infúzie 10 mg/kg v týždni 0, 2 a 4 a následne každé 4 týždne alebo 200 mg subkutánne každých 7 dní.

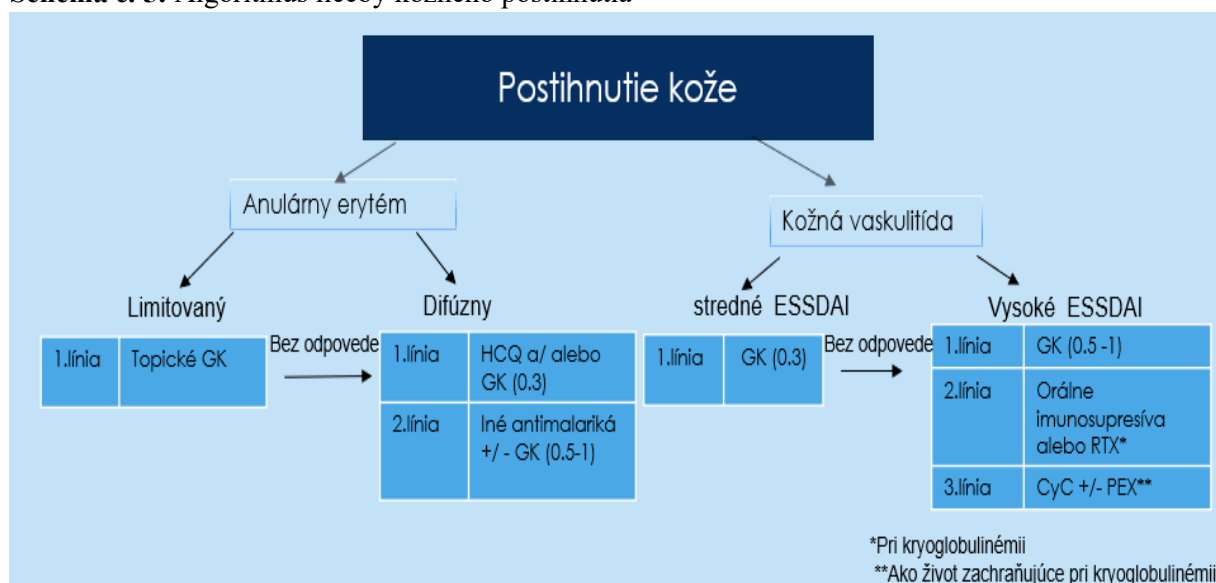
Schéma č. 4: Algoritmus liečby kĺbového postihnutia



Pri artralgiách treba vylúčiť aj inú príčinu bolestí kĺbov, po artralgii pri samotnom Sjögrenovom syndróme je indikovaná liečba NSA, event. pri nedostatočnom efekte liečba hydroxychlorochín (HCQ) 200 mg/deň.

V prípade artritídy postupujeme v liečbe podľa rozsahu postihnutia kĺbov. Pri synovitíde ≤ 5 kĺbov je liečbou voľba HCQ v kombinácii s NSA, pri synovitíde > 5 kĺbov možno v prvej línii voľiť hydroxychlorochín v kombinácii s glukokortikoidmi (GK), ktorých úvodná dávka nepresahuje 0.5 mg/kg/deň s postupnou detrakciou po vyznačení účinku. Pri zlyhaní liečby, intolerancii alebo nutnosti dlhodobej liečby GK vo vyšších dávkach sa volia imunosupresíva. Liekom prvej voľby je metotrexát 7.5 - 25 mg týždenne, alternatívou je leflunomid v dávke 20 mg/deň alebo azatioprin 2 – 3 mg/kg/deň. V prípade nedostatočnej účinnosti druholíniovej terapie je indikovaná biologická liečba rituximabom v štandardnom režime (dve infúzie po 1000 mg v odstupe 15 dní s možnosťou opakovania liečby každých 6 mesiacov) alebo abataceptom (infúzia 10 mg/kg v týždni 0, 2 a 4 a následne každé 4 týždne).

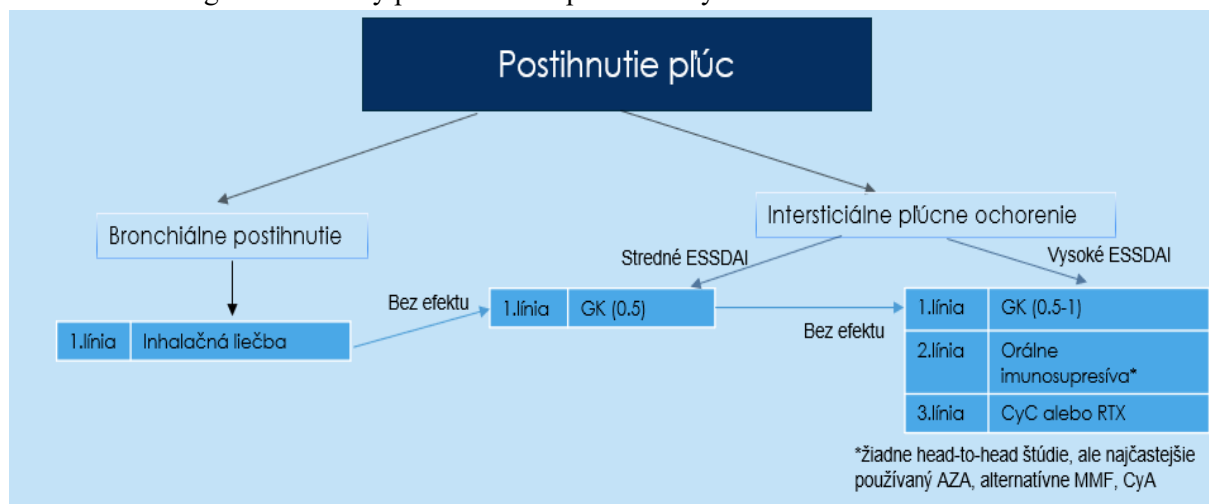
Schéma č. 5: Algoritmus liečby kožného postihnutia



V prípade kožného postihnutia je nutné odlíšiť anulárny erytém a kožnú vaskulitídu. V prípade limitovanej formy anulárneho erytému si vystačíme s topickou liečbou GK, ale pri difúznej forme je prvolíniovou liečbou hydroxychlórochín alebo GK v maximálnej dávke 0.3 mg/kg/deň s postupnou detrakciou, event. ich kombinácia. Úvodná dávka GK nepresahuje 0.3 mg/kg/deň a postupne ju redukuje. Pri zlyhaní liečby, volíme v prípade dostupnosti iné antimalariká v monoterapii alebo v kombinácii s GK v dávke 0.5 až 1 mg/kg/deň.

Pri kožnej vaskulitíde pri strednom ESSDAI volíme GK v úvodnej dávke 0.3 mg/kg/deň, pri vysokom ESSDAI v maximálnej úvodnej dávke 0.5 až 1 mg/kg/deň s postupnou redukciou. Pri zlyhaní liečby GK sú indikované imunopresívne lieky alebo biologická liečba rituximabom a pri ich nedostatočnom efekte cyklofosamid vo forme infúznej pulznej liečby 0.5 g/deň každých 15 dní s maximálne 6 opakovaniami, prípadne v kombinácii s plazmaferézou.

Schéma č. 6: Algoritmus liečby postihnutia respiračného systému

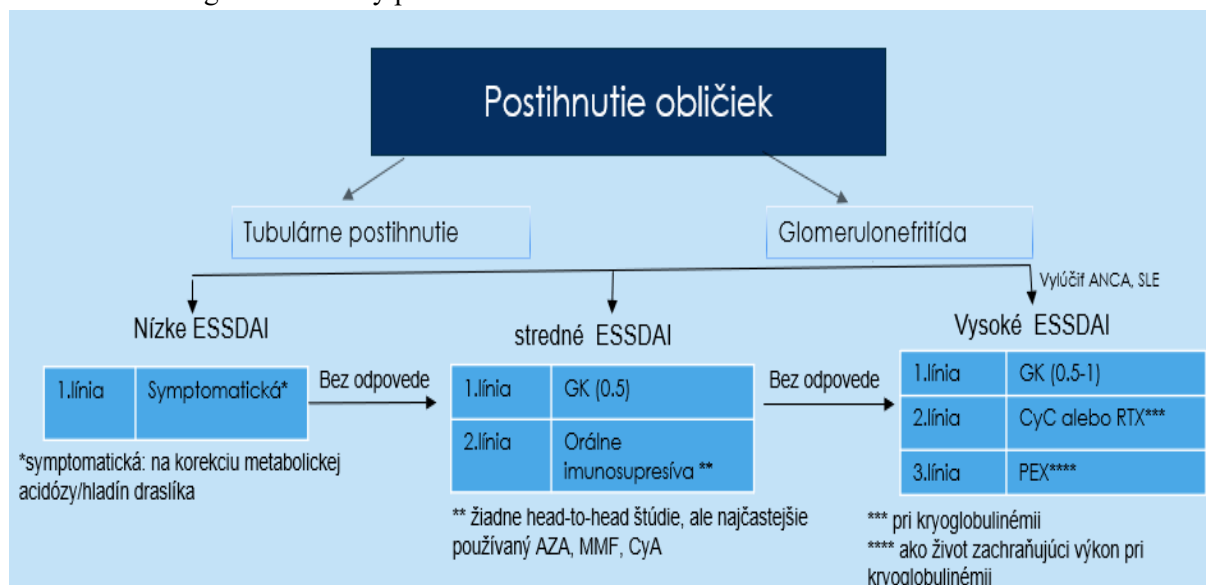


V prípade bronchiálneho postihnutia je postačujúca inhalačná liečba.

Pri intersticiálnom pľúcnom ochorení v prípade strednej závažnosti podľa ESSDAI liekom prvej voľby sú GK v maximálnej úvodnej dávke 0.5 mg/kg/deň, pri ich zlyhaní alebo pri vysokom ESSDAI je nutné navýšiť dávku na 0.5 až 1 mg/kg.

Druholíniovými liekmi sú perorálne imunopresíva ako azatioprín v dávke 2 - 3 mg/kg/deň, alternatívne mykofenolát mofetil (MMF) 200 mg/deň či cyklosporín A v dávke 3 - 5 mg/kg/deň. Do tretej línie liečby je zaradený cyklofosamid vo forme infúznej pulznej liečby 0.5 g/deň každých 15 dní s maximálne 6 opakovaniami alebo rituximab vo forme dvoch infúzií po 1000 mg v odstupe 15 dní, s možnosťou opakovania liečby každého pol roka.

Schéma č. 7: Algoritmus liečby postihnutia obličiek

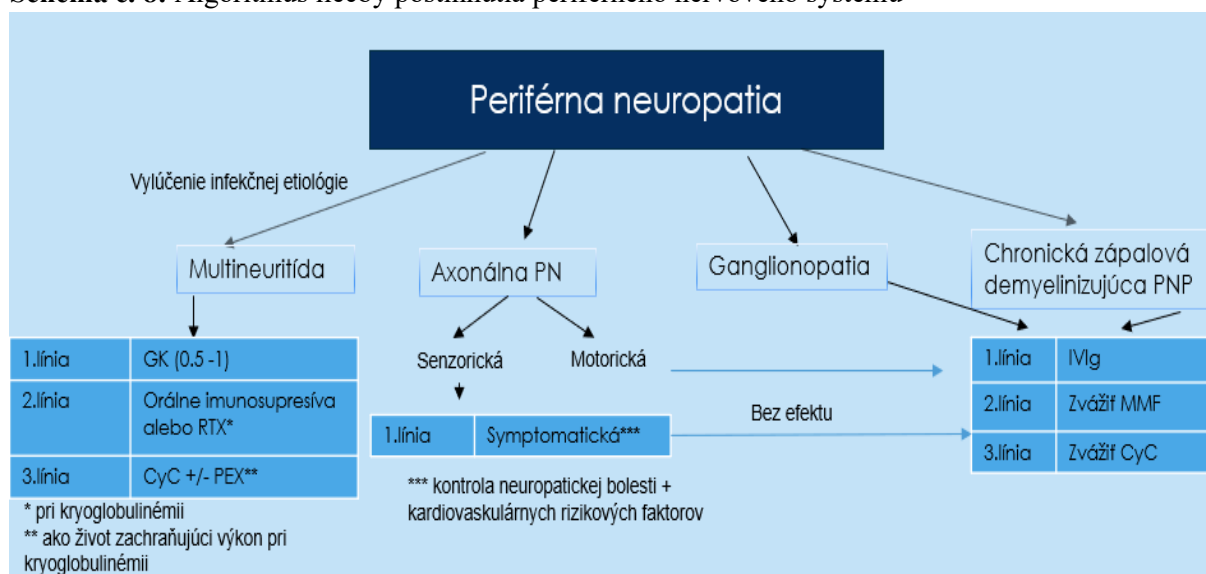


V prípade postihnutia obličiek je nutné odlišiť tubulárne postihnutie od glomerulonefritídy (GN) a stanoviť hodnotu ESSDAI.

Pri tubulárnom postihnutí s nízkym ESSDAI je indikovaná symptomatická liečba (napr. úprava metabolickej acidózy), pri strednom ESSDAI terapia GK v maximálnej úvodnej dávke 0.5 mg/kg/deň a liečbou druhej voľby sú imunosupresíva ako azatioprin 2 - 3 mg/kg/deň, alternatívne mykofenolát mofetil 200 mg/deň alebo cyklosporín A 3 - 5 mg/kg/deň.

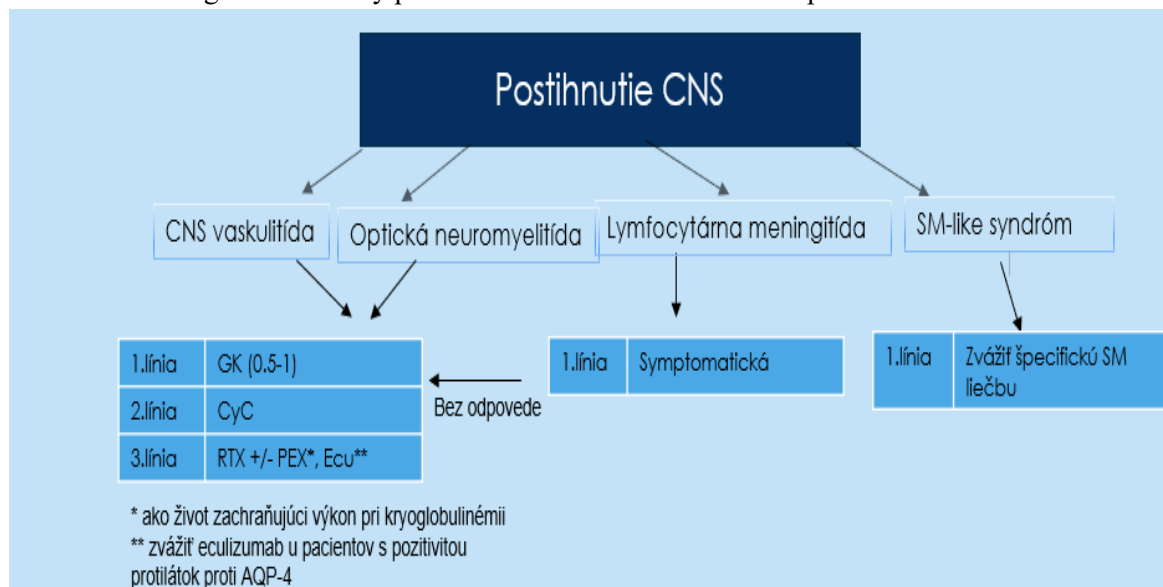
Pri vysokom ESSDAI je nutné vylúčiť ANCA - asociovanú vaskulitídu či systémový lupus erythematosus. Pri GN s vysokým ESSDAI je úvodná dávka GK vyššia (0.5 - 1 mg/kg/deň), v prípade ich nedostatočného efektu je liekom druhej voľby cyklofosfamid vo forme infúznej pulznej liečby 0.5 g/deň každých 15 dní s maximálne 6 opakovaniami alebo hlavne pri kryoglobulinémii rituximab vo forme dvoch infúzií po 1000 mg v odstupe 15 dní, s možnosťou opakovania liečby každého polroka. Plazmaferéza zostáva život zachraňujúcou terapeutickou modalitou pri kryoglobulinémii.

Schéma č. 8: Algoritmus liečby postihnutia periférneho nervového systému



Pri mononeuropatii multiplex volíme ako prvú líniu GK v maximálnej úvodnej dávke 0.5 - 1 mg/kg/deň, ktorú postupne redukovujeme. V prípade ich nedostatočného efektu sú liekom druhej voľby buď perorálne imunosupresíva alebo rituximab vo forme dvoch infúzií po 1000 mg v odstupe 15 dní, s možnosťou opakovania liečby každého pol roka. Pri ich zlyhaní je alternatívou cyklofosfamid vo forme infúznej pulznej liečby 0.5 g/deň každých 15 dní s maximálne 6 opakovaniami alebo plazmaferéza. Plazmaferéza zostáva život zachraňujúcim výkonom pri kryoglobulinémii. Pri axonálnej periférnej neuropatii s prejavmi senzorickeho postihnutia je indikovaná symptomatická liečba, pri jej nedostatočnom efekte alebo prítomnosti gangliopatie alebo chronickej zápalovej demyelinizujúcej polyneuropatie je nutné siahnuť po intravenózných imunoglobulínoch (IVIg) 0.4 - 2 mg/kg/deň 5 dní za sebou. Druhou líniou je MMF 200 mg/deň, treťou pulzná liečba cyklofosfamidom 0.5 g/deň každých 15 dní s maximálne 6 opakovaniami.

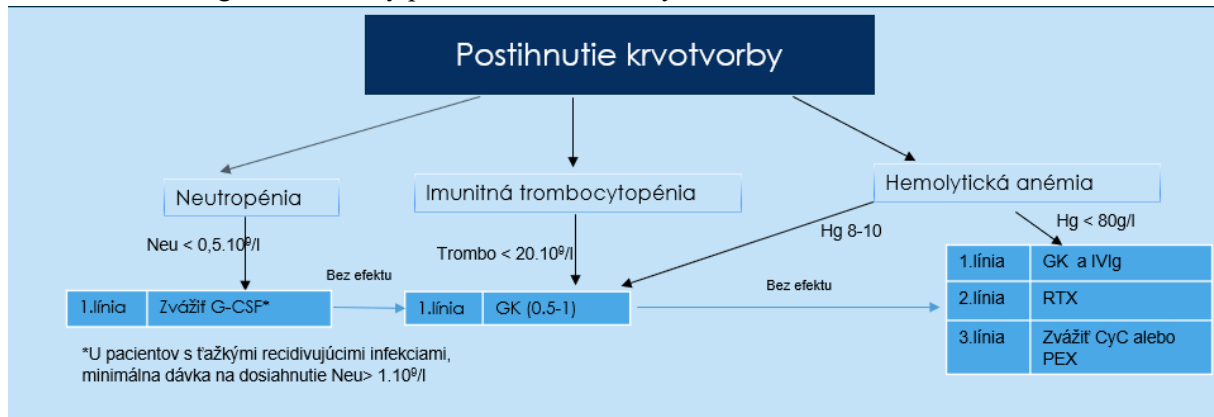
Schéma č. 9: Algoritmus liečby postihnutia centrálného nervového postihnutia



Pri CNS vaskulitíde a optickej neuritíde sú v prvej línii liečby indikované GK v maximálnej úvodnej dávke prednisonu 0.5 - 1 mg/kg/deň, event. jeho ekvivalentnej dávke. V prípade ich nedostatočného efektu možno aplikovať cyklofosfamid vo forme infúznej pulznej liečby 0.5 g/deň každých 15 dní s maximálne 6 opakovaniami a pri jeho zlyhaní rituximab vo forme dvoch infúzií po 1000 mg v odstupe 15 dní, s možnosťou opakovania liečby každého polroka alebo plazmaferézu. Plazmaferéza zostáva život zachraňujúcim výkonom pri kryoglobulinémii. V prípade CNS vaskulitídy s pozitívitou protilátok proti aquaporínu 4 (AQP-4) možno prehodnotiť nutnosť liečby ekulizumabom.

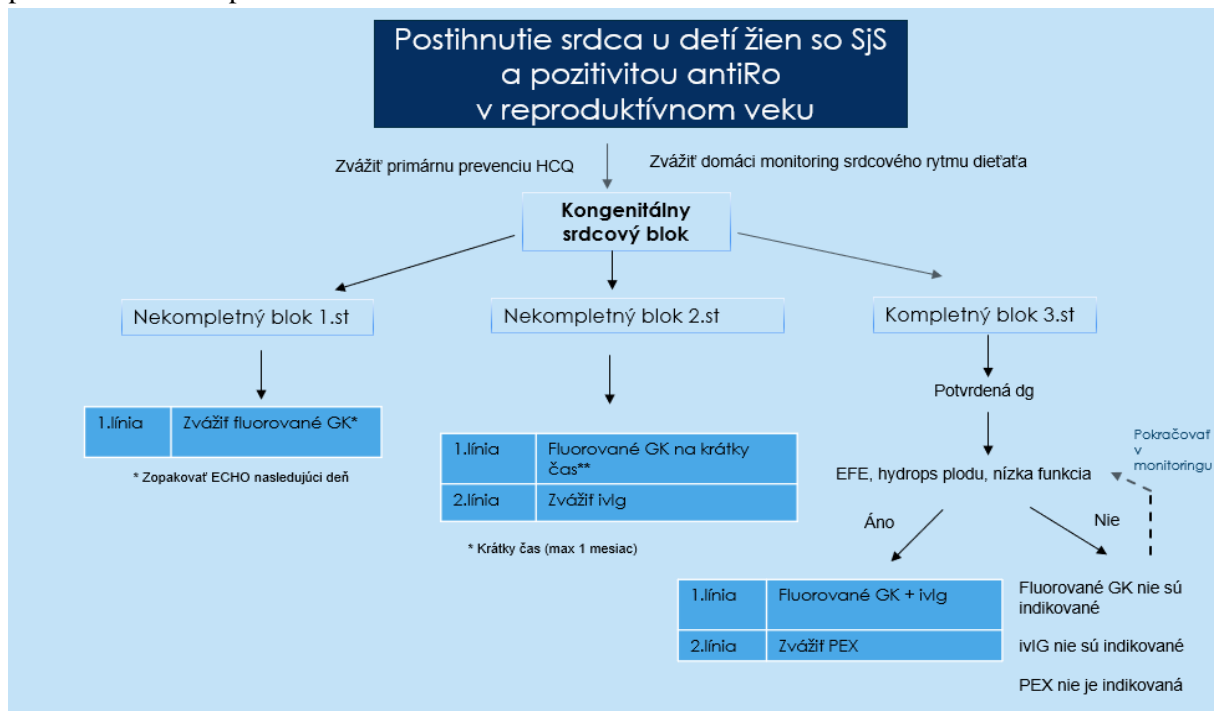
Pri lymfocytárnej meningitíde je liečba symptomatická, ale v prípade nedostatočnej liečebnej odpovede je možno prehodnotiť liečebné postupy ako pri CNS vaskulitíde. Pri SM-like syndróme je na zváženie špecifická liečba roztrúsenej sklerózy.

Schéma č. 10: Algoritmus liečby postihnutia krvotvorby



Pri častých ťažkých infekciách v rámci autoimunitnej neutropénie s poklesom neutrofilov pod 0,5. 10⁹/l je nutné podať granulocyty stimulujúce rastové faktory (G-CSF), pri ich nedostatočnom efekte a pri trombocytopénii pod 20. 10⁹/l podávame GK v maximálnej úvodnej dávke 0.5 - 1 mg/kg/deň. Pri hemolytickej anémii liekom prvej voľby sú GK a IVIg v dávke 0.4 - 2 mg/kg/deň 5 dní za sebou. V prípade nedostatočného efektu sa zvažuje liečba rituximabom v dávke 2 infúzie po 1g v odstupe 15 dní a treťolíniovým je cyklofosfamid vo forme infúznej pulznej liečby 0.5 g/deň každých 15 dní s maximálne 6 opakovaniami alebo plazmaferéza.

Schéma č. 11: Algoritmus prevencie a liečby vrodeného srdcového bloku detí matiek so SjS a pozitívitou antiRo protilátok



Plod matky so SjS je vystavený riziku vzniku kongenitálneho srdcového bloku (CHB). V prevencii vzniku CHB sa odporúča liečba hydroxychlorochínom v dávke 200 - 400 mg/deň. Na stabilnej dávke hydroxychlorochínu by mala byť pacientka s pozitívnymi autoprotilátkami anti-Ro/SSA najmenej 6 mesiacov pred plánovaným otehotnením. V prípade otehotnenia je nutný pravidelný monitoring gynekológom a pôrodnikom a v prípade potreby aj detským kardiológom. Za účelom skorého rozpoznania porúch rytmu plodu je v prípade dostupnosti indikovaný domáci monitoring srdcového

rytmu plodu, v prípade jeho nedostupnosti sa odporúčajú pravidelné kontroly plodu matky gynekológom a pôrodníkom a detským kardiológom. Liečba CHB závisí od stupňa vrodeného srdcového bloku. Pri AV bloku I. stupňa je nutné zvážiť krátkodobú liečbu fluorovaným GK, pri AV bloku II. stupňa okrem fluorovaných GK sa podávajú aj IVIg a pri AV bloku III. stupňa so známami endokardiálnej fibroelastózy, hydropsu plodu a nízkej funkcie srdca plodu okrem fluorovaných GK a IVIg je indikovaná aj plazmaferéza.

XIII. Liečba B-bunkových lymfómov by mala byť individualizovaná podľa špecifického histologického podtypu a štádia ochorenia

Lymfómy sú jednoznačne jednou s najväznejších systémových komplikácií SjS a ich výskyt oproti bežnej populácii je zvýšený až 48-násobne. Nakoľko pri SjS nachádzame B-lymfocytárnu infiltráciu žliaz, najčastejšími lymfómami sú práve B-bunkové lymfómy. Pomer B-lymfómov ku T-bunkovým lymfómom je 15:1. U viac ako 90 % ide o mukózu asociovaný lymfóm (MALT lymfóm), lymfómy marginálnej zóny, difúzne B-bunkové lymfómy. Pri zvažovaní nasledujúcej liečby musí byť liečba onkológa/hematológa individualizovaná podľa histologického podtypu a štádia ochorenia.

Prognóza

Prognóza SjS vo veľkej miere závisí od rozsahu orgánového postihnutia. Kým pri solitárnom postihnutí žliaz je prognóza dobrá, pri orgánovom postihnutí a oneskorenej či nedostatočnej liečbe môžu vzniknúť ireverzibilné zmeny prejavujúce sa nielen výrazným zásahom do kvality života, ale v mnohých prípadoch (hlavne pri postihnutí pľúcneho interstícia, obličiek, periférneho či centrálného systému a krvotvorby) aj život ohrožujúcimi stavmi. Práve preto je nutná včasná a správna diagnostika ochorenia s nasledujúcou adekvátnou liečbou individualizovanou podľa aktuálnej aktivity ochorenia.

Posudková činnosť

Sjögrenov syndróm je zahrnutý v prílohe č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov v Kapitole XV - Choroby podporného a pohybového aparátu, oddiel D - Choroby svalov, Položka 1 - Svalové dystrofie, myopatie, spinálne svalové atrofie a príbuzné syndrómy, myozitídy, systémové ochorenia spojivového tkaniva (lupus erytematosus, dermatomyozitída, systémová skleróza - Behcetova choroba, Sjögrenov syndróm a ost.), kde je miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť určená zákonom od 30 % do 90 %, podľa toho, či ide o ľahký, stredne ťažký alebo ťažký stupeň postihnutia. Posudkoví lekári posudzujú zdravotný stav na účely invalidity na základe doložených odborných lekárskeho nálezov, v ktorých by malo byť odborným lekárom - reumatológom, dokumentované postihnutie kĺbových aj mimokĺbových tkanív a orgánov, zhodnotená závažnosť funkčného postihnutia organizmu, s dopadom na celkový stav a výkonnosť organizmu podľa súčasne platných kritérií hodnotenia tohto syndrómu, nakoľko filozofia zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení je založená na závažnosti funkčného postihnutia organizmu a k tomu je aj zákonom určená percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Sjögrenov syndróm je systémové ochorenie spojiva, u ktorého sa podčiarkuje nutnosť interdisciplinárnej spolupráce špecialistov viacerých oblastí pri diagnostike (reumatológ, oftalmológ, zubný lekár, maxilofaciálny chirurg, otorinolaryngológ, patológ) aj pri liečbe lokálnych a systémových príznakov (oftalmológ, zubný lekár, otorinolaryngológ, reumatológ, pneumoftizeológ, nefrológ, neurológ, hematológ a transfuziológ, dermatológ, gynekológ a pôrodník).

Stanovenie diagnózy Sjögrenovho syndrómu

Stanovenie diagnózy Sjögrenovho syndrómu si vyžaduje spoluprácu reumatológa, oftalmológa, zubného lekára/maxilofaciálneho chirurga/otorinolaryngológa a patológa.

Kompetencie sú delegované nasledovne:

- *Stanovenie diagnózy suchej keratokonjunktivitídy* - Schirmerov test realizuje reumatológ alebo oftalmológ, vyšetrenie pomocou farbenia fluoresceínom oftalmológ;
- *Stanovenie xerostómie nestimulovanou sialometriou* - reumatológ, zubný lekár, otorinolaryngológ;
- *Stanovenie stimulovanej sialometrie* – zubný lekár, otorinolaryngológ;
- *Biopsia malej slinnej žľazy z bukálnej sliznice* – maxilofaciálny chirurg, zubný lekár, otorinolaryngológ;
- *Hodnotenie bioptickej vzorky tkaniva* - patológ;
- *Indikácia vyšetrenia autoprotilátkového profilu* - reumatológ;
- *Stanovenie definitívnej diagnózy Sjögrenovho syndrómu* - reumatológ.

Liečba a kontrola pacientov so Sjögrenovým syndrómom

Liečbu ochorenia manažuje reumatológ v spolupráci s ďalšími špecialistami podľa orgánového postihnutia u daného pacienta a v prípade gravidity konzultuje s gynekológom a pôrodnikom.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so Zákonom č. 576/ 2004 Z. z., § 6 informovaný súhlas.

Odporúčania pre revíziu štandardu

Audit a revízia budú realizované po 12 mesiacoch a následne každých 5 rokov. V prípade objavenia sa nových vedeckých informácií, medzinárodných odporúčaní, vývoja diagnostických metód a terapeutických modalít aj skôr.

Literatúra

Kompletný zoznam pôvodne citovaných zdrojov je dostupný v predchádzajúcej verzii štandardného postupu. V tomto dokumente sú doplnené len nové zdroje založené na dôkazoch a aktuálnych vedeckých poznatkoch, ktoré sú uvedené nižšie v samostatnom zozname:

- Haga HJ, Gjesdal CG, Irgens LM, et al. Reproduction and gynaecological manifestations in women with primary Sjögren's syndrome: a case-control study. *Scand J Rheumatol* 2005;34:45-48.
- Brito-Zéron P, Retamozo S, Ramos-Casalas M. Phenotyping Sjögren's syndrome: towards a personalised management of the disease. *Clin Exp Rheumatol* 2020;36(Suppl 112):919-923.
- Fragkioudaki S, Mavragani CP, Moutsopoulos HM. Predicting the risk for lymphoma development in Sjogren syndrome: an easy tool for clinical use. *Medicine* 2016;95:e3766-e, 2016.
- Chatzis L, Goules AV, Pezoulas V et al. A biomarker for lymphoma development in Sjögren's syndrome: salivary gland focus score. *J Autoimmun* 2021;121:102648.
- Tarn J, Lendrem D, Barnes M. et al. Comorbidities in the UK Primary Sjögren's Syndrome Registry. *Frontiers in immunology* 2022;13:864448.
- van Ginkel MS, Arends S, van der Vegt B et al. PDG-PET/CT discriminates between patients with or without lymphomas in primary Sjögren's syndrome. *Rheumatology* 2023;62:3323-3331.
- Price E J, Benjamin S, et al. British Society for Rheumatology guideline on management of adult and juvenile onset Sjögren disease. *Rheumatology*. 2024;64:409-439.
- Worthington HV, MacDonald L, Poklepovic Pericic T et al. Cochrane Oral Health Group. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal disease and dental caries. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2020.
- Nelson DJ, Craig JP, Esen KA, et al. The definition and classification of dry eye disease: report of the definition and classification subcommittee of the international Dry Eye Workshop. *Ocul Surf* 2007;5(2):75-92.
- Montani G. Intrasubject tear osmolarity changes with different types of eyedrops. *Optom Vis Sci* 2013;90:372-377.
- Martin R, EMO Research Group. Symptoms of dry eye related to the relative humidity of living place. *Cont Lens Anterior Eye* 2023;46:101865.
- Majtánov N, Kurilová V, Kolář P. Topical cyclosporine A in the management of dry eye disease in Sjögren's disease. *Reumatologia* 2024; 62,6:1-3.
- Lam PY, Shih KC, Fong PY et al. A review on evidence-based treatments for meibomian gland dysfunction. *Eye Contact Lens* 2020;46:3-16.

- Lee SY, Tong L. Lipid-containing lubricants for dry eye: a systemic review. *Optometry Vis Sci* 2012;89:1654-1661.
- Ervin AM, Law A, Pucker AD. Punctal occlusion for dry eye: a syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:Cd006775.
- Naumova I, Castelo-Branco C. Current treatment options for postmenopausal vaginal atrophy. *Int J Women's Health* 2018;10:387-395.
- Bhupathiraju SN, Grodstein F, Stampfer MJ et al. Vaginal estrogen use and chronic disease risk in the Nurses Health Study. *Menopause (New York)* 2018;26:603-610.
- Demerchi J, Papasidero S, Medina MA et al. Primary Sjogren's syndrome: extraglandular manifestations and hydroxychloroquine therapy. *Clin Rheumatol* 2017;36:2455-2460.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii a diagnostike 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. novembra 2025

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

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:

Manažment pacienta s chronickým kašľom štandardný diagnostický a terapeutický postup

Autorský kolektív:

doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
MUDr. Monika Palušková, PhD., MPH, MBA, LL.M.
MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M.
doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH
MUDr. Helena Leščišinová
MUDr. Mária Drugdová
MUDr. Martina Jandzíková

Špecializačný odbor:

Všeobecné lekárstvo

Recenzenti:

MUDr. Peter Bakič; MUDr. Valéria Husarovičová, PhD, MHA, MPH; MUDr. Andrej Novák (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH

Súhlasné stanoviská: Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska, Slovenská pneumologická a fúzeologická spoločnosť

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.

Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

| Číslo ŠP | Dátum predloženia Komisii MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0321 | 9. október 2025 | schválený | 1. november 2025 |

1 Kľúčové slová

chronický kašeľ, guidelines, diferenciálna diagnostika, fajčenie, medicína založená na dôkazoch

2 Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|--------|--|
| ACE-i | inhibítory angiotenzín konvertujúceho enzýmu |
| ALT | alanínaminotransferáza |
| BAI | (<i>angl. breath actuated inhaler</i>) – dychom aktivované aerosólové dávkovače |
| CRP | C-reaktívny proteín |
| CT | (<i>angl. computed tomography</i>) – počítačová tomografia |
| ChK | chronický kašeľ |
| DPI | (<i>angl. dry powder inhalers</i>) – inhalátory na práškovú formu lieku |
| EKG | elektrokardiografické vyšetrenie |
| ERS | (<i>angl. European Respiratory Society</i>) – Európska pneumologická spoločnosť |
| EBM | (<i>angl. evidence based medicine</i>) – medicína založená na dôkazoch |
| GERD | gastroezofageálny reflux |
| GIT | gastrointestinálny trakt |
| HFA | hydrofluoroalkány |
| HRCT | (<i>angl. high-resolution computed tomography</i>) – počítačová tomografia s vysokým priestorovým rozlíšením |
| K | (<i>lat. kalium</i>) – draslík |
| LABA | (<i>angl. long acting β2-agonists</i>) – dlhodobo pôsobiace β 2-sympatikomimetiká |
| LAMA | (<i>angl. long acting muscarinic antagonists</i>) – dlhodobo pôsobiace anticholínergiká |
| LDCT | (<i>angl. low-dose computed tomography</i>) – nízkodávková počítačová tomografia |
| MZ SR | Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky |
| MRI | (<i>angl. magnetic resonance imaging</i>) – zobrazenie magnetickou rezonanciou |
| Na | (<i>lat. natrium</i>) – sodík |
| ORL | otorinolaryngologický |
| pMDI | dávkované spreje z tlakových aplikátorov |
| POCUS | (<i>angl. point-of-care-ultrasound</i>) – ultrasonografické vyšetrenie v rámci prednemocničnej zdravotnej starostlivosti |
| RF | rizikový faktor |
| RTG | röntgenové vyšetrenie |
| SABA | (<i>angl. short acting β2-agonists</i>) – inhalačné β 2-sympatikomimetiká s krátkodobým účinkom |
| SAMA | (<i>angl. short acting muscarinic antagonists</i>) – krátkodobo pôsobiace anticholínergiká |
| SARS | (<i>angl. severe acute respiratory syndrome</i>) – syndróm akútneho respiračného zlyhania |
| U-LABA | (<i>angl. ultra long acting β2-agonists</i>) – inhalačné β 2-sympatikomimetiká s ultradlhodobým účinkom |

Vymedzenie základných pojmov

Účelom tohto štandardného diagnostického a terapeutického postupu (ŠDTP) je stanoviť postup diagnostiky a liečby súvisiaci s poskytovaním zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s chronickým kašľom. Určuje okrem iných odborných súvislostí aj podmienky, za ktorých je pacient v starostlivosti konkrétneho kompetentného zdravotníckeho pracovníka a podmienky, za ktorých a ako sú vykonávané konziliárne vyšetrenia, čím určuje cestu pacienta zdravotníckym systémom Slovenskej republiky.

ŠDTP definuje štandardizované klinické algoritmy obsahujúce obsah iniciálneho a kontrolných vyšetrení a súvisiacich medicínskych rozhodnutí u pacienta s chronickým kašľom, ktoré rámujú **správne, dostupné, efektívne a bezpečné poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe medicíny založenej na dôkazoch**. Prostredníctvom aplikácie tohto ŠDTP v klinickej praxi sa **eliminujú duplicitné vyšetrenia, tzv. „diagnostika navyše“ (angl. overdiagnosis) a tzv. „liečba navyše“ (angl. overtreatment) vrátane redukcie defenzívnej medicíny vykonávanej tzv. „pre istotu“**. ŠDTP zároveň určuje postup **pri indikácii nefarmakologickej a farmakologickej liečby chronického kašľa**.

Kašeľ je ochranný reflexný mechanizmus, ktorý uľahčuje samočistenie dýchacích ciest a je prevenciou aspirácie. Jeho vyvolávajúcimi faktormi môžu byť aj ochorenia mimo dýchacích ciest. Chronický kašeľ postihuje 5-10% dospelaj populácie. Výrazným spôsobom negatívne ovplyvňuje kvalitu života, môže spôsobiť komplikácie (Tabuľka 3) súvisiace s chronickým kašľom a sociálnu izoláciu pacienta.

Chronický kašeľ podľa tohto ŠDTP je kašeľ trvajúci dlhšie ako 8 týždňov. **Kašeľ refraktérny na liečbu** je kašeľ trvajúci napriek terapii dlhšie ako 1 rok.

Za **dospelého pacienta** sa považuje osoba, ktorá je **staršia ako 18 rokov**.

Diagnostika je zisťovanie a hodnotenie zdravotného stavu osoby a v prípade zistenia poruchy zdravia alebo choroby určenie závažnosti poruchy zdravia alebo choroby; jej výsledkom je určenie choroby.

Liečba je vedomé ovplyvnenie zdravotného stavu osoby s cieľom navrátiť jej zdravie, zabrániť ďalšiemu zhoršovaniu jej zdravotného stavu alebo zmierniť prejavy a dôsledky jej choroby. **Liečebný režim** je životospráva osoby na podporu liečby, ktorú určuje ošetrojúci lekár vrátane nefarmakologických terapeutických intervencií a farmakologickej liečby.

Kompetentný zdravotnícky pracovník je zdravotnícky pracovník, ktorý zabezpečuje manažment pacienta s chronickým kašľom podľa tohto ŠDTP. Pokiaľ chronický kašeľ deteguje **iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS)** nedisponujúci kompetentným zdravotníckym pracovníkom podľa tohto ŠDTP, odošle osobu k PZS s kompetentným zdravotníckym pracovníkom za účelom diagnostiky príčiny a liečby chronického kašľa. Na spoluprácu a konzultácie medzi jednotlivými PZS sa využíva konzílium.

Konzílium je podľa platnej legislatívy poradný orgán ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka zložený zo zdravotníckych pracovníkov určených PZS, ktorí sú vo vzťahu k poskytovanej zdravotnej starostlivosti ošetrojúcimi zdravotníckymi pracovníkmi. Zdravotnícki pracovníci tvoriaci konzílium sa konzília môžu zúčastniť aj prostredníctvom elektronických komunikácií. **Konziliárne vyšetrenie** je vyšetrenie realizované konzíliom. Zdravotnícki pracovníci indikujú konziliárne vyšetrenie

prostredníctvom konzília vždy, keď si to vyžaduje zmena zdravotného stavu pacienta alebo iné okolnosti a pacient s tým súhlasí.

Lekár vykonávajúci konziliárne vyšetrenie je zdravotnícky pracovník, ktorý ho vykonáva na žiadosť ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka. **Odporúčanie na indikované konziliárne vyšetrenie** obsahuje stručný opis aktuálneho zdravotného stavu pacienta, predbežné stanovenie choroby vrátane jej kódu, rozsah a cieľ odporúčaného vyšetrenia a odôvodnenie odporúčania. Lekár, ktorý realizuje konziliárne vyšetrenie, vykonáva a kontroluje výsledky všetkých ním vyžiadanych laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení potrebných k naplneniu rozsahu a cieľa indikovaného konziliárneho vyšetrenia. Pokiaľ lekár vykonávajúci konziliárne vyšetrenie ním indikované výkony nevykoná sám, môže ich delegovať na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, s ktorým má pacient uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s príslušným Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR. Neoddeliteľnou súčasťou delegovania týchto výkonov v súlade s platnou legislatívou je správne vyplnenie žiadaniek na indikované vyšetrenia lekárom vykonávajúcim konzílium a ich zaslanie tomuto poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý ich realizuje iba vo vyžadanom rozsahu. Práca lekára vykonávajúceho konzílium sa považuje za ukončenú vtedy, keď je naplnený rozsah a cieľ indikovaného konziliárneho vyšetrenia, ktorého závery musia byť zaznamenané a dokumentované elektronicky prostredníctvom národného systému eZdravie.


3 Kompetencie

- a) **Kompetentným zdravotníckym pracovníkom** na výkon iniciálneho a kontrolného vyšetrenia pacienta s chronickým kašľom je lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pneumológia a ftizeológia.
- b) **Konziliárne vyšetrenia** vykonávajú aj lekári poskytovateľov zdravotnej starostlivosti so špecializáciami v iných špecializačných odboroch. Stanovením kompetentných zdravotníckych pracovníkov **nie je dotknuté poskytovanie orgánovošpecifickej zdravotnej starostlivosti a indikácia konziliárnych vyšetrení** u pacientov s chronickým kašľom u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti so špecializáciami v iných špecializačných odboroch.
- c) Pre **výkon kontroly pacienta s chronickým kašľom (ChK)** je kompetentným zdravotníckym pracovníkom aj sestra v ambulancii so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore v rozsahu svojich odborných kompetencií v súlade s bodom 05 pís. a) tohto ŠDTP.
- d) Pre **výkon elektronickej komunikácie s pacientom s ChK** je kompetentným zdravotníckym pracovníkom lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pneumológia a ftizeológia vrátane sestry v ambulancii so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore v súlade s bodom 03 pís. a) tohto ŠDTP.


4 Úvod

Triedy a stupne odporúčaní sú v tomto ŠDTP klasifikované podľa medzinárodných kritérií ako triedy odporúčaní I, IIa, IIb, III a úroveň dôkazov A, B, C podľa Tabuľky 1 a Tabuľky 2.

Tabuľka 1

|  Triedy odporúčaní | | |
|--|--|------------------------------|
| Triedy odporúčaní | Definícia | Odporúčaná formulácia |
| Trieda I | Dôkazy a/alebo všeobecná zhoda, že daná liečba alebo procedúra je prínosná, užitočná a účinná. | Odporúča sa/je indikované. |
| Trieda II | Protichodné dôkazy a/alebo rozpory v názoroch na užitočnosť/účinnosť liečby alebo postupu. | |
| Trieda IIa | Prevaha dôkazov/názorov je v prospech prospešnosti/účinnosti. | Malo by sa zvážiť. |
| Trieda IIb | Užitočnosť/účinnosť je menej potvrdená dôkazmi/názormi. | Mohlo by sa zvážiť. |
| Trieda III | Dôkaz alebo všeobecná zhoda, že daná liečba nie je užitočná/účinná a v niektorých prípadoch môže byť škodlivá. | Neodporúča sa. |

Tabuľka 2

|  Úroveň dôkazov | |
|---|---|
| Úroveň dôkazov A | Údaje odvodené z viacerých randomizovaných klinických štúdií alebo metaanalýz. |
| Úroveň dôkazov B | Údaje odvodené z jednej randomizovanej klinickej štúdie alebo z veľkých nerandomizovaných štúdií. |
| Úroveň dôkazov C | Konsenzus názorov expertov a/alebo malé štúdie, retrospektívne štúdie, registre. |

Dôležitosť včasnej identifikácie, diagnostiky a liečby pacienta s ChK vyplýva najmä:

1/ z aktuálne nepriaznivej situácie týkajúcej sa morbidity a mortality na chronické ochorenia dýchacieho systému (predovšetkým neskorá diagnostika bronchiálnej astmy, chronickej obštrukčnej choroby pľúc) a onkologické ochorenia dýchacieho systému (predovšetkým neskorá diagnostika karcinómu pľúc, prípadne metastáz v pľúcach onkologického ochorenia iných orgánových systémov) na Slovensku;

2/ z potreby optimalizácie včasnej a správnej diagnostiky, diferenciálnej diagnostiky a detekcie ochorení a efektívnej a bezpečnej liečby, čím je možné priaznivo ovplyvniť výskyt chronických ochorení dýchacieho, vo vybraných prípadoch aj ochorení kardiovaskulárneho systému spojených s ChK;

3/ z potreby zintenzívniť implementáciu najnovších diagnostických algoritmov a liečebných stratégií vychádzajúcich z medicíny založenej na dôkazoch a medzinárodne akceptovaných medicínskych odporúčaní do medicínskej praxe na Slovensku.

5 Prevencia

Efektívnym využitím preventívnych prístupov je možné významne znížiť výskyt odvrátiteľných ochorení. Základom prevencie a liečby u pacientov s ChK je úprava, redukcia a optimálne eliminácia rizikových faktorov (RF), predovšetkým zanechanie fajčenia, zmena životného štýlu, včasná identifikácia príčiny/príčin ChK, efektívna diferenciálna diagnostika, správne stanovenie diagnózy a začatie liečby, ak je potrebná, v súlade s aktuálne dostupnými postupmi na základe medicíny založenej na dôkazoch (EBM – evidence based medicine).

5.1. Primárna prevencia pri výskyte chronického kašľa

Jej cieľom je zabrániť vzniku ochorení spojených s ChK redukciami, optimálne elimináciou RF, ktoré, ak sú u osoby prítomné, majú preukázateľný vplyv na vznik ChK. Ide napr. o zanechanie fajčenia alebo odstránenie noxy vyvolávajúcej ChK z pracovného alebo domáceho prostredia a podobne. Súčasťou primárnej prevencie je očkovanie proti prenosným chorobám, v prípade ChK predovšetkým proti chrípke, pneumokokom a tuberkulóze.

5.2. Sekundárna prevencia pri výskyte chronického kašľa

Cieľom sekundárnej prevencie je včasné zachytenie a terapeutické ovplyvnenie ochorení, ktoré spôsobujú ChK tak, aby sa predišlo progresii ochorenia a jeho komplikáciám. Osobitným typom sekundárnej prevencie je skríning. Skríning ochorení spojených s ChK je možné uplatniť pri vyhľadávaní závažných ochorení dýchacieho systému, napr. chronickej obštrukčnej choroby pľúc, bronchiálnej astmy, karcinómu pľúc. Základnými nástrojmi sekundárnej prevencie ChK sú úprava životného štýlu a individualizovaná nefarmakologická a farmakologická terapia v súlade s EBM.

5.3. Terciárna prevencia pri výskyte chronického kašľa

Jej cieľom je predchádzanie vzniku komplikácií ochorení spojených s ChK. Zároveň je cieľom zabrániť akútnym exacerbáciám základného ochorenia, ak je spojené s ChK, a udržať maximálne dosiahnuteľnú kvalitu života pacienta. Okrem úpravy životného štýlu a individualizovanej nefarmakologickej a farmakologickej liečby využíva aj ďalšie spôsoby terapie, napr. kúpeľnú liečbu.

6 Epidemiológia

Najčastejšou príčinou návštevy ambulancií poskytovateľov zdravotnej starostlivosti so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a v špecializačnom odbore pneumológia a fizeológia pacientmi je vyšetrenie pre kašeľ, pričom tvorí 10-38% všetkých vyšetrených pacientov. Kašeľ nie je ochorením, ale symptómom s rôznou etiológiou. Najčastejšie sa štatisticky vôbec neeviduje, ak je však súčasťou klinického obrazu konkrétneho už diagnostikovaného ochorenia s priradenou diagnózou, štatisticky sa zaznamenáva diagnóza základného ochorenia. Správna diferenciálna diagnostika a stanovenie konečnej diagnózy má výrazný vplyv na včasné určenie ochorenia súvisiaceho s kašľom a odhalenia závažných infekčných aj neinfekčných ochorení.

7 Patofyziológia

Kašeľ je vagálny reflex evokovaný aferenciou stimulov prenášaných n. vagus, ktorého receptívne oblasti sú v laryngu, veľkých dýchacích cestách, pravdepodobne aj v alveolárnych septách a pľúcnom parenchýme a tiež vo faryngu, ezofagu a v uchu. Noxy, ktoré vyvolávajú kašeľ, sú detegované receptormi a iónovými kanálmi v sliznici dýchacích ciest. Aferentné axóny vedú informáciu o stimule

do mozgového kmeňa. Kortex moduluje kašľový reflex, pričom u žien mu prináleží väčšia area príslušnej somatosenzorickej časti. Kašeľ môže byť spôsobený excesívnou stimuláciou fyziologického kašľového reflexu, napr. pri inhalačnej traume alebo aspirácii cudzieho telesa. Častejšie však ide o hypersenzitivitu kašľového reflexu u pacientov reagujúcich už na nízku úroveň termálnej, chemickej alebo mechanickej stimulácie. Kašeľ je čiastočne ovplyvnený vôľou a zúčastňujú sa na ňom aj svaly v oblasti hrudníka a brucha.

8 Klasifikácia

Kašeľ je klasifikovaný na základe viacerých kritérií. Sú to predovšetkým dĺžka trvania a tvorba sekrétu. Dôležitým klasifikačným parametrom je aj skutočnosť, či je kašeľ spôsobený príčinou pochádzajúcou z dýchacích ciest alebo mimo nich.

Klasifikácia kašľa a jeho charakteristiky:

8.1. Dĺžka trvania

Pre potreby tohto ŠDTP sa za ChK považuje kašeľ trvajúci dlhšie ako 8 týždňov.

a) Akútny kašeľ

Trvá priemerne 3 týždne. Je spôsobený akútnym infekčným alebo neinfekčným agens. Najčastejšie sú to akútne vírusové alebo baktériové infekcie horných a dolných dýchacích ciest, prechladnutie alebo kašeľ spôsobený krátkodobou expozíciou externej noxe (dráždivé prchavé látky, prach, zadymenie a pod.). Môže tiež ísť o iné závažné ochorenia, napr. embolizáciu pulmonálnych artérií, kardiálne zlyhanie alebo vdýchnutie cudzieho telesa.

b) Chronický kašeľ

Jeho trvanie je podľa tohto ŠDTP viac ako 8 týždňov. Príčinami môžu byť infekčné ochorenia horných a/alebo dolných dýchacích ciest, ale aj choroby iných orgánových systémov. Osobitne treba upozorniť na ChK vyvolaný mykoplazmovými a chlamýdióvymi infekciami dýchacích ciest, po prekonaní infekcie SARS-CoV-2 (COVID-19) alebo iný postinfekčný kašeľ vyvolaný hyperreaktivitou bronchiálneho stromu. Manažment pacientov s ChK je odlišný v prípade, ak je vyvolaný kardiovaskulárnymi príčinami (napr. kardiálne zlyhávanie, stav po prekonaných komplikovaných vírusových zápaloch srdcového svalu a pod.), príčinami pochádzajúcimi z gastrointestinálneho traktu (napr. gastroezofageálny reflux, zvýšená produkcia žalúdočnej šťavy a pod.), postihnutím sliznice horných dýchacích ciest hormonálnymi alebo nehormonálnymi zmenami (napr. pharyngitis sicca a pod.) alebo trvalej a pravidelnej expozícii osoby externými noxami vyvolávajúcimi kašeľ (napr. fajčenie, práca v prašnom prostredí alebo s prchavými látkami a pod.). Príčinou tiež môže byť užívanie niektorých účinných látok v rámci chronickej medikácie, napr. inhibítorov angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACE-i).

c) Záchvatový kašeľ

Ide o kašeľ, ktorý prichádza v záchvatoch, vo „vlnách“ a často je viazaný na prítomnosť spúšťáča alebo provokujúceho faktora. Nesúvisí s cirkadiánnym rytmom a zvyčajne po odstránení vyvolávajúcej príčiny a adekvátnej liečbe do niekoľkých dní alebo týždňov vymizne.

8.2. Kašeľ s produkciou alebo bez produkcie sekrétu

Najčastejšie má kašeľ v jednotlivých fázach ochorenia, ktoré sprevádza, rôzny charakter, pričom jednotlivé štádiá sa môžu meniť aj prelínať.

a) Suchý dráždivý kašeľ

Pri kašli nie je vykašliavané spútum, kašeľ je suchý, dráždivý, často spojený s bolesťami na hrudníku a vyčerpanosťou. Najčastejšie je spôsobený iritáciou obnažených intraepitelových nervových zakončení. Sprevádza najčastejšie vírusmi vyvolané infekcie horných dýchacích ciest, alergické prejavy spojené s alergiou na peľ, roztoče, neraz aj potraviny. Môže tiež ísť o aspirované cudzie teleso, ale aj

o príznak onkologického ochorenia v oblasti dýchacích ciest (trachea, priedušky, pľúca), prípadne metastázy onkologického ochorenia nachádzajúceho sa mimo dýchacieho systému.

b) Produktívny kašeľ

Pri produktívnom kašli pacient vykašľáva hlienové, hlienovo-hnisavé alebo hnisavé spútum, ktoré je spôsobené patologickou hypersekréciou v oblasti dýchacích ciest. Súčasťou spúta môže byť aj prímies krvi.

8.3. Základné fenotypy chronického kašľa

a) Astmatický kašeľ/kašeľ pri eozinofilovej bronchitíde

Je asociovaný s bronchiálnou astmou, bronchiálnou hyperreaktivitou alebo eozinofilovou bronchitídou.

b) Refluxný kašeľ

Vyskytuje sa pri gastroezofageálnom refluxe (GERD), ezofago-faryngeálnom refluxe a ezofageálnej dysmotilite.

c) Post nasal drip syndrome alebo upper airways cough syndrome

Súvisí so zatekaním hlienov, rinosinuitídou a rinitídou

d) Iatrogénne vyvolaný kašeľ

Vyskytuje sa zhruba u 15% pacientov užívajúcich ACE-i. Môže sa vyskytovať aj u pacientov užívajúcich blokátory kalciového kanála alebo bisfosfonáty v prípade, že zhoršujú už existujúci GERD. Vybrané prostanoidové očné kvapky používané na liečbu glaukómu po zostupe slznými kanálkami tiež môžu vyvolávať kašeľ podráždením faryngu.

e) Chronický refraktérny kašeľ

Vyskytuje sa u pacientov, u ktorých kašeľ pretrváva po komplexnej diagnostike a liečbe kašľa podľa odporúčaní pravdepodobne na neurofyziologickom podklade.


f) Chronický kašeľ sprevádzajúci iné ochoreniach

Kašeľ vyskytujúci sa pri chronických ochoreniach dýchacieho systému, napr. pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc (CHOCHP), cystickej fibróze, intersticiálnych procesoch, karcinóme pľúc.

9 Klinický obraz

Kašeľ je jedným z najčastejších symptómov, ktoré sú príčinou vyšetrenia pacienta lekárom predovšetkým v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Najdôležitejšie je odlíšiť akútny a ChK a čo najskôr zistiť jeho príčinu. Kašeľ je vždy dôvodom na dôkladné vyšetrenie pacienta. Pri akútnom kašli je klinický obraz takmer vždy spojený priamo s vyvolávajúcim faktorom infekčnej alebo neinfekčnej etiológie. Pacient má okrem kašľa často pocit nedostatku vzduchu a vyčerpanosti, diskomfort na hrudníku, pri infekcii dýchacích ciest sú súčasťou klinického obrazu aj nádcha, horúčka, bolesti svalov, hlavy a potenie. Pri ChK často nie je klinický obraz jednoznačný. Kašeľ môže byť suchý, s produkciou spúta, záchvatový alebo môže v sebe spájať všetky uvedené charakteristiky. Pacient sa môže sťažovať na pocit „zatekania“ do nosohltanu, chronickú sekréciu z nosa, pocit cudzieho telesa v hrdle alebo „suché hrdlo“, chrapot alebo sipot. Alarmujúcim príznakom je prítomnosť krvi v spúte alebo vykašľávanie krvi. Pri fyzikálnom vyšetrení môžu byť prítomné rôzne respiračné fenomény od diskretných až po závažné – predĺžené inšpírium alebo expírium, vrzgoty, piskoty, chrôpky. Kašeľ, predovšetkým ChK, môžu sprevádzať komplikácie prejavujúce sa v oblasti rôznych orgánových systémov. Najčastejšie komplikácie kašľa sú uvedené v Tabuľke 3.

Tabuľka 3 Najčastejšie komplikácie kašľa

|  Najčastejšie komplikácie kašľa | |
|---|---|
| Respiračné komplikácie | pneumotorax, pneumomediastinum, subkutánný emfyzém, emfyzém pľúc |
| Kardiovaskulárne komplikácie | arytmie, ruptúra cievnej steny s krvácaním |
| Muskuloskeletálne komplikácie | fraktúry rebier, bolesti svalov hrudníka a/alebo brucha |
| Neurologické komplikácie | bolesti hlavy, synkopa, vertigo |
| Psychologické/psychiatrické komplikácie | nervozita, depresie, poruchy spánku, anxieta, sociálna deprivácia |
| Urologické komplikácie | inkontinencia |

10 Diagnostika

Diagnostika ChK musí byť odborne správna, založená na EBM, časovo a nákladovo efektívna. Vzhľadom na jej náročnosť pri vykonávaní diferenciálnej diagnostiky je nevyhnutné postupovať systematicky.

10.1. Anamnéza

Je základným nástrojom na komplexný a správny diagnostický a terapeutický postup. Je potrebné pacienta alebo jeho blízkych pýtať sa na okolnosti vzniku kašľa, či mu predchádzalo infekčné ochorenie, či existujú vyvolávajúce, resp. provokujúce faktory. Zásadné je zistiť dĺžku trvania, prípadnú väzbu kašľa na dennú alebo nočnú dobu, telesnú aktivitu, prijímanie potravy alebo jeho sezónny výskyt. Dôležitá je charakteristika ChK – či ide o suchý, produktívny, záchvatový kašeľ. V prípade existencie spúta sú dôležité údaje o jeho konzistencii a prípadných prímiesiach. Je potrebné overiť si, či vzniku kašľa nepredchádzal úraz alebo operačný zákrok tváre alebo hrudníka, či pacient nemá pocit „zatekania hlienov“, „plného nosa“ alebo zmeny/straty čuchu. Zásadné sú informácie o refluxe, chrápaní alebo spánku s otvorenými ústami. Cielene je potrebné sa pýtať na fajčenie tabaku, používanie tabaku iným spôsobom (žutie, snuff), vaping. Dôležité sú informácie o pracovných podmienkach a sociálnom prostredí, predovšetkým informácie o bývaní, koníčkoch, aktivitách vo voľnom čase a súvisiacich činnostiach. Podstatné sú informácie o chove spoločenských alebo hospodárskych zvierat doma alebo na pracovisku. Je nevyhnutné získať údaje o kontakte pacienta s prachom, chemickými látkami a prostriedkami na ošetrovanie rôznych typov výrobkov (poľnohospodárstvo, strojársky priemysel a pod.) nielen v pracovnom, ale aj v domácom prostredí, napr. aj používanie parfémov, farieb na vlasy, rozpúšťadiel, lakov a pod. Pacienta sa vždy treba pýtať na možné už liečené komorbidity, predovšetkým ochorenia kardiovaskulárneho a gastrointestinálneho systému, poruchy imunity a . Rovnako dôležité sú o chronicky užívaných liekoch, napr. ACE-i, blokátory kalciového kanála, bifosfonáty a podobne.

10.2. Fyzikálne vyšetrenie

Na vyšetrenie sa používajú štandardné vyšetrovacie metódy, a to aspexia, auskultácia, palpácia, poklop. Pri iniciálnom vyšetrení pacienta je z dôvodu efektívne vykonanej diferenciálnej diagnostiky nevyhnutné postupovať systematicky. Je potrebné vykonať základné fyzikálne vyšetrenie dostupných oblastí horných a dolných dýchacích ciest so zameraním sa na nos, prínosové dutiny, ústnu dutinu, larynx, krk vrátane palpačného vyšetrenia štítnej žľazy a lymfatických uzlín na krku, záhlaví, supraklavikulárne a infraklavikulárne a kompletne fyzikálne vyšetriť hrudník.

10.3. Laboratórne vyšetrenie

Pri ChK je zásadné odlišenie infekčnej a neinfekčnej etiológie. Z uvedeného dôvodu je už pri iniciálnom vyšetrení u pacienta s ChK nevyhnutné vykonať súbor vyšetrení, ktoré majú rozhodujúci význam v diferenciálnej diagnostike novozisteného ChK. Významné sú aj pri kontrolných vyšetreniach u pacientov s ChK, ktorí sú už trvale sledovaní a liečení pre základné chronické ochorenie, ktorého jedným zo symptómov je aj ChK, napr. bronchiálna astma, chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) a podobne. Výsledky vyšetrení sú dôležité pre monitorovanie stavu pacienta, včasnú identifikáciu akútnej exacerbácie chronického ochorenia, resp. stanovenie diagnózy iného ochorenia, pričom príznaky viacerých ochorení sa môžu prekrývať, napr. karcinóm pľúc, tuberkulóza, CHOCHP a podobne. Minimálny rozsah vyšetrení u pacienta s ChK ako súčasť iniciálneho a kontrolného vyšetrenia je uvedený v Tabuľke 4 a Tabuľke 5. Ide o **minimálny rozsah vyšetrení, ktorý môže vyšetrujúci indikujúci lekár doplniť a rozšíriť o ďalšie vyšetrenia**, ktorých obsah a rozsah stanoví na základe anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia pacienta. Indikáciu, obsah a rozsah vyšetrení indikujúci lekár uvedie do zdravotnej dokumentácie a záznam vloží do elektronickej zdravotnej knižky pacienta v súlade s platnou legislatívou.

10.4. Vyšetrenie spúta

U pacienta s produktívnym ChK je dôležité vyšetrenie spúta. V rámci diferenciálnej diagnostiky je možné spútom vyšetriť kultivačne, cytologicky a imunologicky. Ďalší postup zvolí indikujúci lekár podľa výsledku uvedeného vyšetrenia (napr. antibiotická liečba, ďalšie dodiagnostikovanie a pod.)

10.5. RTG hrudníka

Röntgenové vyšetrenie (RTG) hrudníka sa má vykonať u každého pacienta s ChK a u pacientov so závažnými príznakmi sprevádzajúcimi akútny kašeľ. Po konzultácii s rádiodiagnostickým pracoviskom je RTG hrudníka v indikovaných prípadoch pri akútnom alebo ChK a pri rešpektovaní bezpečnostných opatrení na ochranu matky a plodu možné vykonať aj u gravidných žien. (2) RTG hrudníka má zásadný význam pri iniciálnom aj kontrolnom vyšetrení u pacientov so zápalovými procesmi predovšetkým v pľúcnom parenchýme. Môže pomôcť pri diagnostike a diferenciálnej diagnostike pleurálneho výpotku, prítomnosti cudzieho telesa v dýchacích cestách, bronchiektáziách, kavernách a rozpadovom procese pľúcneho tkaniva. RTG hrudníka je základným diferenciálno-diagnostickým a diagnostickým nástrojom pri iniciálnom aj kontrolných vyšetreniach u pacientov s bronchiálnou astmou, CHOCHP a karcinómom pľúc.

10.6. CT, HRCT, MRI a ultrazvukové vyšetrenie hrudníka

Vyšetrenia počítačovou tomografiou (CT), počítačovou tomografiou s vysokou rozlišovacou schopnosťou (HRCT) a magnetickou rezonanciou (MRI) majú vysokú pridanú hodnotu pri diagnostike a diferenciálnej diagnostike pôvodne nejednoznačných nálezov a v diagnostike infiltratívnych procesov v pľúcnom parenchýme. Ultrazvukové vyšetrenie hrudníka vrátane Point-of-Care-Ultrasound (POCUS) je diagnosticky prínosným vyšetrením pre svoju neinvazívnosť, rýchlosť a využíva sa na rýchlu diferenciálnu diagnostiku kašľa v ambulantných podmienkach. HRCT je vhodná predovšetkým na diagnostiku difúzných pneumopatií a k topickému zameraniu pri invazívnych diagnostických postupoch. Nízкодávková počítačová tomografia (LDCT) je prínosná v diagnostike a skríningu karcinómu pľúc v rizikových skupinách obyvateľstva. V súčasnosti sa pri skríningu karcinómu pľúc v krajinách Európskej únie nastavujú optimálne procesy, aby sa diagnostika a vykonávanie skríningu maximálne zefektívnilo a aby sa zároveň zredukovala zbytočná tzv. „diagnostika navyše“ (*angl. overdiagnosis*). Je potrebné určiť viaceré parametre, ktoré definujú nielen skupiny vyšetruvaných osôb podrobujúcich sa skríningu karcinómu pľúc, ale aj optimálne intervaly vyšetrení a tiež treba brať do

úvahy psychosociálne konzekvencie súvisiace s falošne pozitívnymi výsledkami a tzv. „diagnostikou navyše“. Vzhľadom na úlohu fajčenia ako závažného RF pri vzniku nielen karcinómu pľúc, ale aj pri ďalších ochoreniach dýchacích ciest a kardiovaskulárneho systému, sa uvedeným zobrazovacím vyšetreniam najčastejšie podrobujú pacienti s pozitívnou anamnézou fajčenia.

10.7. Funkčné vyšetrenie pľúc

Ide o veľmi dôležitý súbor diferenciálno-diagnostických a diagnostických metód pri ChK, ktoré umožňujú nielen stanovenie presnej diagnózy, ale aj kontrolu pacientov s chronickými ochoreniami dýchacích orgánov. Prostredníctvom nich je možné upresniť, či ide o obštrukčný alebo reštrikčný typ pľúcneho ochorenia a stanoviť jeho stupeň a závažnosť. Bronchodilatačné testy a preukázanie bronchiálnej hyperreaktivity sú mimoriadne dôležité pri diagnostike ochorení dýchacích ciest na alergickom podklade spojených s ChK. V prípade podozrenia na prítomnosť intersticiálneho pľúcneho procesu je diagnosticky dôležité vykonať vyšetrenie difúznej pľúcnej kapacity.

10.8. Bronchoskopia

Bronchoskopia a s ňou spojená bronchoalveolárna laváž sa využívajú predovšetkým na diagnostiku bronchiálnej obštrukcie neraz na podklade malígneho ochorenia. Príčinou obštrukcie môže byť aj infekčné ochorenie alebo cudzie teleso. Bronchoskopia by sa mala vykonať vždy, ak ostatnými metódami nie je možné zistiť príčinu symptómov spojených s ochorením dýchacích ciest vrátane ChK.

10.9. Otorinolaryngologické vyšetrenie

V prípade ChK je dôležité vyšetrenia nosa, prínosových dutín, tvrdého a mäkkého podnebia a laryngu. Ak je príčinou ChK „zatekanie“ hlienu z nasofaryngu, je vhodné vykonať aj alergologické a imunologické vyšetrenie.

10.10. Alergologické a imunologické vyšetrenie

ChK má často alergickú etiológiu. Pri vysokej prevalencii alergických ochorení dýchacieho systému na podklade alergie na peľ, prach, roztoče, ale aj kombinovaných alergických ochorení v populácii vrátane rôznych typov intolerancií, napr. kombinácia príznakov z oblasti dýchacieho systému, dermatológie a gastroenterológie, je potrebné pátrať aj po možnej alergickej etiológii ChK.

10.11. Gastroenterologické vyšetrenie

Najčastejším vyvolávajúcim faktorom ChK z oblasti gastrointestinálneho traktu (GIT) je gastroezofageálny reflux (GERD). U pacienta s podozrením na GERD sa odporúča vykonať gastrofibroskopické vyšetrenie a v prípade pozitívneho výsledku vyšetrenia nastaviť pacienta na individualizovanú liečbu. V oblasti GIT môže byť príčinou ChK aj výrazná hiátová hernia, pričom v tomto prípade je najvhodnejšie čo najskôr požiadať o konzultáciu chirurga a v indikovaných prípadoch pristúpiť k operačnému riešeniu, po ktorom ChK takmer vždy vymizne.

10.12. Kardiologické vyšetrenie vrátane echokardiografie

ChK spoločne s dypnoe je pomerne častým príznakom u pacientov s chronickým kardiálnym zlyhávaním. V takomto prípade je dôležité pravidelné sledovanie pacienta kardiológom vrátane vykonania echokardiografického vyšetrenia a komplexný manažment základného ochorenia pacienta. V rámci diferenciálnej diagnostiky porúch rytmu sa odporúča vykonanie dlhodobého snímania elektrokardiografického záznamu (Holterov monitoring). ChK je sprievodným symptómom pri viacerých ochoreniach kardiovaskulárneho systému, preto je zásadná správna diagnostika a liečba základného ochorenia, pričom na zmiernenie ChK sa využíva symptomatická terapia.

10.13. Psychologické, prípadne psychiatrické vyšetrenie

U pacientov, u ktorých nebola preukázaná somatická príčina ChK, je potrebné uvažovať aj o psychicky podmienenom kašli. V prípade ChK neorganickej etiológie sa rozlišuje idiopatický, habituálny a psychogénny kašeľ. Určenie diagnózy psychicky podmieneného ChK vyžaduje komplexný prístup a predovšetkým vylúčenie organického pôvodu ChK. V uvedenom prípade je potrebná konzultácia psychológom, prípadne psychiatrom.

INICIÁLNE VYŠETRENIE PACIENTA S CHRONICKÝM KAŠĽOM

Iniciálne vyšetrenie pacienta s ChK je vyšetrenie, ktoré sa vykonáva u pacienta, u ktorého etiológia ChK nie je známa a zároveň pacient nie je sledovaný a liečený na základné ochorenie spojené s ChK bez ohľadu na etiológiu, napr. ochorenie GIT, kardiovaskulárne ochorenie a podobne. Po prvom zistení alebo vyslovení podozrenia na prítomnosť ChK kompetentný zdravotnícky pracovník vykoná iniciálne vyšetrenie pacienta podľa tohto ŠDTP.


Účelom iniciálneho vyšetrenia zameraného na ChK je vykonať základnú diferenciálnu diagnostiku príčiny/príčin ChK. Základný obsah iniciálneho vyšetrenia u pacienta s ChK je uvedený v Tabuľke 4. Kompetentný zdravotnícky pracovník môže na základe vlastnej indikácie s ohľadom na anamnestické údaje, výsledok fyzikálneho vyšetrenia a klinického stavu pacienta a existujúcich výsledkov absolvovaných laboratórnych a pomocných vyšetrení pacienta **rozšíriť základný obsah iniciálneho vyšetrenia o ďalšie ním indikované vyšetrenia.** Dôvod indikácie a typ ďalších vyšetrení uvedie v zdravotnej dokumentácii pacienta a vloží ju do elektronickej zdravotnej knižky pacienta v systéme ezdravie.

Iniciálne vyšetrenie pacienta s ChK obsahuje anamnézu, fyzikálne vyšetrenie, indikáciu a kontrolu laboratórnych a pomocných vyšetrení a ich výsledkov, ak sú v čase vykonania iniciálneho vyšetrenia k dispozícii, indikáciu nefarmakologickej a farmakologickej liečby, ak je potrebná, a stanovenie termínu ďalšieho kontrolného vyšetrenia.

U pacientov už sledovaných a liečených pre základné ochorenie, ktorého súčasťou je ChK, napr. bronchiálna astma, CHOCHP, kardiálne zlyhávanie a podobne, sa iniciálne vyšetrenie ChK nevykonáva. Monitoring a diferenciálna diagnostika ChK sa u týchto pacientov vykonáva ako súčasť pravidelného kontrolného vyšetrenia základného ochorenia u príslušného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, na ktoré je pacient objednaný.

Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vykonanie **iniciálneho vyšetrenia pacienta s ChK podľa Tabuľky 4 tohto ŠDTP** lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo.

Tabuľka 4

|  Základný obsah iniciálneho vyšetrenia pacienta s chronickým kašľom |
|---|
| <p>1. Anamnéza zameraná na prítomnosť RF a klinických príznakov ChK:</p> <p>a) <i>fajčenie so zameraním aj na alternatívne, inovatívne spôsoby užívania nikotínu alebo pasívne fajčenie,</i></p> <p>b) <i>prekonané a aktuálne (liečené aj neliečené) infekcie dýchacích ciest za posledných 12 mesiacov – nosové polypy, sinusitída, faryngitída, tonzilitída, laryngitída, bronchitída, pneumónia, tuberkulóza a pod.,</i></p> <p>c) <i>charakteristika ChK – suchý alebo vlhký, záchvatový, väzba ChK na telesnú aktivitu alebo jeho výskyt aj v pokoji, väzba na denné alebo nočné hodiny, jeho trvanie (dni, týždne, mesiace), typ vykašliavaného spúta,</i></p> <p>d) <i>aktuálne komorbidity – deformity hrudníka, ischemická choroba srdca, kardiálne zlyhávanie, ochorenia dýchacích ciest na podklade alergie (pele, roztoče, prach, tzv. farmárske pľúca a pod.), potravinová intolerancia alebo alergia, ochorenia gastrointestinálneho systému, obezita, stavy po úrazoch alebo operáciách hrudníka alebo brucha a pod.,</i></p> <p>e) <i>kompletná aktuálna medikácia – osobitný zreteľ na ACE-i, antibiotiká, expektoranciá, mukolytiká, bronchodilatanciá a pod.,</i></p> <p>f) <i>aktuálny stav očkovania - proti chrípke, pneumokokovým infekciám, pertussis a pod.,</i></p> <p>g) <i>pracovná anamnéza – osobitná pozornosť práci v prašnom prostredí, s farbami, rozpúšťadlami, riedidlami, v zdravotníckom zariadení, v prostredí vylúčených komunit a pod.,</i></p> <p>h) <i>sociálna anamnéza, domáce prostredie a hobby – podmienky bývania (vlhkosť, vetranie, vykurovanie), chovanie domácich alebo hospodárskych zvierat, šport (typ športu, interiér-exteriér),</i></p> <p>i) <i>pobyt v cudzine za posledných 12 mesiacov – miesto a jeho podmienky,</i></p> <p>j) <i>rodinná anamnéza – zameranie sa na chronické ochorenia dýchacích ciest a kardio-vaskulárne ochorenia,</i></p> <p>k) <i>alergia a intolerancia na lieky a potraviny.</i></p> |
| <p>2. Fyzikálne vyšetrenie:</p> <p>2.1 Odmeranie výšky a hmotnosti pacienta, tlaku krvi, pulzovej frekvencie, dychovej frekvencie, telesnej teploty, vyšetrenie saturácie kyslíkom pomocou oxymetra,</p> <p>2.2 Vyšetrenie:</p> <p>a) ústna dutina vrátane jazyka, tonzíl – aspexia,</p> <p>b) krk vrátane lymfatických uzlín a štítnej žľazy – aspexia, palpácia,</p> <p>c) skelet hrudníka vrátane posúdenia jeho symetrie, srdce, pľúca – aspexia, palpácia, auskultácia, poklop,</p> <p>d) brucho – aspexia, palpácia, poklop,</p> <p>e) dolné končatiny – symetria, aspexia, palpácia.</p> |
| <p>3. Indikácia laboratórných vyšetrení. Pokiaľ sú u pacienta k dispozícii výsledky laboratórných vyšetrení nie starších ako 14 dní a sú vo fyziologickom rozmedzí, nie je potrebné ich opakovať. Indikujúci lekár môže indikovať laboratórne vyšetrenia aj nad rámec vyšetrení uvedených v Tabuľke 4 v závislosti od anamnesticky zistených údajov a klinického stavu pacienta – ich rozsah a indikáciu uvedie v zdravotnej dokumentácii a elektronickej knižke pacienta.</p> <p>Laboratórne vyšetrenia v rámci základnej diferenciálnej diagnostiky ChK:</p> <p>a) hematologické vyšetrenie: krvný obraz s diferenciálnym rozpočtom,</p> <p>b) biochemické vyšetrenie: glykémia, kreatinín, ALT, Na, K, CRP,</p> <p>c) spútum: mikrobiologické, kultivačné vyšetrenie,</p> <p>d) iné indikované laboratórne vyšetrenia na základe zistených anamnestických údajov a klinického stavu pacienta.</p> |
| <p>4. Pomocné vyšetrenia:</p> <p>a) 12-zvodové elektrokardiografické vyšetrenie (EKG) a jeho popis,</p> <p>b) RTG hrudníka,</p> <p>d) iné pomocné vyšetrenia na základe zistených anamnestických údajov a klinického stavu pacienta.</p> |
| <p>5. Analýza a vyhodnotenie výsledkov dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, ktoré pacient už absolvoval pred iniciálnym vyšetrením.</p> |
| <p>6. Stanovenie nefarmakologickej a farmakologickej terapie, ak je potrebná.</p> |
| <p>7. Stanovenie termínu a obsahu plánovanej kontroly. Záznam do elektronickej knižky v zdravotnej dokumentácii v systéme ezdravie a informovaný súhlas pacienta.</p> |

Cieľom iníciaľného vyšetrenia pacienta s ChK je vykonať vstupné základné diferenciáľno – diagnostické vyšetrenie. Výsledky iníciaľného vyšetrenia sú dostupné v krátkom časovom intervale, najneskôr do 24 hodín, čo umožňuje rýchlu vstupnú diferenciáľno-diagnostickú analýzu a napľánovanie d'ľšieho postupu. Pacient, u ktorého bolo vykonané iníciaľne vyšetrenie, následne absolvuje v súľade so stanoveným dátumom kontrolné vyšetrenie podľa tohto ŠDTP. **Vyšetrujúci lekár môže rozšíriť iníciaľne vyšetrenie o d'ľšie parametre a vyšetrenia s prihľadnutím na aktuáľny zdravotný stav pacienta. Indikáciu zdôvodní v zdravotnej dokumentácii pacienta.**

KONTROLNÉ VYŠETRENIE PACIENTA S ChK


Kontrolné vyšetrenie pacienta s ChK je podľa tohto ŠDTP vyšetrenie pacienta s ChK, ktorý absolvoval iníciaľne vyšetrenie podľa tohto ŠDTP a mal napľánované kontrolné vyšetrenie.

Pokiaľ príčina ChK nie je iníciaľným vyšetrením identifikovaná, vyšetrujúci zdravotnícky pracovník so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore pátra na základe anamnestických údajov, klinického stavu pacienta a obdržaných laboratórných a pomocných vyšetrení po iných príčinách ChK prostredníctvom jedného alebo viacerých kontrolných vyšetrení.

Kompetentným zdravotníckym pracovníkom vykonávajúcim kontrolné vyšetrenie pacienta s ChK je lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pneumológia a ftizeológia. Kompetentný zdravotnícky pracovník vykonávajúci kontrolné vyšetrenie **zabezpečuje ním indikované konziliárne vyšetrenia vrátane kontroly ich výsledkov v súľade článkom 04 tohto ŠDTP.**

Kontrolné vyšetrenie obsahuje kontrolu klinického stavu pacienta a kontrolu výsledkov indikovaných laboratórných a pomocných vyšetrení. Na základe vyhodnotených výsledkov nasleduje v prípade identifikácie príčiny ChK individualizovaná terapia. Základná diferenciáľna diagnostika pri kontrolnom vyšetrení pacienta s ChK nadväzujúca na iníciaľne vyšetrenie je uvedená v Tabuľke 5.

Tabuľka 5

|  Základná diferenciálna diagnostika pri kontrolnom vyšetrení pacienta s chronickým kašľom | |
|--|---|
| ChK – príčina v dýchacích cestách a) hyperreaktivita bronchiálneho stromu po prekonaní akútnej infekcie dýchacích ciest b) chronická bronchitída, najčastejšie fajčiarska c) asthma bronchiale d) chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) e) onkologické ochorenie v oblasti dýchacích ciest vrátane vzdialených metastáz z iných orgánov f) iné ochorenie dýchacích ciest | Diagnostika a) laboratórne vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie b) zobrazovacie metódy (ultrazvukové vyšetrenie hrudníka vrátane POCUS, CT, HRCT, MRI) c) funkčné vyšetrenie pľúc d) bronchoskopia e) histologické vyšetrenie |
| Infekčné ochorenia – rozšírená diagnostika a) vírusová etiológia b) baktériová etiológia vrátane tuberkulózy c) pôvodcovia atypických infekcií | Diagnostika a) laboratórne vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie b) iné pomocné vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie |
| Príčiny vyvolané poruchou imunitného systému a) alergia na externé noxy b) asthma bronchiale na podklade poruchy imunitného systému c) iné ochorenia vyvolané poruchou imunitného systému | Diagnostika a) laboratórne vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie b) iné pomocné vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie |
| Kardiovaskulárne príčiny a) kardiálne zlyhávanie b) zápalové ochorenia myokardu c) pľúcna embolizácia d) iné ochorenia vyvolané poruchou kardiovaskulárneho systému | Diagnostika a) laboratórne vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie b) echokardiografické vyšetrenie c) iné pomocné vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie |
| Otorinolaryngologické (ORL) príčiny a) chronická faryngitída b) tzv. syndróm zatekania c) polypy d) iné ochorenia z oblasti ORL | Diagnostika a) laboratórne vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie b) fyzikálne vyšetrenie na základe predpokladanej etiológie c) pomocné vyšetrenia vrátane zobrazovacích na základe predpokladanej etiológie |
| Gastroenterologické príčiny a) gastroezofageálny reflux (GERD) b) hypersekrecia žalúdočnej šťavy c) alkalická refluxná ezofagitída d) iné ochorenia z oblasti GIT | Diagnostika a) laboratórne vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie b) gastrofibroskopické vyšetrenie c) ultrasonografické vyšetrenie brucha d) iné pomocné vyšetrenia na základe predpokladanej etiológie |
| Psychologické a psychiatrické príčiny a) idiopatický kašeľ b) habituálny kašeľ c) psychogénny kašeľ | Diagnostika a) vylúčenie somatickej etiológie ChK b) psychologické vyšetrenie c) psychiatrické vyšetrenie |

Pokiaľ je u pacienta s ChK indikované **konziliárne vyšetrenie**, vždy mu **predchádza iníciaľne somatické vyšetrenie** vrátane kontroly výsledkov indikovaných vyšetrení a vyhodnotenia ich výsledkov.

Súčasťou konziliárneho vyšetrenia je indikácia, kontrola a vyhodnotenie výsledkov indikovaných vyšetrení vrátane vystavenia odporúčaní na ďalšie konziliárne vyšetrenia podľa článku 04 tohto ŠDTP vyšetrujúcim zdravotníckym pracovníkom so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore.

Kontrolné vyšetrenie pacienta s ChK je indikované:

a) **u pacienta bez sledovaného základného chronického ochorenia a s novozisteným ChK** po obdržaní indikovaných vyšetrení za účelom ďalšieho manažmentu pacienta vrátane indikácie doplňujúcich laboratórnych a konziliárnych vyšetrení k diferenciálnej diagnostike ChK a/alebo ku kontrole, resp. zmene ordinovanej liečby,

b) **u pacienta s už diagnostikovaným chronickým základným ochorením spojeným s ChK**, ktorý je **už sledovaný pre základné ochorenie spojené s ChK** a u ktorého bola indikovaná farmakologická liečba, **kedykoľvek, najmenej 1x za kalendárny rok**. Vykonáva ho lekár so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore, ktorý pacienta sleduje a lieči na základné ochorenie, ktorého súčasťou je ChK.

Podľa klinického stavu pacienta je možné vykonávať kontrolné vyšetrenia pacienta častejšie, pričom obsah a rozsah kontrolného vyšetrenia stanoví lekár v príslušnom špecializačnom odbore. **Obsah, rozsah a frekvencia vyšetrení sa riadia aktuálnym klinickým stavom pacienta**. Indikácia, obsah, frekvencia a výsledky vyšetrení sú zaznamenané v elektronickej knižke pacienta v systéme ezdravie.

11 Liečba

11.1 Nefarmakologická podporná liečba chronického kašľa

11.1.1 Výluh, zápar a odvar z rastlín

V nefarmakologickej liečbe ChK sa využívajú zápary, odvary rastlín a výluhy alebo maceráty. Na tento účel je možné použiť rôzne časti rastlín, napr. kvety, listy, kôru a korene – najčastejšie používanými rastlinami v podpornej liečbe kašľa sú lipa, divozel, skorocel, materina dúška, podbel, fenikel, tymián, brečtan popínavý, lišajník islandský. Jednotlivé časti rastlín sa pripravujú rôznym spôsobom. *Zápar* je najčastejším spôsobom prípravy, časti rastlín (najčastejšie kvety a listy) sa zaparia - zalejú sa predpísaným množstvom horúcej vody a prikryté sa určitý čas nechajú lúhovať. *Odvar* sa pripravuje z častí rastlín, ktoré obsahujú ťažko rozpustné zložky. *Výluh alebo macerát* sa pripravuje rozdrvením a lúhovaním v studenej vode tých častí rastlín, ktoré obsahujú sliz, pretože horúca voda by ich znehodnotila.

11.1.2 Oxygenoterapia

Oxygenoterapia, t.j. aplikácia medicínskeho kyslíka, sa využíva ako účinný podporný prostriedok pri liečbe akútnych aj chronických ochorení dýchacieho systému, ale aj pri závažných chorobách kardiovaskulárneho systému. U chronických ochorení spojených s ChK (napr. CHOCHP) je možné využiť dlhodobú domácu oxygenoterapiu na zmiernenie príznakov hypoxie spojenej so základným ochorením.

11.1.3 Zvlhčovače vzduchu, čističe vzduchu so zvlhčovačom

Uľahčujú pacientovi dýchanie a majú vplyv aj na kvalitu spánku. Ich úlohou zvlhčiť vzduch, v prípade čističov aj prispieť k zníženiu počtu mikroorganizmov, prachových a peľových častíc vo vdychovanom vzduchu. Ich prostredníctvom je možné v interiéri dosiahnuť ideálnu vlhkosť vzduchu 45-65%.

11.1.4 Respiračná fyzioterapia

Cieľom respiračnej fyzioterapie (dychová rehabilitácia) pacienta je stabilizovať a zlepšovať kvalitu jeho života udržiavaním priechodnosti dýchacích ciest pod vedením fyzioterapeuta. Rozsah a formy fyzioterapie sa indikujú na základe aktuálneho zdravotného stavu pacienta, jeho veku a dostupných možností. Najčastejšie sa využíva u pacientov s chronickými ochoreniami dýchacích ciest spojenými s nadprodukciou hlienu alebo s produkciou hustého hlienu, napr. pri CHOCHP, bronchiektáziách, cystickej fibróze.

11.1.5 Psychoterapia

Jej úloha je zásadná pri odvykaní od fajčenia. Psychoterapia ako systematická, štruktúrovaná forma psychosociálnej intervencie je indikovaná v kombinácii s farmakoterapiou alebo bez farmakoterapie pri chronickom alebo recidivujúcom silnom stupni závislosti od nikotínu. Kognitívno-behaviorálny psychoterapeutický prístup je prvou voľbou u všetkých typov závislostí. Výber z palety iných psychoterapeutických metód závisí od ďalších diagnóz pacienta. Na rozdiel od krátkych intervencií je použitie psychoterapeutických metód časovo náročnejšie a vyžaduje viacero terapeutických konzultácií s kvalifikovaným lekárom/sestrou/logopédom/psychológom/liečebným pedagógom s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia.

11.2 Farmakologická liečba

ChK je symptómom, ktorý sprevádza iné ochorenia. Základným cieľom vyšetrení pacienta s ChK je zistenie príčiny a jej eliminácia, resp. jej kauzálna liečba. Do zistenia identifikácie príčiny ChK a/alebo v prípade zmiernenia ChK pri základných ochoreniach, ktoré sprevádza, sa používa symptomatická terapia. Ak ChK sprevádza iné základné ochorenie, má zásadnú úlohu správna diagnostika a liečba tohto ochorenia, ktorých výsledkom je redukcia až eliminácia kašľa.

11.2.1 Antibiotiká

Používajú sa v prípade potvrdenej infekčnej etiológie ochorenia spôsobenej baktériovou infekciou, ktoré vyvoláva u pacienta ChK. Optimálne je postupovať v súlade s výsledkami sérologického, kultivačného, mikrobiologického vyšetrenia a pri rešpektovaní minimálnej inhibičnej koncentrácie liečiva, na ktorú je vyvolávateľ infekčného ochorenia citlivý.

11.2.2 Expektoranciá

Rozdeľujeme ich na dve skupiny. *Mukolytiká* znižujú viskozitu bronchiálneho sekrétu a jeho skvapalnením uľahčujú vykašliavanie. Aktiváciou kmitania riasiniek epitelu v dýchacích cestách a stimuláciou povrchovo aktívnych látok v bronchiálnom strome a pľúcach sa efekt vykašliavania zintenzívňuje. Ich benefitom je minimum nežiadúcich účinkov. *Sekrétomotoriká* zvyšujú produkciu riedkeho sekrétu a stimulujú jeho transport orálnym smerom, čím uľahčujú čistenie dýchacích ciest.

Liečivo: *hydrochlorid ambroxolu*

Je najčastejšie používaným mukolytikom. Využíva sa na symptomatickú liečbu pri akútnych infekciách dýchacieho systému a pri chronických ochoreniach, akými sú napr. CHOCHP, cystická fibróza a bronchiektázie. Stimuluje tvorbu surfaktantu, ktorý uľahčuje vykašliavanie spúta. Zvyšuje bronchiálnu sekréciu, stimuluje riasinky dýchacieho epitelu, znižuje množstvo kyslíkových radikálov.

Má nepriamy protizápalový efekt, pretože aktivuje makrofágy. Výhodou je rôzna aplikačná forma a dobrá tolerancia s minimom nežiadúcich účinkov.

Liečivo: *guajfenezín*

Guajfenezín patrí do skupiny centrálnych myorelaxancií odvodených od propandiolu. Má expektoračné a čiastočne aj myorelaxačné účinky. Znižuje svalový tonus. Guajfenezín zvyšuje analgetický účinok paracetamolu a nesteroidných antiflogistík vrátane kyseliny acetylsalicylovej zvýšením rýchlosti ich absorpcie a celkovej biologickej dostupnosti v tele. Guajfenezín môže zvyšovať účinok liekov s tlmivým účinkom na centrálny nervový systém vrátane alkoholu alebo liekov ovplyvňujúcich napätie kostrového svalstva. Neodporúča sa jeho užívanie s liekmi tlmiacimi kašeľ. Účinok lieku sa zvyšuje liekmi s obsahom lítia a magnézia.

Liečivo: *bromhexinium-chlorid*

Je určený na sekretolytickú liečbu akútnych a chronických ochorení priedušiek a pľúc, ktorých sprievodným znakom je porušená tvorba hlienu a jeho transport. Pokiaľ konkrétny preparát s uvedeným liečivom obsahuje aj levomentol a mäťovú arómu, nesmie sa podávať pacientom s bronchiálnou astmou alebo s inými ochoreniami respiračného systému, ktorých príčinou je výrazná hypersenzitivita dýchacích ciest. Inhalácia kvapiek môže viesť k brochokonstrikcii.

Liečivo: *acetylcysteín*

Je indikovaný pri akútnych aj chronických ochoreniach dýchacích ciest, a to infekčného aj neinfekčného pôvodu. Znižuje viskozitu hlienu a znižuje kolonizáciu baktérií v bronchiálnom strome. Zvyšuje účinok niektorých antibiotík, napr. amoxicilínu.

Liečivo: *erdosteín*

Je to „pro-drug“ látka, ktorá sa stáva účinnou až po zmetabolizovaní v pečeni. Znižuje adhéziu baktérií v bronchiálnom strome, má protizápalový efekt.

11.2.3 Metylxantíny

Liečivá: *teofylín, aminofylín a pod.*

Teofylínové preparáty s riadeným uvoľňovaním sa používajú na krátkodobú aj dlhodobú liečbu u pacientov s ochoreniami, ktorých sprievodným príznakom je ChK. Vyžadujú titráciu dávky podľa vedľajších účinkov a plazmatickej hladiny. Majú menší bronchodilatačný účinok než parasymptolytiká a β 2-sympatikomimetiká. Podávajú sa perorálne (aminofylín možno podávať aj parenterálne), preto systémové vedľajšie účinky sú časté – sú to hlavne nauzea, vomitus, hnačky, bolesti hlavy, iritácia centrálného nervového systému, poruchy spánku, tremor, dysrytmie. Terapeutické rozpätie je úzke (5 – 15 ml/l), sérovú koncentráciu významne ovplyvňuje interakcia s inými liekmi, ako sú antikonvulzíva, rifampicín, okrem toho sérovú koncentráciu ovplyvňuje fajčenie, alkohol, horúčka a iné. U starších pacientov je potrebná zvýšená opatrnosť, pretože metabolizmus týchto liečiv je vo vyššom veku pomalší a môže dôjsť k predávkovaniu. Stimulačný účinok na centrálny nervový systém je výhodné využiť pri hypoventilačných stavoch, pretože pôsobia ako stimulancia respiračného centra. Táto vlastnosť je žiaduca pri oxygenoterapii pacientov s hyperkapniou, pretože ovplyvňuje nočnú desaturáciu. Teofylín a aminofylín redukujú pľúcnu vaskulárnu rezistenciu, znižujú tlak v arteria pulmonalis a koncový diastolický tlak v pravej komore. Zvyšuje sa ejekčná frakcia pravej komory. Nie je jasné, či hemodynamické účinky vznikajú v dôsledku zmiernenia príčin pľúcnej hypertenzie, alebo či ide o priamy vplyv na pľúcny cievny tonus a pozitívne inotropný účinok na myokard. Teofylíny môžu mať okrem bronchodilatačného účinku aj protizápalové alebo imunomodulačné účinky.

11.2.4 Antihistaminiká

Liečivá: *desloratadín, loratadín, cetirizín, levocetirizín, bilastín, azelastín, bisulepín a pod.*

Majú dôležitú úlohu v liečbe ochorení s ChK na podklade alergie, napr. u alergickej rinitídy alebo bronchiálnej astmy na alergickom podklade. Môžu sa kombinovať s inými liekmi podávanými na základné ochorenie, ktoré je vyvolané poruchou imunitného systému. Sú prínosné aj v prípade, že pacient má aj iné alergické prejavy, napr. atopický ekzém. Výhodou je široké spektrum prípravkov bez sedačného účinku. Naopak, v prípade porúch spánku z dôvodu kašľa je vhodné na noc využiť sedačný účinok niektorých antihistaminík s týmto pôsobením.

11.2.5 Systémovo používané kortikoidy

Liečivá: *dexametazón, prednison, metylprednisolon a pod.*

Systémovo podávané kortikoidy sa využívajú u pacientov s akcelerovaným poklesom pľúcnych funkcií pri akútnych závažných infekciách dýchacích ciest alebo pri akútnej exacerbácii chronických ochorení dýchacích ciest s prítomnosťou alebo bez prítomnosti ChK, napr. CHOCHP, bronchiálnej astme. Dávkovanie a dĺžka podávania sa riadia klinickým stavom pacienta, základným ochorením a minimalizáciou nežiadúcich účinkov. Dlhodobé systémové užívanie kortikoidov je spojené s množstvom nežiaducich účinkov, a preto, ak to klinický stav pacienta umožňuje, je preferované podávanie inhalačných kortikoidov.

11.2.6 Inhalačné glukokortikoidy

Liečivá: *beklometazón, budesonid, flutikazón a pod.*

Pacienti s klinicky významnou reverzibilitou po bronchodilatanciách môžu z dlhodobej inhalačnej glukokortikoterapie profitovať. Výrazne zlepšujú compliance pacienta, kvalitu jeho života a preukázateľne znižujú počet akútnych exacerbácií chronických ochorení dýchacieho systému. K lokálnym nežiaducim účinkom patrí orálna kandidóza, zachrípnutie alebo dysfónia. V ojedinelých prípadoch je možné pozorovať zvýšenú fragilitu kože a vznik katarakty. Odpoveď na liečbu je potrebné zhodnotiť spirometricky a meraním výkonnostného stavu kvality života alebo oboma spôsobmi. U pacientov so stredne ťažkým až ťažkým stupňom CHOCHP je potrebné prehodnocovať liečbu každých 3 – 6 mesiacov a pokračovať v liečbe pri objektivnom benefite.

11.2.7 Bronchodilatanciá

Mechanizmus ich účinku spočíva v udržiavaní priechodnosti dýchacích ciest počas expíria, v redukcii „air trappingu“ (jeho podstatou je retencia vzduchu v okrajových častiach pľúcneho parenchýmu v dôsledku čiastočnej obštrukcie dýchacích ciest, ktorá má ventilový charakter) a znižovaní dynamickej hyperinflácie. Používajú sa predovšetkým pri liečbe CHOCHP a uprednostňujú sa inhalačné formy, ktorými sa dosahuje vyššia lokálna koncentrácia účinnej látky, rýchly nástup účinku a minimum nežiadúcich účinkov. Ako inhalačné bronchodilatanciá sa používajú selektívne β_2 -sympatikomimetiká a anticholinergiká. Podľa rýchlosti nástupu účinku a jeho trvania sa rozdeľujú na krátkodobu a dlhodobu pôsobiace. Z perorálnych a parenterálnych liekov sa používajú hlavne metylxantíny. Najčastejším inhalačným systémom sú dávkované spreje z tlakových aplikátorov (pMDI) vo forme roztoku v hydrofluoroalkánoch (HFA), dychom aktivované aerosólové dávkovače (BAI), inhalátory na práškovú formu lieku (DPI) a nebulizátory. Používanie pMDI vyžaduje zručnosť na koordináciu aktivácie inhalátora v určitej fáze nádychu, a preto sú náročnejšie na správnu techniku inhalácie.

a) Inhalačné β_2 -sympatikomimetiká s krátkodobým účinkom (SABA – short acting β_2 -agonists)

Liečivá: *salbutamol, fenoterol, terbutalin a pod.*

Najčastejšie sa používajú ako „záchranná“ bronchodilatačná terapia (uvoľňovače, bronchodilatanciá). Tieto lieky sú charakteristické rýchlym nástupom účinku, a to už do 3 – 4 minút a efekt liečby trvá 4 – 5 hodín (úroveň dôkazu A). Salbutamol je k dispozícii v mnohých formách aj inhalačných systémoch,

prípadne sa môže podávať pomocou nebulizátora. Fenoterol je k dispozícii buď ako samostatný liek alebo veľmi často v kombinácii s ipratropiom. Liečba krátkodobými inhalačnými β_2 -sympatikomimetikami má menší výskyt nežiadúcich účinkov, predovšetkým kardiovaskulárnych komplikácií, tremoru a hypokaliémie oproti dlhodobým pôsobiacim liekom. Pravidelné podávanie však môže viesť k vzniku tolerancie.

b) Krátkodobo pôsobiace anticholinergiká (SAMA – short acting muscarinic antagonists)

Liečivo: *ipratropium-bromid*

Má pozitívny vplyv na zmiernenie bronchokonstrikcie a zníženie produkcie hlienu v submukózných žliazkach. Využíva sa na zmiernenie ChK počas akútnych infekcií dolných dýchacích ciest sprevádzaných bronchokonstrikciou, na zmiernenie tzv. postinfekčného kašľa, pri CHOCHP. Na pravidelné užívanie má pomerne široký diapazón individuálneho dávkovania 4 x 2 alebo 4 x 4 vdychy. Maximum účinku dosahuje 1,5 – 2 hodiny po inhalácii, klinicky významná bronchodilatácia pretrváva približne 6 hodín. Vedľajšie účinky sú zriedkavé, palpitácie a tremor sa neobjavujú. Ipratropium na rozdiel od β_2 -sympatikomimetík nevedie ani pri dlhodobom podávaní k vzniku tolerancie.

c) Dlhodobo pôsobiace anticholinergiká (LAMA – long acting muscarinic antagonists)

Liečivo: *tiotropium-bromid, aklidinium-bromid, glykopyronium bromidu, umeklidinium-bromid a pod.*

Ide o reverzibilného antagonistu muskarínových, t. j. M1 a M3 receptorov s dlhodobým účinkom, ktorý trvá minimálne 24 hodín, a preto stačí liek aplikovať iba raz denne. Blokáda M1 receptorov trvá 14,6 hodín a blokáda M3 receptorov 34,7 hodín (úroveň dôkazu A). Blokádou cholinergných receptorov je zabezpečený aj protizápalový účinok, nakoľko mediátor acetylcholínu pôsobí priamo na zvýšenie počtu neutrofilov. Znižuje hyperinfláciu pľúc, zlepšuje toleranciu fyzickej záťaže, znižuje počet exacerbácií a zlepšuje kvalitu života.

d) Dlhodobo pôsobiace β_2 -sympatikomimetiká (LABA – long acting β_2 -agonists)

Liečivá: *formoterol, salmeterol a pod.*

Dávkovanie 2-krát denne je efektívnejšie než podávanie 3 – 4-krát denne u krátkodobo pôsobiacich β_2 -sympatikomimetík a u pacienta je lepšia compliance. Formoterol má rýchly nástup účinku, t. j. do 5 minút od inhalácie 12 μg s maximálnym bronchodilatačným účinkom od 1 do 3 hodín po podaní. Salmeterol má relatívne pomalý nástup účinku, a to približne 30 – 40 minút od inhalácie dávky 50 μg s vrcholom bronchodilatačného účinku za 4,75 hodiny. Ich používaním sa zlepšujú pľúcne funkcie, a tým aj kvalita života a u pacientov s CHOCHP sa významne znižuje počet akútnych exacerbácií základného ochorenia.

e) Inhalačné β_2 -sympatikomimetiká s ultradlhodobým účinkom (U-LABA – ultra long acting β_2 -agonists)

Liečivo: *Indakaterol*

Obvyklá terapeutická dávka je 150 μg v jednej kapsule. Má rýchly nástup účinku do 5 minút po inhalácii s trvaním 24 hodín. Signifikantne zlepšuje inspiračnú kapacitu v pokoji aj počas fyzickej záťaže, t. j. redukuje statickú aj dynamickú pľúcnu hyperinfláciu. V porovnaní s LABA a LAMA indakaterol vykazuje lepší bronchodilatačný účinok, menšiu dýchavicu kvantifikovanú indexom TDI, znížený počet denných a nočných symptómov CHOCHP, dobrú znášanlivosť a bezpečnosť liečby.

11.2.8 Inhibítory fosfodiesterázy-4 (PDE4)

Liečivo: *roflumilast*

Liek je indikovaný na udržiavaciu liečbu stredne ťažkej a ťažkej CHOCHP u dospelých pacientov s anamnézou opakovaných exacerbácií ako prídavná liečba k bronchodilatačnej terapii. Má dokázaný výrazný protizápalový účinok, mierny bronchodilatačný a antialergický efekt. Zlepšuje pľúcne funkcie, významne znižuje počet exacerbácií aj u pacientov s ťažkou formou CHOCHP. U pacientov užívajúcich liečivo dlhšie ako jeden mesiac, je potrebná opatrnosť z dôvodu rizika vzniku suicidiálnych myšlienok.

11.2.9 Liečba závislosti od tabaku

Farmakoterapii závislosti na tabaku musí vždy predchádzať alebo ju sprevádzať psychosociálna intervencia, o čom je potrebné pacienta vhodne poučiť. Všetkým užívateľom nikotínu, ktorí sa pokúšajú prestať, má byť ponúknutá farmakoterapia. Výnimku môžu tvoriť pacienti zo špecifických skupín (napr. tehotné ženy, užívatelia bezdymových tabakových výrobkov, príležitostní fajčiari a adolescenti, pri ktorých nemáme dôkazy o účinnosti farmakoterapie). Farmakoterapia je vhodná najmä u tých pacientov so závislosťou od nikotínu, ktorí majú pri vysadení nikotínu výrazne nepríjemné abstinenčné príznaky, resp. sa im nedarí dosiahnuť alebo udržať si abstinenciu pri použití iba psychosociálnej intervencie. U pacientov s ťažkou závislosťou od nikotínu môžu byť efektívne nikotínové náhrady s vyššou dávkou nikotínu. K liekom s preukázanou účinnosťou v liečbe závislosti od nikotínu (tabaku) patria: lieky s obsahom účinnej látky nikotínu (úroveň dôkazu IIA) v podobe nikotínových náhrad, a to nikotínové náplaste, nikotínové žuvačky, pastilky, nikotínové inhalátory, nikotínové spreje, nikotínové tablety a agonisty nikotínových receptorov bez účinnej látky nikotínu (úroveň dôkazu IIB): vareniklín, cytizín. Ich spoločným pôsobením je zvládanie abstinenčných príznakov s klinickým cieľom dosiahnutia úplnej abstinencie od nikotínu, udržanie remisie a prevencia relapsu závislosti. Znižujú túžbu po nikotíne (fajčení tabaku) a zmiernujú abstinenčné príznaky. Výber vhodnej farmakoterapie ovplyvňuje individuálne posúdenie predpokladaných nežiaducich účinkov, cena lieku a finančná náročnosť, u žuvačiek aj prítomnosť zubnej náhrady.

12 Prognóza

ChK nie je ochorením, ale symptómom, ktorý sprevádza najčastejšie ochorenia dýchacieho alebo kardiovaskulárneho systému. Dôležitým krokom je čo najrýchlejšia identifikácia a eliminácia RF, pričom osobitnú pozornosť treba venovať zanechaniu fajčenia a redukcii RF v domácom a pracovnom prostredí. Pokiaľ je ChK spojený s chronickým ochorením, pri ktorom je predpoklad, že nie je možné jeho úplné vyliečenie (CHOCHP, bronchiálna astma a pod.), je nevyhnutné poučiť pacienta o správnom životnom štýle, využívaní vhodnej nefarmakologickej a dodržiavaní ordinovanej farmakologickej liečby a tiež o nástrojoch príslušnej prevencie exacerbácie chronického ochorenia spojeného s ChK. Pri včasnej diagnostike, dobrej compliance pacienta, správnej liečbe a správnom komplexnom manažmente pacienta je možné komplikáciám cieľových orgánov, ktoré môže chronické ochorenie spôsobiť, zabrániť.

13 Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

Komplikácie spôsobené ochoreniami spojenými s ChK spôsobujú podľa typu postihnutého cieľového orgánu a jeho závažnosti obmedzenie spôsobilosti na prácu, napr. prácu s chemickými látkami, v prašnom prostredí v prostredí s inými RF. Neposudzuje sa ChK, ale spôsobilosť na prácu spojená so základným ochorením. Spôsobilosť na prácu sa posudzuje v rámci **pracovnej zdravotnej služby** stanovenej aktuálne platnou legislatívou.

V prípade dlhodobého nepriaznivého zdravotného stavu spôsobeného komplikáciami základného ochorenia spojeného s ChK s postihnutím cieľových orgánov sa posudzuje **miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť**. Pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa **posudzuje porovnaním telesnej, duševnej a zmyslovej schopnosti osoby s dlhodobým nepriaznivým zdravotným stavom s porovnaním telesnej, duševnej a zmyslovej schopnosti zdravej fyzickej osoby**. Pri posudzovaní poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa neprihliada na zdravotné postihnutia, ktoré boli zohľadnené na nárok na invalidný výsluhový dôchodok podľa osobitného predpisu. **Dlhodobý nepriaznivý zdravotný stav** je taký zdravotný stav, ktorý spôsobuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a ktorý má podľa poznatkov EBM trvať dlhšie ako jeden rok.

Posudkový lekár sociálneho poistenia pri zisťovaní invalidity posudzuje dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav a pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť podľa zákona o sociálnom poistení. **Poistenec je invalidný**, ak pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 % v porovnaní so zdravou fyzickou osobou. Určenú mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť **možno zvýšiť najviac o 10 %**, ak závažnosť ostatných zdravotných postihnutí ovplyvňuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. Na určenie zvýšenia hodnoty sa vychádza z predchádzajúceho výkonu zárobkovej činnosti, dosiahnutého vzdelania, skúsenosti a schopnosti rekvifikácie. Rovnako to platí, ak pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť je dôsledkom viacerých zdravotných postihnutí podmieňujúcich dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav. Trvanie invalidity na účely posúdenia trvania nároku na dôchodkovú dávku sa preskúmava pri kontrolných lekárskech prehliadkach vykonávaných **posudkovými lekármi Sociálnej poisťovne** v lehote určenej pri predchádzajúcom posudzovaní alebo aj skôr, ak posudkový lekár zistí posudkovo významné skutočnosti, ktoré odôvodňujú vykonanie kontrolnej lekárskej prehliadky alebo na podnet inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby.

Je potrebné implementovať do praxe **výkon konziliárne vyšetrenie v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti**, ktorý zefektívni poskytovanie zdravotnej starostlivosti medzi jednotlivými typmi všeobecnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti.

14 Ďalšie odporúčania

Odporúča sa vytvorenie **trvalého advisory boardu zo zástupcov špecializačných odborov, ktorých lekári sú kompetentnými zdravotníckymi pracovníkmi** podľa tohto ŠDTP a ktorí budú iniciovať a vykonávať revízie ŠDTP v prípade, ak budú potrebné.

Za zásadnú sa považuje podpora aktivít a postupov znižujúcich počet fajčiarov v Slovenskej republike z dôvodu identifikácie fajčenia ako najdôležitejšieho RF vyvolávajúceho ochorenia spojené s ChK.

15 Špeciálny doplnok štandardu

Špeciálnym doplnkom tohto ŠDTP sú Tabuľka 4 a Tabuľka 5, ktoré obsahujú **algoritmy iničiálneho a kontrolného vyšetrenia pacienta s ChK vrátane spôsobu diagnostiky a liečby**, a sú určené na rýchlu orientáciu kompetentného zdravotníckeho pracovníka.

16 Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit tohto ŠDTP sa má vykonať **najneskôr do 3 kalendárnych rokov** po jeho vydaní a následne **najneskôr do 5 kalendárnych rokov po každej revízii ŠDTP** prostredníctvom **advisory boardu** z expertov príslušných špecializačných odborov kompetentných zdravotníckych pracovníkov. Tento ŠDTP je zároveň nevyhnutné podrobiť revízii vždy, a to aj pred stanoveným časovým intervalom, keď dôjde **k významnej zmene** medzinárodných odporúčaní alebo zmene organizácie zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Literatúra

1. BALAŠTÍK, D. 2018. *Psychogenní kašel – úvod do problematiky*. [online]. 2019. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1209>
2. DRUGDOVÁ, M. – KRIŠTÚFEK, P. – MAJER, I. A KOL. 2011. *Chronická obštrukčná choroba pľúc. Národné smernice pre prevenciu a terapiu*. [online]. 2011. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.spfs.sk/images/guidelines/CHOCHP%20N%C3%A1rodn%C3%A9%20smernice%202011.pdf>
3. HRUBÍŠKO, M. – ČIŽNÁR, P. 2010. *Asthma bronchiale. Národné smernice pre terapiu*. 2010. [online]. 2010. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.spfs.sk/images/guidelines/Asthma%20bronchiale%20N%C3%A1rodn%C3%A9%20smernice%202010.pdf>
4. CHUDÁČEK, Z. 2010. *HRCT pľúc – technika vyšetrení, CT anatomie, základní typy patologických nálezů*. 2010. [online]. 2010. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/14.pdf>

5. CHOVANOVÁ, V. 2005. *Diferenciálna diagnostika kašľa, mukolytická a expektorancia*. [online]. 2005. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.solen.sk/sk/casopisy/via-practica/diferencialna-diagnostika-kašla-mukolytika-a-expektorancia>
6. LEE, J.-H. – KANG, S.-Y. – YOO, Y. ET AL. 2021. *Epidemiology of adult chronic cough: disease burden, regional issues, and recent findings*. [online]. 2021. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8563099/>
7. JIMÉNEZ-RUIZ, CA – ANDREAS, S. – LEWIS, K.E. ET AL. 2015. *Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit*. [online]. 2015. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://erj.ersjournals.com/content/46/1/61>
8. KASAŇ, P. – ANDRAŠINA, I. – BERŽINEC, P. A KOL. 2016. *Národné smernice pre optimálnu diagnostiku a terapiu bronchogénneho karcinómu*. [online]. 2016. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: https://www.spfs.sk/images/guidelines/narodne_smernice_optimalnu_diag_ter_bronchogenneho_karcinomu_2016.pdf
9. KAUCZOR, H.-U. – BAIRD, A.-M. – BLUM, TG. ET AL. 2020. *ESR/ERS statement paper on lung cancer screening*. [online]. 2020. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://erj.ersjournals.com/content/55/2/1900506>
10. KOLEK, V. 2001. *Diferenciální diagnostika kašle*. 2001. [online]. 2001. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200111-0006_Diferencialni_diagnostika_kasle.php
11. LEHOTSKÁ, V. – CHMELÍK, M. – CHOWANIECOVÁ, G. A KOL. 2023. *Štandardný postup na výkon prevencie karcinómu pľúc metódou skríningu rizikových skupín – skrínung karcinómu pľúc*. [online]. 2023. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/user/Downloads/Diag-radiologia-ca-pluc_Skrining-ca-pluc.pdf
12. MAYO CLINIC. 2024. *Chronic cough. Diseases & Conditions*. 2024. [online]. 2024. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-cough/symptoms-causes/syc-20351575>
13. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2024. *Zákon č. 576/2004 Z.z. z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. [online]. 2024. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/20220601.html>
14. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2014. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa: 10. 6. 2014*. Číslo: 02032/2014-SZ. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky SR, 2014, čiastka 27-32, s.168-169
15. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2024. *Zákon č. 153/2013 zo 17. mája 2013 o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. [online]. 2024. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2013/153/20220601.html>
16. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Manažment pacienta so závislosťou od nikotínu*. 2023. [cit. 2024-01-02] Dostupné na internete: file:///C:/Users/user/Downloads/Medicina-drogovych-zavislosti_Zavislost-od-nikotinu.pdf
17. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Zákon č. 355/2007 z 21. júna 2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. [online]. 2022. [cit. 2024-01-02]. <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2007/355/20211229.html>
18. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Zákon č. 461/2003 Z.z. z 30. októbra 2003 o sociálnom poistení*. [online]. 2022. [cit. 2024-01-02] Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2003/461/20220601.html>
19. MORICE, A.H. – MILLQVIST, E. – BIEKSIENE, K. ET AL. 2020. *ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children*. [online]. 2020. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://erj.ersjournals.com/content/55/1/1901136>
20. MORICE, A. H. ET AL. 2004. *The diagnosis and management of chronic cough*. 2004. [online]. 2004. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://erj.ersjournals.com/content/24/3/481>
21. MORICE, A. H. – MCGARVEY, L. – PAVORD, I. 2006. *Recommendations for the management of cough in adults*. [online]. 2006. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16936230/>
22. ROZBORILOVÁ, E. 2012. *Diferenciálna diagnostika a liečba kašľa v ambulancii všeobecného lekára*. 2012. [online]. 2012. [cit. 2024-01-02]. Dostupné na internete: <https://www.solen.sk/sk/casopisy/via-practica/diferencialna-diagnostika-a-liecba-kašla-v-ambulancii-vseobecneho-lekara>

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.novembra 2025

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava.

Tlač: V OBZOR, s.r.o. Objednávky na predplatné, aj jednorazové vybavuje V OBZOR, s.r.o., Bratislava, tel.: 0905 361 251.

Adresa pre písomný styk: V OBZOR, s.r.o, P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: obzor@obzor.sk, www.obzor.sk