

Medicare v USA. Zistili, že warfarín užívalo len 60 % tých pacientov, ktorí ho dostať mali (4). Údajov zo Slovenska je málo. Hospitalizovaným pacientom sa venovali 2 analýzy. Príčiny nesprávnej preskripcie antikoagulancií však hlbšie neanalyzovali a neprinesli ani údaje o možnom vplyve ageizmu na kvalitu manažmentu chorých s FP (5, 6). Preskripciu warfarínu a antiagregačnej liečby v rokoch 2008–2009 u chorých s FP sledovali autori Slezáková et al (5). Porovnali skupiny pacientov prepustených s warfarínom a bez warfarínu, NOAK ešte v tej dobe neboli ešte dostupné. Zistili, že obe skupiny sa vôbec nelíšili vo výške CHADS<sub>2</sub> ani CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc skóre. Autori zistili, warfarín nebol indikovaný takmer 2/3 pacientov vhodných na túto liečbu a bez kontraindikácie k takejto liečbe. Príčiny nepodania warfarínu neboli objasnené. Môžeme predpokladať, že vo vysokom percente môže za tento negatívny jav subjektívne nadmerne vysoké riziko krvácanosti u starších pacientov, ktoré zvyčajne nemá objektívne opodstatnenie. Môžeme hovoriť o protekcionistickom ageizme, kedy v snahe neuškodiť pacientovi krvácaním, ho lekár iatrogenizuje veľmi vysokým rizikom porážky. Novšia štúdia slovenských autorov sa zamerala na hospitalizovaných seniorov. Bola to štúdia Slovenský Audit Fibrilácie predsieni u Seniorov medzi rokmi 2012 a 2015 – SAFIS (6). Autori zistili, že priemerne 36,7 % chorých je aj napriek vysokému tromboembolickému riziku liečených antiagreganciami - medzi etapami štúdie toto percento pokleslo zo 41 na 21 %. Je pravdepodobné, že u významnej časti týchto chorých ide o následok neadekvátneho protekcionizmu alebo ageizmu ošetrojúcich lekárov. Obe citované práce sledovali hospitalizovaných chorých. O liečbe seniorov s FP v ambulatných podmienkach nemáme dostatok aktuálnych údajov. Doteraz najväčšie ambulatné sledovanie pacientov s FP bolo realizované v roku 2017 vo forme registra SLOFIB (7). Bolo do neho zaradených takmer 2000 pacientov s FP vyšetrených na 150 kardiologických a interných ambulanciách na Slovensku. SLOFIB sa však nezamerával len na seniorov, ale na všetkých pacientov s FP. Priemerný vek sledovaných chorých bol 71 ± 10 rokov, ≤ 65 rokov malo len 20 % súboru. Náš súbor je však homogénnejší, pretože zahŕňa len pacientov starších ako 65 rokov, a teda prirodzene rizikovejších. Analýzou modalít liečby chorých registra SLOFIB vyplynulo, že protidoštičkovú liečbu užívalo v roku 2017 stále ešte 14,1 %, antikoagulanciá 84,6 %, a žiadnu liečbu 1,3 % pacientov s rôznym rizikovým skóre. V našom súbore z roku 2017 bola liečba rozložená podobne. Žiadne antikoagulanciá nemali 3 % chorých, protidoštičkovú liečbu užívalo 12 % a OAK 85 % pacientov. Môžeme teda konštatovať, že v zhode s výsledkami registra SLOFIB i SAFIS sa aderenza k odporúčaniam odborných spoločností a tým aj kvalita a správnosť indikovania antikoagulačnej liečby v ambulatných podmienkach práce kardiologickej ambulancie výrazne zvýšila v porovnaní s minulosťou. Naše výsledky vykazujú dokonca vyššiu adhérenciu k doporučeniam odborných spoločností v porovnaní so zahraničnými publikáciami. Proietti et al publikovali výsledky vyššie citovaného a rozsahom podobného súboru 558 seniorov s FP sledovaných v rokoch 2012–2014 (8). Pri vstupe do štúdie bolo správne liečených len 41 % pacientov, nesprávna liečba bola zaznamenaná u 53 % pacientov. Takmer 25 % žiadne antitrombotiká neužívalo. Pritom až 99 % zaradených pacientov malo tromboembolické riziko hodnotené ako veľmi vysoké. V našom súbore z roku 2012 bolo percento warfarínom a NOAK liečených pacientov vyššie (57 %), žiadnu liečbu neužívalo len 10 % pacientov. Výsledky z roku 2017 už sú výrazne lepšie ako údaje z tejto talianskej štúdie.

**Tab. 6.** Výsledky binárnej logistickej regresnej analýzy testujúcej možnosť predikovať nepodávanie OAK v roku 2012

	Prediktory		Prečo pacienti nedostali OAK (2012)			
	ref.sk.	por.sk.	B	SE	Exp(B)	p
vek	-	-	0,124	,064	1,132	,054
fragilita	nie	áno	0,712	1,172	2,039	,543
ageizmus	nie	áno	-7,391	1,066	,001	,000
CMP	nie	áno	0,576	1,087	1,779	,596
krvácanie	nie	áno	-2,819	,963	,060	,003
CHADS <sub>2</sub>	-	-	-,490	,745	,612	,510
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	-	-	,468	,667	1,597	,482
HASBLED	-	-	,345	,603	1,412	,567
			$\chi^2_{(8)} = 199,307^{***}$ $R^2_{(CS)} = .622$ $R^2_{(N)} = .843$			

Ref. sk – referenčná skupina, por. sk. – porovnávané skupiny, B – neštandardizovaný regresný koeficient, SE – štandardná chyba B, Exp(B) – miera pravdepodobnosti,  $R^2_{(CS)}$  – Cox a Snellov indikátor miery vysvetlenej variance závislej premennej modelu,  $R^2_{(N)}$  – Nagelkerkeho indikátor miery vysvetlenej variance závislej premennej modelu. ns – štatisticky nesignifikantný výsledok, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

**Tab. 7.** Výsledky binárnej logistickej regresnej analýzy testujúcej možnosť predikovať nepodávanie OAK v r. 2017

	Prediktory		Prečo pacienti nedostali OAK (2017)			
	ref.sk.	por.sk.	B	SE	Exp(B)	p
vek	-	-	-,005	,045	,995	,914
fragilita	nie	áno	-1,056	,716	,348	,140
ageizmus	nie	áno	-5,845	,831	,003	,000
CMP	nie	áno	2,623	1,356	13,778	,053
krvácanie	nie	áno	-1,155	,748	,315	,123
CHADS <sub>2</sub>	-	-	,148	,542	1,159	,785
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	-	-	,078	,423	1,081	,853
HASBLED	-	-	-,950	,487	,387	,051
			$\chi^2_{(8)} = 149,917^{***}$ $R^2_{(CS)} = .355$ $R^2_{(N)} = .639$			

Ref. sk – referenčná skupina, por. sk. – porovnávané skupiny, B – neštandardizovaný regresný koeficient, SE – štandardná chyba B, Exp(B) – miera pravdepodobnosti,  $R^2_{(CS)}$  – Cox a Snellov indikátor miery vysvetlenej variance závislej premennej modelu,  $R^2_{(N)}$  – Nagelkerkeho indikátor miery vysvetlenej variance závislej premennej modelu. ns – štatisticky nesignifikantný výsledok, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

V našom registri vyšetrených pacientov tvorili pacienti s anamnézou prekonanej CMP v oboch sledovaných rokoch približne rovnaké percento: 16,8 % v roku 2012 (n = 36), a 15,4 % (n = 56) v roku 2017. V súbore chorých po prekonanej CMP z roku 2012 bol ageizmus nájdený len u 7 pacientov (2 %), naopak u pacientov bez CMP až v 72 prípadoch (40 %). Analýzou údajov z roku 2017 sme získali podobné výsledky: u chorých po prekonanej CMP sa ageizmus dokázal len u 4 pacientov (1 %), u pacientov bez CMP sme ageizmus zistili v 35 prípadoch. V oboch sledovaných rokoch prítomnosť CMP teda zvyšovala pravdepodobnosť správnej preskripcie warfarínu alebo NOAK. Ošetrojúci lekári vnímajú týchto pacientov ako rizikovejších a liečia ich správne. Bez ohľadu na vysoký vek a fragilitu im indikujú OAK. Tieto naše pozitívne zistenia sú v rozpore so staršími závermi Slezákovskej et al z roku 2013 (5). Títo autori analyzovali údaje hospitalizovaných chorých z 2008 a 2009 a zistili, že pacienti po prekonanej CMP