

bezbolestná ischemie myokardu u diabetiků. Navíc je řada z nich v kategorii geriatrických pacientů, kteří zvláště často stonají s nevýraznými či atypickými příznaky ve srovnání s mladší populací (1). Tento aspekt neplatí samozřejmě pouze pro kardiovaskulární onemocnění. A nejen u akutních stavů vídáme u polymorbidních pacientů vyššího věku atypické průběhy nebo nevýrazné symptomatologie. Komě nespecificky vyjádřených příznaků např. u náhlých příhod břišních nebo u infekčních onemocnění se jedná také o chroničtější stavy, jako je anémie, hypotyreóza apod. Při diagnostickém procesu dále musíme mít na paměti pravděpodobnost výskytu určitých diagnóz v konkrétních věkových skupinách a aktivně po nich pátrat, i když pacient nemá žádné symptomy daného onemocnění. V rámci kardiovaskulárních onemocnění je takovým případem fibrilace síní, kde je doporučen aktivní screening u osob starších 65 let (2). Další zásadou diagnostiky u multimorbidních pacientů je skutečnost, že se jednotlivé choroby mohou navzájem kauzálně podmiňovat. Po chorobách logicky souvisejících bychom tedy měli cíleně pátrat a přítomnost již známých diagnóz nás tedy vede k suspekci na související a společně se vyskytující onemocnění. U pacienta s diabetem, hypertenzí a dyslipidemií budeme samozřejmě uvažovat o onemocnění koronárních tepen, i když byl dosud bez příznaků. U pacienta se známým chronickým koronárním syndromem budeme myslet také na možné projevy aterosklerózy v jiných lokalitách, které mohou být dosud klinicky němé. Případný nález stenóz magistrálních mozkových tepen či starších ischemických ložisek na CT či MR mozku bude představovat nejen další diagnózu, ale může mít také další diagnostické, a především terapeutické konsekvence, které mohou pozitivně ovlivnit prognózu pacienta. V takovém případě budeme pátrat po přítomnosti rizikových faktorů aterosklerózy a vylučovat paroxyzmální fibrilaci síní. A v rámci rozvahy nad vzájemnými interakcemi jednotlivých onemocnění musíme také myslet na možnost ovlivnění některých parametrů (krevní tlak, glykemie) léčbou jiných onemocnění (například kortikosteroidy). Dalším specifickým aspektem v diagnostice multimorbidity je skutečnost, že bychom se neměli soustředit pouze na somatické příznaky a onemocnění. Především u pacientů ve vyšším věku (ale nejen u nich) se setkáváme s mentálními problémy, jako jsou demence, deprese, deliria apod. (3, 4). Na multimorbiditě se podle současného chápání rozhodně podílejí také komplexní problémy, jako je stařecká křehkost, přítomnost chronické bolesti různé etiologie, smyslové omezení (problémy se zrakem a sluchem) a dále také užívání alkoholu nebo jiných návykových látek.

Diagnostika multimorbidity a hodnocení její závažnosti

Multimorbiditu diagnostikujeme u naprosté většiny nemocných, kteří jsou v dispenzární péči internistů, pokud použijeme definici přítomnosti 2 nebo více chronických souběžně přítomných onemocnění u jednoho jedince buď bez příčinné souvislosti, nebo chorob navzájem se kauzálně podmiňujících (5). Současně by měla platit podmínka, že žádnou z koexistujících nemocí nelze definovat jako ústřední vůči ostatním. Pro stanovení multimorbidity jako takové u daného pacienta můžeme samozřejmě použít prostý výčet onemocnění, která u něj diagnostikujeme, nebo která zjistíme z jeho dokumentace. K jednoznačné

diagnostice, resp. zhodnocení závažnosti a prognostického dopadu multimorbidity pak lze použít řadu mezinárodně uznávaných skórovacích systémů (6). Tyto škály jsou založeny buď na počtu (a závažnosti) přítomných diagnóz u daného pacienta, nebo na počtu užívaných léků. Pro použití těchto skórovacích systémů mají zdravotníci zpravidla k dispozici záznamy pacienta, ze kterých je možno čerpat výčet vyskytujících se diagnóz a jejich intenzitu, nutnost farmakoterapie apod. Dosud využívané indexy mohou být také využity k odhadu vlivu multimorbidity na osud pacienta a také na odhad potřeb využití zdravotní péče v budoucnu (7). Jako příklad jsou následně uvedeny některé z nich.

Kaplan-Feinstein index (KFI) byl poprvé publikován jako systém hodnocení prognostický vliv současně přítomných komorbidit na mortalitu pacientů s diabetem mellitem. Tento systém byl primárně navržen jako prospektivně využitelná metoda na odhad rizika mortality způsobené komorbiditami využitelná v longitudinálních studiích (8) (Obr. 1).

Charlson comorbidity index (CCI) zahrnuje 19 různých komorbidit a sleduje stupně jejich závažnosti. Také tento skórovací systém je validován jako prediktor mortality v závislosti na počtu a tíži přítomných komorbidit (9).

Cumulative Index Illness Rating Scale (CIRS) hodnotí přítomnost onemocnění 14 orgánových systémů a jejich intenzitu. Stejně jako předchozí byl validován jako prediktor mortality v závislosti na počtu a tíži přítomných komorbidit (10).

Jistou výhradou k především nejstarším výše uvedeným skórovacím systémům může být, že jejich škály zpravidla neobsahují „měkké diagnózy“ – tedy především stařeckou křehkost, a také nezahrnují sociální problematiku pacienta (míru sociální deprivace).

Predicting Emergency Admissions Over the Next Year (PEONY) je prognostický nástroj, který hodnotí riziko neplánované hospitalizace pacientů s multimorbiditou. Podle tohoto skóre patří mezi prediktory neplánované hospitalizace vyšší věk a mužské pohlaví, počet a délka předchozích hospitalizací. Dalšími faktory, které zvyšují riziko hospitalizace polymorbidních pacientů, jsou chronicky užívané léky (analgetika, nitráty, diuretika apod.) a také z našeho pohledu spíše „nezdravotnická“ charakteristika – vyšší stupeň sociální deprivace (11).

QAdmissions je pomůcka pro stanovení rizika nutnosti neplánované hospitalizace. Ze zdravotních dat jsou zahrnuty somatické i mentální komorbidity a dále užívané léky (nesteroidní antiflogistika, antikoagulancia, kortikosteroidy a psychofarmaka). Z dalších faktorů prognózu pacienta ovlivňuje abúzus (alkohol, cigarety) a jeho věk a socioekonomický status (12) (Obr. 2).

Chronic Disease Score (CDS) je příkladem skórovacího systému polymorbidních nemocných, který je založen na analýze předepsané medikace v průběhu posledního roku (případně posledních 6 měsíců). Po zohlednění dalších faktorů (např. věk, pohlaví) může přispět k predikci nutnosti hospitalizace nebo úmrtí v průběhu následujícího roku (13).

Specifika léčby multimorbidních pacientů

Zásadou léčby pacientů s multimorbiditou je komplexní a uvážlivý terapeutický přístup. Komplexní v tom smyslu, že musí zohledňovat jak celkový zdravotní stav, tak preference pacienta, uvážlivý v tom smyslu, aby naše terapeutické snahy byly přiměřené stavu a prognóze pacienta.