

# ZÁSADY PALIATÍVNEJ LIEČBY V ONKOLÓGII

Kristina Križanová

Národný onkologický ústav, Bratislava

Paliatívna medicína má korene v hospicovom hnutí, ktoré vzniklo v 70. rokoch 20. storočia v Európe a neskôr aj v Amerike. Od začiatku mala súvis s chorými v terminálnej fáze onkologického ochorenia, ktorí trpeli mnohými závažnými symptómami. V súčasnosti sa venuje aj pacientom v terminálnej fáze niektorých neurologických ochorení, AIDS, menej pri kardiálnom, pľúcnom alebo renálnom zlyhavaní. Stala sa súčasťou modernej medicíny a správnej klinickej praxe.

**Kľúčové slová:** paliatívna medicína, prognózovanie, utrpenie.

**Kľúčové slová MeSH:** starostlivosť paliatívna; prognóza; bolesť úporná.

## PALIATIVE CARE GUIDELINES IN ONCOLOGY

Palliative care has its roots in hospice movement arising in the 1970s in Europe and later also in America. From its beginning it has had connection with patients in terminal phase of cancer disease who suffered from many serious symptoms. Nowadays palliative care is also being provided to patients in terminal phase of certain neurological disorders, AIDS, exceptionally for patients with heart, lung or kidney failure. It has become part of modern medicine and of good clinical practice.

**Key words:** palliative care, prognostication, suffering.

**Key words MeSH:** palliative care; prognosis; pain, intractable.

Onkológia (Bratisl.), 2006, roč. 1 (3): 193–197

V liečbe nádorových ochorení je najúspešnejší multimodálny interdisciplinárny prístup a jeho základom je chirurgia, rádioterapia a chemoterapia. V ostatných rokoch pribudla aj biologická liečba ako výsledok pokrokov v molekulárnej onkológii. Tieto látky sú zacielené na inhibíciu, modulovanie alebo inú interferenciu so špecifickými cieľovými molekulami na nádorových bunkách, ktoré sú hlavnými črtami ich malignity.

Slovo **paliatívny** sa odvodzuje od latinského slova *pallium*, ktoré znamená „plášť, prikrývka“. Prikryť chorého, zakryť ranu, zamaskovať príznaky, napr. bolesti, pomôcť obísť medicínsky problém bez jeho odstránenia, to všetko slovo paliatívny v sebe obsahuje. Preto ho možno vzťahovať na mnohé medicínske postupy: vytvorenie kolostómie s odstránením primárneho tumoru, ale bez možnosti odstrániť pečeneňové metastázy, je paliatívny chirurgický výkon, paliatívna chemoterapia nedokáže pacienta vyliečiť, ale pri niektorých ochoreniach aj významne predlžuje život (okrem zmiernenia príznakov), paliatívna rádioterapia má podobný efekt. Aj vytvorenie peritoneovenózneho shuntu pri cirhóze pečene je paliatívny výkon, aj hemodialýza pri chronickej renálnej insuficiencii. Liečba bolesti zhybov nesteroidnými antireumatikami alebo inými analgetikami je paliatívna: znižuje bolesť, ale neodstraňuje príčinu ochorenia. Pri niektorých medicínskych postupoch sa tento názov nepoužíva, pretože sa ujal v užšom zmysle slova: **paliatívna medicína je aktívna celková starostlivosť o pacientov, ktorých ochorenie neodpovedá na kuratívnu liečbu (WHO – 1990)**. Čiže napr. liečba diabetu závislého na inzulíne nie je paliatívna, ale kauzálna, pretože v ideálnom prípade ochorenie neskracuje pacientovi život.

**Tabuľka 1. Paliatívna medicína (definícia WHO z r. 2002) je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tým, že včas rozpozná, neodkladne diagnostikuje a lieči bolesti a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy, a tým predchádza utrpeniu a zmierňuje ho.**

### Paliatívna medicína:

- poskytuje úľavu od bolesti a iných závažných príznakov,
- prítakáva životu a zomieranie považuje za normálny proces,
- nezamýšľa urýchliť ani oddialiť smrť,
- integruje do starostlivosti o pacienta psychologické a spirituálne aspekty,
- poskytuje podporný systém pomoci pacientom, aby žili čo najaktívnejšie až do smrti,
- poskytuje podporný systém pomoci rodinám na zvládnutie pacientovho ochorenia a ich vlastného pocitu straty,
- pracuje tímovo, aby zvládla potreby pacientov a ich rodín, vrátane poradenstva pri smútení,
- chce zvýšiť kvalitu života a môže pozitívne ovplyvniť priebeh ochorenia,
- v spojení s liečbami zameranými na predĺženie života (chemoterapia alebo rádioterapia) je použiteľná vo včasnejších fázach ochorenia a využíva všetky vyšetrenia, ktoré sú potrebné na lepšie pochopenie a manažovanie závažných klinických komplikácií.

### Komu je určená paliatívna medicína?

**Všeobecný paliatívny prístup**, teda postup, ktorý zmierňuje dopad závažného ochorenia na ľudský život, by mal byť súčasťou správnej klinickej praxe každého lekára, či ambulatného alebo v nemocnici, v ktoromkoľvek odbore medicíny.

**Paliatívne postupy a techniky** sú súčasťou jednotlivých medicínskych odborov: paliatívna chemoterapia, vytvorenie stómie, stabilizácia patologických fraktúr, stabilizácia chrbtice, zavádzanie stentov, talkáž pohrudničnej dutiny, externá rádioterapia alebo brachyterapia, komplexné ošetrovanie rozpadnutých povrchových nádorov a tumorokutánných fistúl. Ani jedna zo špecializácií, ktorej prislúchajú, by sa však neidentifikovala s paliatívnou medicínou, hoci si viac-menej uvedomuje, že nejde o možnosť pacienta vyliečiť, ale „len“ o zlepšenie kvality života a o jeho mierne predĺženie.

**Paliatívna medicína** ako špecializácia sa zaoberá **štúdiom a liečbou pacientov s pokročilým a progredujúcim ochorením, ktoré limituje ich**

**prognózu, a kde je ústredným bodom starostlivosti dôraz na kvalitu života** (definícia paliatívnej medicíny ako špecializácie z r. 1987 vo Veľkej Británii). Musí vykonávať aj výskum, výučbu a stanovovať profesionálne štandardy svojho odboru.

**Komplexnú špecializovanú paliatívnu starostlivosť vykonáva kompetentný multiprofesionálny tím (lekári, sestry, sociálny pracovník, psychológ, duchovný, dobrovoľníci)**. Tento tím sa privoláva k pacientovi. Dôležitá je jeho dostupnosť najmä tam, kde sa takíto pacienti vyskytujú, teda v nemocniciach, sociálnych ústavoch a v domácnostiach. Tím môže byť súčasťou všeobecnej nemocnice, môže mať aj posteľové oddelenie paliatívnej medicíny alebo môže pracovať ako mobilný hospicový tím na komunálnej úrovni, prípadne ako súčasť samostatne stojaceho hospicu. V posledných rokoch sa odporúča, aby hlavné onkologické centrá, ktoré sa zaoberajú liečbou vybraných onkologických ochorení a najmä výskumom, poskytovali svojim pacientom aj paliatívnu starostlivosť buď ako súčasť

**Tabuľka 2. Štyri typy prevencie v onkológii podľa WHO z r. 1995.**

- Životný štýl, štátna zdravotná politika, výchova obyvateľstva – *prevencia vzniku ochorenia*
- Včasná detekcia nádorového ochorenia – *prevencia pokročilého ochorenia*
- Liečba nádorového ochorenia – *prevencia predčasnej smrti*
- Paliatívna starostlivosť – *prevencia utrpenia*

centra, alebo aby podporovali plynulý prechod do komunálnej hospicovej paliatívnej starostlivosti.

**Preventívny charakter paliatívnej medicíny** sa prejavuje tým, že na základe dôkladných medicínskych znalostí možno anticipovať zdroje pacientových ťažkostí, možno využiť všetky diagnostické možnosti na zistenie ich príčiny, vrátane moderných diagnostických metód a súčasne robiť všetko preto, aby sa problémy riešili: bolesti medikamentózne, ale aj inštrumentálne, sociálne problémy adresným pomenovaním a hľadaním spoločných východísk a psychologické a spirituálne problémy v neposlednom rade súčasne s ostatnými predošlými, rovnako kompetentne v spolupráci s psychológmi a duchovnými.

WHO prijala celosvetovo akceptovaný 4-bodový program prevencie v onkológii (**tabuľka 2**), v ktorom má paliatívna medicína anticipovať ťažkosti, ktoré prídu s rozvojom metastatického ochorenia, a tak predchádzať utrpeniu.

Ide o vysoko odbornú pomoc nevyliciteľne chorým, ktorá využíva všetky moderné a dostupné prostriedky na liečbu fyzických a duševných príznakov nevyliciteľného ochorenia: **High Tech – High Touch**. (1)

Paliatívna medicína sa rozvinula **z hospicového hnutia**. Hospicové hnutie sa začalo v období výrazných pokrokov medicíny, v 60. – 70. rokoch 20. storočia, keď panovala predstava, že niektoré ochorenia bude možné vyliečiť tak, ako sa to stalo s mnohými infekčnými chorobami po objave antibiotík. Napriek tomu došlo najmä v onkológii koncom 20. storočia ku stagnácii v terapeutických možnostiach. Väčšinu metastatických ochorení nie je možné vyliečiť. Zomierajúci pacienti sa stali príťažou moderných nemocničných zariadení zameraných na vyliečenie a efektívitu. Tí, ktorí zomierali a aj dnes zomierajú v nemocniciach, dostávajú mnohokrát neefektívnu, nepotrebnú a neindikovanú liečbu a žiaden dôraz sa nekladie na ich osobné prežívanie konca života.

Paliatívna medicína je integrálnou súčasťou zdravotnej starostlivosti, je súčasťou správnej medicínskej praxe vo všetkých medicínskych odboroch. Keby to tak nebolo, nevyliciteľne chorí a zomierajúci by boli na ťarchu zdravotnému systému, znamenali by jeho zlyhanie a zlyhanie medicíny ako vedeckej disciplíny. Medicína je tu na to, aby zmierila utrpenie pri zomieraní (1).

Smrť je súčasťou života, život je smrťou završený a keby nebolo smrti, nebolo by ani dôvodu o akékoľvek ľudské snaženie.

Pacient, ktorého fyzický stav sa zhoršuje, symptómy ochorenia sa zvyrazňujú a pribúdajú nové, sa začne pýtať, prečo sa to deje. Treba mu pomôcť, aby takéto otázky mohol položiť aj lekárovi, ktorý ho ošetruje. V onkológii dávame prísľuby zlepšenia alebo vyliečenia, ktoré sú percentuálne, založené na medicínskych dôkazoch, ale pre chorého je to buď – alebo, teda 100 % alebo 0 %, nie 15 %, 30 % alebo 80 %. V prípade zhoršenia príznakov sa protinádorová liečba ukončuje alebo mení za inú, ak je taká dostupná, prípadne sa pacientovi ponúkne zaradenie do klinickej štúdie. Každý pacient by sa rád spýtal: a čo bude ďalej... Budem trpieť?

Čo je utrpenie? Definícia tohto slova je rôzna: trpieť môžeme pri pohľade na zničenú budovu, pri zlej hre nášho futbalového mužstva, pri počúvaní hlasnej hudby, pri horúčavách, aj keď naše manželstvo speje k rozvodu, keď prideme o pracovné miesto či keď niekto blízky ochorí.

Ľudské utrpenie je nepríjemná skúsenosť charakterizovaná pocitom nešťastia, ktorý vyvolávajú nepriaznivé faktory znižujúce kvalitu života. **Utrpenie je teda fenoménom vedomej ľudskej existencie.** Jeho závažnosť je určená množstvom a intenzitou faktorov znižujúcich kvalitu ľudského života, procesom ich hodnotenia a vnímania. Všetky tieto premenené môžu byť predmetom terapeutických intervencií.

Boj s nevyliciteľným ochorením je príčinou významnej úzkosti a strachu pre pacienta, jeho blízkych ako aj pre ošetrujúceho lekára a sestru. Napriek tomu, že mnohí onkológovia neradi spájajú nádorové ochorenie s bolesťami, faktom je, že bolesti majú asi 2/3 chorých s pokročilým nádorovým ochorením (7) a okrem toho aj iné fyzické príznaky, ktoré znižujú kvalitu života. Okrem toho sa nevyliciteľne chorí pýtajú na zmysel svojho utrpenia a na zmysel svojho života. Mnohokrát majú pocit zbytočnosti kvôli svojim blízkym: nedokážu vykonávať partnerskú či rodičovskú rolu, naopak musia prijímať starostlivosť, ktorú pociťujú ako trápnu, a boja sa, že sú na ťarchu. Ich blízki zasa anticipujú nevyhnutnú stratu chorého, sú svedkami jeho fyzického a psychického utrpenia a môžu byť vyčerpaní nárokmi vyplývajúcimi zo starostlivosti oňho a z preberania zodpovednosti za život rodiny. Aj profesionáli, lekári a sestry, môžu trpieť ako svedkovia nevyhnutnosti progresie nádorového ochorenia u svojich pacientov, ako svedkovia ich utrpenia a zomierania, čo môže vyčerpávať ich fyzické a emočné zdroje.

Ľudské utrpenie môže byť zdrojom osobného rastu. Môže, ale nemusí. Utrpenie môže prekročiť

kapacitu ľudskej bytosti na jeho zvládnutie, ak je nadmerné. Napr. pacient s neliečenými bolesťami, dýchavicou a vracaním nemôže mať ani pomyslenie na problémy svojich blízkych, a podobne príbuzný pacienta, ktorý má obrovské sociálne problémy pri starostlivosti o chorého, nemôže s ním dôstojne tráviť jeho posledné dni... Zdravotnícky pracovník, ktorý nemá dostatočné profesionálne, finančné a časové zdroje na starostlivosť o nevyliciteľne chorého pacienta prispieva jednak k svojmu vyčerpaniu a jednak k nadmernej záťaži chorého a jeho blízkych (1).

Zakladateľka modernej paliatívnej medicíny **Cicely Saundersová** zaradila somatické bolesti a iné príznaky z nevyliciteľného ochorenia spolu so sociálnymi, psychickými a duchovnými ťažkosťami do konceptu „**celkovej bolesti**“ (1).

Aj Rada Európy vydala v r. 2003 odporúčanie č. 24 Rady ministrov, kde sa o. i. hovorí: „...všetci ľudia blížiaci sa ku koncu svojho života túžia byť liečení zdravotníckymi profesionálmi ako hodnotné osoby a chcú si zachovať dôstojnosť pri zručnej starostlivosti, ktorá posilní ich nezávislosť pomocou zmierenia príznakov a maximalizácie komfortu...“ (8)

**Prognózovanie v onkológii** je veľmi zložité (4, 5, 6). Pritom odhadnúť dobu prežitia chorého s pokročilým nádorovým ochorením je dôležité nielen pri zaraďovaní do klinických štúdií, kde to je priamo jedným z kritérií, ale aj pri rozhodovaní o ďalších liečebných postupoch: aplikácia rádioterapie s vyššou frakciáciou alebo v skrátenej režime vyššími dávkami, podanie tretej alebo ďalšej línie chemoterapie u chemosenzitivného nádoru, paliatívny chirurgický výkon na spriechodnenie tráviaceho traktu alebo zavedenie stentu. Zhodnotenie možnosti prežitia je dôležité aj pri indikácii resuscitácie pacienta s pokročilým nádorovým ochorením s akútnou koronárnou príhodou alebo akútnym dychovým distresom.

Zvlášť zložitá je rozhodovanie o indikácii operácie u pacienta s tzv. akútnym bruchom (črevná nepriechodnosť, akútna peritonitída, voľný vzduch v peritoneálnej dutine a pod.). Nepriaznivý vývoj po operácii možno očakávať, ak predošlá operácia potvrdila prítomnosť karcinózy peritonea, ak sú palpovateľné nádorové masy v bruchu, ak je viacpočetné zúženie čreva, najmä tenkého, ak je difúzne metastatické poškodenie pečene, ak sa podávala v minulosti rádioterapia na malú panvu alebo retroperitoneum, podobne aj pri prítomnosti pľúcnych metastáz, pleurálnych výpotkov, veľkého ascitu, u pacientov vyššieho veku, s nádorovou kachexiou a u polymorbídnych pacientov (2).

Neznamená to, že pacienta necháme trpieť neznesiteľnými bolesťami a vracaním: **aj konzervatívny postup vedie ku zmierneniu príznakov a k poskytnutiu potrebnej starostlivosti bez neefektívnej operácie.**

Tabuľka 3.	
Stav výkonnosti podľa WHO	Škála výkonnosti podľa Karnofského
0 Plne aktívny pacient, vykonávajúci všetky aktivity ako pred ochorením	100 Žiadne ťažkosti, žiadne príznaky ochorenia
1 Pacient obmedzený vo fyzicky namáhavej práci, ale plne ambulantne výkonný a schopný ľahkej manuálnej a sedavej práce	90 Schopnosť normálnej aktivity, mierne príznaky ochorenia
2 Ambulantný pacient schopný sebaobsluhy, avšak neschopný vykonávať akúkoľvek prácu. Pohyblivý viac ako 50% bdélého obdobia	80 Niektoré príznaky ochorenia, normálna aktivita s vyšším úsilím
3 Pacient schopný len obmedzene sebaobsluhy, pripútaný na posteľ alebo kreslo viac ako 50% bdélého obdobia	70 Schopnosť starostlivosti o seba, nemožnosť normálnej aktivity a práce
4 Pacient úplne neschopný sebaobsluhy, úplne pripútaný na posteľ alebo kreslo	60 Potreba občasnej pomoci, ale schopnosť všetkej sebaobsluhy
	50 Potreba významnej pomoci a zdravotnej starostlivosti
	40 Nevládnosť, potreba špecializovanej starostlivosti a opatery
	30 Úplná nevládnosť, nutnosť zdravotnej starostlivosti, ale nehrozí ešte smrť
	20 Ťažko chorý pacient, nutnosť kontinuálnej zdravotnej starostlivosti a podpornej liečby
	10 Zomierajúci pacient
	0 Mŕtvy pacient

Tabuľka 4. Paliatívne prognostické skóre (PaPS) (Maltoni, Pirovani et al.)	
<b>Dýchavica v pokoji</b>	
Nie	0
Áno	1
<b>Anorexia</b>	
Nie	0
Áno	1,5
<b>Karnofského stav výkonnosti</b>	
30 – 100	0
10 – 20	2,5
<b>Klinikova prognóza (v týždňoch)</b>	
>12	0
11 – 12	2,0
7 – 10	2,5
5 – 6	4,5
3 – 4	6,0
1 – 2	8,5
<b>Celkový počet leukocytov</b>	
Normálny (< 8 000/mm <sup>3</sup> )	0
Vysoký (8 000-11 500/mm <sup>3</sup> )	0,5
Velmi vysoký (> 11 500/mm <sup>3</sup> )	2,5
<b>Percento lymfocytov</b>	
Normálne (> 20,0 %)	0
Nízke (12,0 – 20 %)	1,0
Velmi nízke (< 12 %)	2,5
<b>Skupiny</b>	<b>Celkové skóre</b>
<b>A</b> pravdepodobnosť prežitia 30 dní > 70 %	0 – 5,5
<b>B</b> pravdepodobnosť prežitia 30 dní 30 – 70 %	5,6 – 11,0
<b>C</b> pravdepodobnosť prežitia 30 dní < 30 %	11,1 – 17,5
PaPS = skóre dýchavice + skóre nechutenstva + skóre KPS + skóre KP + skóre leukocytov + skóre % lymfocytov. (PaPS je vhodné len pre chorých so solídnyimi nádormi).	

jej charakteristiky, trvanie, provokujúce a úľavové faktory a reakciu na doterajšiu liečbu. V diferenciálnej diagnostike sa využívajú všetky dostupné zobrazovacie metódy a nemali by sme sa pri pretrvávajúcej bolesti uspokojiť s „negatívnym“ nálezom v jedinom zobrazovacom spôsobe. Zásadou je neinvazívna analgézia: perorálne alebo transdermálne a pravidelne, nielen podľa potreby. S podávaním analgetika podľa potreby vystačíme, len ak pacient má intermitentné a mierne bolesti. Pri silnej bolesti podávame silné – opioidné – analgetiká. Ak liečime bolesti napr. paliatívnou rádioterapiou, pri ich ústupe môžeme dávku liekov znížiť, niekedy aj vysadiť. Podobne je to aj pri protinádorovej paliatívnej chemoterapii. Podrobnosti o liečbe bolesti presahujú možnosti tohto článku.

Z ostatných somatických ťažkostí je najčastejšia nevoľnosť, únava, nechutenstvo, **najzávažnejšia je dýchavica a delirantný stav** (7). Zatiaľ nevieme účinne bojovať so syndrómom anorexie-kachexie, ktorý je výsledkom komplexného vzťahu medzi metastázujúcim nádorom a hostiteľským organizmom: spôsobuje ho jednak zápalová odpoveď organizmu (zmes zápalových cytokínov) na prítomnosť nádoru a jednak látky produkované nádorom ako sú napr. lipidy mobilizujúci faktor a proteolýzu indukujúci faktor (9). Pri syndróme anorexie-kachexie je nechutenstvo, chudnutie, úbytok tukovej aj svalovej hmoty, zvýšený energetický výdaj aj v pokoji, hypalbuminémia. Tento obraz sa zmiernuje pri úspešnej protinádorovej liečbe. Vyvolávajú ho najmä metastázované solídne tumory, najmenej sa vyskytuje pri hematologických malignitách. Preto sa napríklad ani skórovacie tabuľky výkonnosti a paliatívne prognostické skóre neaplikujú na chorých s hematologickými malignitami.

V paliatívnej medicíne, ktorá jednoznačne osvetľuje problematiku nevyliciteľného ochorenia z iného uhla pohľadu, ako to robí onkológ snažiaci sa realizovať u pacienta najlepší štatisticky pozorovateľný variant liečebnej odpovede, vyvstáva potreba odpovedať chorému na jeho otázku: „Ako dlho ešte, pán doktor?“ Nesmieme však vziať zo zreteľa imperatív vždy v chorom povzbudzovať nádej: ak nie na trvalé vyliečenie, tak aspoň na predĺženie života a najmä na jeho skvalitnenie, nádej na to, že ho neopustíme ako zdravotníci, že nedopustíme stratu jeho ľudskej dôstojnosti a že vždy budeme zmierňovať utrpenie, ktoré mu ochorenie prináša.

V klinickej onkológii ukončenie paliatívnej chemoterapie pre pacienta znamená ukončenie onkologickej liečby a nastúpenie na cestu „katastrofického“ scenára, o ktorom bol informovaný ako o možnosti, ale s ním viac menej nepočítal... Pacient nie vždy považuje paliatívnu starostlivosť v terminálnej fáze ochorenia za uspokojivú alternatívu. Preto treba, aby sa s paliatívnym prístupom stretol už počas aktívnej

Pri zvládnutí príznakov akútnej obštrukcie používame analgetiká, spazmolytiká, antiemetiká, najlepšie kontinuálne subkutánne alebo intravenózne prenosným lineárnym dávkovačom, napr. Grasebyho pumpou (13).

Čím sofistikovanejšia a nákladnejšia sa stáva liečba pacientov s pokročilým nádorovým ochorením, tým viac musíme rozmýšľať o jej indikácii. Preto sa v ostatných rokoch hľadajú možnosti spresniť prognózovanie prežitia. **Karnofského skóre výkonnosti** sa používa niekoľko desiatok rokov. Jednoduchší systém hodnotenia stavu výkonnosti chorého je **5-stupňový skórovací systém WHO**. Ich vzájomný vzťah možno vidieť v **tabuľke 3**.

Riadiaci výbor *Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti* v odporúčaniach z r. 2005 navrhuje používať niektorý z validovaných skórovacích systémov, napr. **Paliatívne prognostické skóre (tabuľka 4)** (10). Zdôrazňuje pritom, že prognózovaním nesmieme pacienta zaťažovať ani časovo ani obmedzením starostlivosti oňho. Prognóza z etického hľadiska neznamená rigidný rámec, v ktorom sa budeme pohybovať, musí byť individualizovaná, interpretovaná s nádejou, pri rozhodovaní o ďalšej liečbe musíme vziať do úvahy aj iné premenné činitele. Napokon nesmieme zabúdať, že niektorí chorí budú mať diametrálne odlišnú prognózu prežitia než očakávame, preto je najdôležitejší najvyšší individuálny prístup k osobnej pacientovej trajektórii v chorobe. Pacient má právo byť informovaný o prognóze, ale má aj právo túto informáciu nežiadať.

V paliatívnej medicíne v onkológii je základom pre celú komplexnú starostlivosť o chorého **liečba bolesti a ostatných obťažujúcich somatických príznakov**. V liečbe bolesti máme mnohé možnosti, o ktorých by mal vedieť nielen špecialista na liečbu bolesti – algeziológ, ale aj každý lekár aspoň v rozsahu svojej špecializácie. Základom liečby chronickej nádorovej bolesti je dôkladná anamnéza zisťujúca prítomnosť bolesti,

liečby a aby odoslanie do ambulancie paliatívnej medicíny preňho neznamenal stratu nádeje (3).

### Záver

Paliatívna medicína má korene najmä v onkológii. Dosať je vo svete v starostlivosti paliatívnych tímov najviac onkologických pacientov, ale špecializovaná paliatívna medicína vie pomôcť aj chorým v terminálnych fázach niektorých neurologických a psychiatrických ochorení, AIDS, kardiálneho, respiračného, renálneho zlyhávania a jej prvky sa uplatňujú aj v intenzívnej medicíne. Medicína často vracia zdravie, občas predlžuje život, ale vždy zmierňuje aj utrpenie.

#### MUDr. Kristína Krížanová

Národný onkologický ústav  
Klenová 1, 832 01 Bratislava  
e-mail: kristina.krizanova@nou.sk

### Literatúra

1. Doyle, D, Hanks G, Cherny NI. Oxford Textbook of Palliative Medicine, third edition, Oxford University Press, 2004.
2. Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE. Principles and practice of palliative care and supportive oncology, 2nd edition, Lippincott Williams and Wilkins.
3. Bruera, E. Process and Content Of Decision Making by Advanced Cancer Patients. J Clin Oncol 24, 2006, s. 1029–1030.
4. Glare, PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic Accuracy of the Palliative Prognostic Score in Hospitalized Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol 22, 2004, s. 4823–4828.
5. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, et al. A New Palliative Prognostic Score: A First Step for the Staging of Terminally Ill Cancer Patients. J Pain Symptom Manag 17, 1999, s. 231–239.
6. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, et al. Successful Validation of the Palliative Prognostic Score in Terminally Ill Cancer Patients. J Pain Symptom Manag 17, 1999, s. 240–247.
7. Potter, J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Pall Med 17, 2003, s. 310–314.
8. Odporúčanie Rady ministrov Rady Európy o organizovaní paliatívnej starostlivosti určené členským štátom – Rec (2003) 24 z 13. 11. 2003 prijaté Výborom ministrov na 860. stretnutí zástupcov ministrov.
9. Krížanová K. Výživa pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. Interná Med 6, 2006, s. 179–182.
10. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckhaert B, Christakis N, Eychmueller S, Glaer P, Nabal M, Viganò A, Larkin P, De Conno F, Hanks G, Kaasa S. Prognostic Factors in Advanced Cancer patients: Evidence-Based Clinical Recommendations – A Study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care, J Clin Oncol 23, 2005, s. 6240–6248.
11. Senn H-J, Glaus A. Supportive Care – 15 Years Thereafter. J Support Care Cancer, 10, 2002, s. 8–12.
12. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Príloha ZdN, 26, 2006, s. 70–73.
13. Dobríková-Porubčanová P, a kol. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Spolok sv. Vojtecha, 2005. s. 110–129.
14. Kulichová M, a kol. Algeziológia. EDIS 2005. s. 280–290.

www.leasingslp.sk sporotel: 0850 111 888

# Lízing osobných automobilov – rýchly a jednoduchý

Ak stojíte pred rozhodnutím o kúpe nového osobného automobilu, či už na súkromné alebo podnikateľské účely, ale nemáte voľné finančné prostriedky, prípadne ich potrebujete na iný účel, môžete využiť finančný lízing.

Takýto spôsob financovania je zaujímavý a vhodný aj pre segment slobodných povolání, teda i pre lekárov. Keďže ide o prenájom predmetov dlhodobej spotreby s ich následnou kúpou, je možné ich odpisovať, čo je pre podnikateľov výhodou.

Minimálna doba prenájmu (trvania lízingovej zmluvy) je 36 mesiacov. Po ukončení obdobia prenájmu si nájomca môže automobil odkúpiť. Kúpna cena na konci lízingu môže predstavovať 1000 Sk bez DPH, resp. 5 %, 10 % alebo 20 % z obstarávacej ceny.

Ako postupovať pri uzatvorení lízingovej zmluvy ?

1. U predajcu si vyberte automobil podľa svojich predstáv.
2. Navštívte obchodné miesto Slovenskej sporiteľne, kde vám vypracujú lízingovú ponuku.
3. Po predložení potrebných dokumentov vám pripraví Zmluvu o finančnom lízingu, odovzdajú informáciu o platbách, Všeobecné podmienky finančného lízingu a Informáciu o individuálnom poistení.
4. Po úhrade spracovateľského poplatku a akontácie obdržíte Protokol o prebratí predmetu lízingu a podklady potrebné na prihlásenie vozidla na dopravnom inšpektoráte

Výhodou financovania cez našu spoločnosť je možnosť získať zvýhodnené sadzby pri poistení automobilu, ktoré sprostredkujeme cez našich zmluvných partnerov. Poistné sa hradí v jednej platbe s lízingovou splátkou.

**Na ilustráciu uvádzame vzorovú lízingovú kalkuláciu financovania osobného automobilu.** (Prostredníctvom našej spoločnosti môžete financovať automobil ľubovoľnej značky).

Cena vozidla s DPH	450 000 Sk	
Dĺžka lízingu	36 mesiacov	
		Mesačná splátka s DPH bez poistného
Akontácia		
20 %	90 000	11 224 Sk
30 %	135 000	9 818 Sk
40 %	180 000	8 411 Sk
50 %	225 000	7 004 Sk

V prípade záujmu o lízing osobného automobilu môžete kontaktovať najbližšiu pobočku Slovenskej sporiteľne.

V nasledujúcom vydaní tohto periodika vám priblížime financovanie zdravotníckej techniky a zariadení. Svoje prípadné podnety alebo otázky adresujte na info@slsp.sk