

Rozhodování o možnostech léčby CKD u geriatrických pacientů je proto velmi aktuální a týká se nejen nefrologů, ale celé řady dalších odborností, které s těmito pacienty přicházejí do kontaktu.

Nefrologové mají při rozhodování o léčbě CKD u geriatrických pacientů tu výhodu, že sledují pacienta dlouhodobě. V optimálním případě pacient, popř. s blízkými, společně s nefrologem dospějí k co nejlepšímu možnému rozhodnutí v rámci sdíleného rozhodování.

Odišná situace nastává v prostředí akutní nemocniční péče. Pacient s preexistujícím pokročilým CKD přichází s interkurentním onemocněním (např. infektem), při kterém často dochází ke zhoršení renálních funkcí. O zahájení dialýzy rozhoduje tým zdravotníků, který zná pacienta krátce a ve zhoršeném stavu. Jde o velmi obtížné rozhodování v situaci, kdy funkční stav křehkého geriatrického pacienta je výrazně ovlivněn probíhající interní či infekční komplikací.

Jaké faktory se podílejí na tom, zda pacient bude ze zahájení dialyzační léčby profitovat? Jsou to věk, komorbidity, stav nutrice, funkční stav a zásadním faktorem je přítomnost syndromu geriatrické křehkosti (frailty).

Definice frailty popisuje postupné věkem podmíněné zhoršování fyziologických systémů, pokles potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnosti a adaptability lidského organismu na zevní nepříznivé vlivy. Fenotyp geriatrické křehkosti dle Friedové zahrnuje 5 faktorů: neúmyslnou ztrátu hmotnosti o více než 5 kg v posledním roce, vyčerpání, slabost, pomalou rychlost chůze a nízkou fyzickou aktivitu (1). Srovnáme-li prevalenci frailty u geriatrické populace se stejně starými dialyzovanými pacienty, zjistíme, že výskyt geriatrické křehkosti výrazně stoupá s věkem i se závažností CKD (1, 2) (Tab. 1). Je nezávislým rizikovým faktorem zhoršujícím mortalitu pacientů, významnějším než jiné tradiční rizikové faktory (3). Geriatrická křehkost zvyšuje riziko hospitalizace, umístění pacienta do zařízení sociální péče i riziko pádu, se všemi komplikacemi, které ho provázejí.

Zastoupení geriatrických pacientů v pokročilých stádiích CKD a v dialyzované populaci

V důsledku stárnutí populace přibývá pacientů vysokého věku s pokročilým stupněm CKD a s přidruženými komorbiditami, kteří vstupují do dialyzační léčby (Obr. 2). Stoupá počet polymorbidních pacientů s věkem nad 75 let s omezenou funkční zdatností, pro které může být dialýza velmi zatěžující léčebnou metodou, která u nich nepřináší ve srovnání s konzervativním managementem zlepšení či udržení kvality života, ani prodloužení délky života. Diskuze na téma nezahájení dialýzy a volby konzervativní nefrologické léčby nejsou běžnou součástí nefrologické péče. Příčinou smrti u těchto pacientů bývá jiná závažná komorbidita než selhání ledvin, pacienti bývají v posledních měsících života opakovaně hospitalizováni, včetně pobytu na jednotkách intenzivní péče, bez plánu péče pro závěr života.

Proces rozhodování o zahájení/nezahájení dialýzy a vliv dialýzy na funkční stav a kvalitu života geriatrického pacienta

Sdílené rozhodování je nezbytnou podmínkou eticky obtížných rozhodování v medicíně. Pacient, popř. jeho blízcí, jsou partnery zdravotnického týmu. Při rozhodování o léčebných a vyšetřovacích postu-

Tab. 1. Prevalence geriatrické křehkosti v běžné populaci a ve skupině dialyzovaných pacientů

Věková skupina	Geriatrickí pacienti	Geriatrickí dialyzovaní pacienti
60–70	3,20 %	74,20 %
70–75	5,30 %	78,10 %
75–80	9,50 %	78,10 %
>80	16,30 %	78,80 %

pech je rozhodující přání dobře edukovaného pacienta. Rozhovory o možnostech, realistických cílech léčby a preferencích pacienta je třeba zahájit včas.

Obecně existují tyto možnosti léčby chronického selhání ledvin:

- transplantace ledvin,
- dialyzační léčba (peritonální dialýza a hemodialýza),
- konzervativní management s integrací podpůrné nefrologické péče.

Pacient by měl být srozumitelně seznámen/edukován ohledně možností léčby, ohledně výhod i rizik jednotlivých léčebných postupů.

Proces sdíleného rozhodování by měl probíhat v rámci multidisciplinárního týmu, kdy má pacient a jeho rodina možnost hovořit s nefrologem, psychologem, nutričním specialistou, sociálně zdravotním pracovníkem a ev. dalšími.

Důležité je stanovit si společně s pacientem realistické cíle. Velmi důležitá je schopnost ošetřujícího nefrologa předjímat průběh renálního onemocnění bez náhrady funkce ledvin, znát evidenci týkající se rizika zahájení dialyzační léčby ve skupině velmi starých pacientů. Nezbytná je znalost psychosociální situace pacienta. Management symptomů pokročilého CKD by měl patřit do odborného portfolia každého nefrologa. Patří sem nejen standardní nefrologická péče (maximální nefroprotektce, management anémie, metabolických poruch a minerálové dysbalance), ale s progredujícím CKD zejména chronická bolest, únava, nechutenství, svědění, syndrom neklidných nohou, úzkost, deprese a poruchy výživy. Při konzervativním řešení je důraz kladen na udržení kvality života a důsledný, poučený management obtěžujících symptomů.

Při rozhodování o léčebném postupu u pacientů s pokročilým CKD je zásadní srovnání rizika úmrtí na jiné příčiny, než je selhání ledvin a rychlosti progresu pacientova onemocnění do terminální fáze selhání ledvin (ESRD – end stage renal disease).

U geriatrických pacientů s chronickým onemocněním ledvin, kteří mají závažnou komorbiditu (jako např. srdeční selhání, diabetes mellitus, ischemická choroba dolních končetin a podobně), může riziko úmrtí na nerenální příčiny výrazně převážit riziko progresu jejich chronického renálního onemocnění do ESRD (5).

Dialyzační léčba obecně prodlužuje život v porovnání s konzervativním postupem, tato výhoda však mizí u geriatrických pacientů se závažnými komorbiditami, kteří mají přibližně stejné dožití při volbě konzervativního postupu jako jejich dialyzovaní vrstevníci (6).

Přibývá evidence, že při integraci paliativní péče do standardní nefrologické péče, žijí tito pacienti déle a s lepší kvalitou života. Funkční stav pacienta s pokročilým CKD s konzervativním managementem je dlouho stabilní nebo pozvolna se zhoršující, se zhoršením v posledních týdnech života. Naproti tomu u křehkých