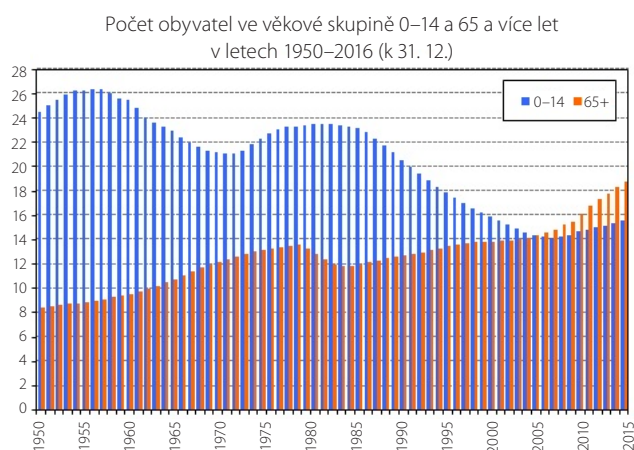


Obr. 1. Demografický vývoj obyvatelstva (<https://www.czso.cz/csu/czso/podil-obyvatel-ve-vekove-skupine-0-14-a-65-a-vice-let-v-letech-1950-2016>)



geriatrických pacientů po zahájení dialýzy významným způsobem klesá funkční zdatnost a samostatnost v aktivitách denního života a vzrůstá závislost na pomoci jiných (7). Křivka funkční zdatnosti pacienta dialyzovaného je podobná tomu, co vidáme u pokročilých orgánových selhání, funkční zdatnost se progresivně zhoršuje při každé interní či infekční komplikaci.

Jsou známy četné faktory specifické pro dialýzu, které zhoršují starším pacientům kvalitu života, především nutnost dodržování režimových opatření dialyzační léčby, jako např. restrikce tekutin, stres spojený s dopravou do dialyzačního střediska, ztráta nezávislosti a významné ovlivnění psychosociálních aspektů života.

Tyto aspekty je nutné společně s pacientem opakovaně diskutovat a v procesu sdíleného rozhodování pak společně dospět k závěru o volbě nejvhodnějšího postupu pro konkrétního pacienta. Individuální přístup vede k dosažení cílů, které jsou pro pacienta relevantní, za cenu, která je pro pacienta přijatelná. Ze zkušenosti z rozhovorů se staršími polymorbidními pacienty vyplývá, že cílem často nebývá prodloužení života z každou cenu, ale jeho kvalita se zachováním důstojnosti.

Prognózování jako pomocný nástroj při rozhodování

Z celkového počtu pacientů s CKD jenom jednotky procent dospějí v průběhu svého života až k selhání ledvin. Odhad pravděpodobnosti toho, zda právě tento pacient dospěje k selhání ledvin, je důležitý pro plánování budoucí péče a terapie.

V současné době je k dispozici již několik skórovacích nástrojů určených pro pacienty s CKD.

Patří sem **KFRE kalkulator** (<http://kidneyfailurerisk.com>), pomocí kterého můžeme odhadnout pravděpodobnost progresu renálního onemocnění do selhání ledvin v horizontu 2 a 5 let u pacienta s pokročilým chronickým onemocněním ledvin CKD 3–5. Do výpočtu pomocí online kalkulatoru zadáváme věk pacienta, pohlaví, GFR (glomerular filtration rate – hodnota glomerulární filtrace) a ACR v moči (albumin/creatinin ratio – poměr albumin/kreatinin v ranní porci moče).

U pacientů s nízkým rizikem progresu je adekvátním přístupem maximální nefroprotektice. Patří sem kontrola hypertenze, kontrola glykemie,

řešení anémie či proteinurie, klademe důraz na řešení symptomů, dostatečnou výživu, preventivní fyzickou aktivitu k udržení funkční zdatnosti.

U pacientů s vysokým rizikem progresu do ESRD je na místě podrobně s pacientem probírat možnosti náhrady funkce ledvin s ohledem na priority pacienta. U křehkých polymorbidních geriatrických pacientů je namísto zvážit konzervativní management bez zahájení dialyzační léčby, který v této skupině pacientů neznamena zkrácení života, naopak může pomoci v delším udržení funkční zdatnosti a nezávislosti.

Druhý důležitý prognostický parametr je riziko úmrtí pacienta z jiné příčiny, než je selhání ledvin. U geriatrických pacientů s pokročilým onemocněním ledvin CKD 3–5 je nejvhodnějším prognostickým nástrojem Bansal skóre, které predikuje pravděpodobnost úmrtí v nejbližších 5 letech (8). Pacienti s nízkým rizikem úmrtí v **Bansal skóre**, u kterých je ale přítomná geriatrická křehkost, mají být automaticky považováni za pacienty s vysokým rizikem.

V Bansal skóre přidělujeme body rizikovým faktorům, které zvyšují mortalitu pacientů. Rizikovými faktory jsou věk, pohlaví, rasa, eGFR, ACR, přítomnost diabetes mellitus, kouření, srdečního selhání a iktu. U nejméně rizikových pacientů s dosaženým skóre 0 je pravděpodobnost úmrtí v nejbližších 5 letech 3,87 %, u nejrizikovějších pacientů s dosaženým skóre nad 10 je to 93,7 % (9).

Další důležitý prognostický parametr je **REIN skóre**, které predikuje pravděpodobnost úmrtí v nejbližších 3 měsících po zahájení dialýzy.

V REIN skóre přidělujeme body rizikovým faktorům, které zvyšují mortalitu pacientů. Rizikovými faktory jsou věk, pohlaví, diabetes mellitus, srdeční selhání, ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, ischemie mozku, dysrytmie, chronické respirační onemocnění, jaterní cirhóza, přítomnost nádorového onemocnění, přítomnost poruch chování, přítomnost poruch mobility a albuminémie. U nejméně rizikových pacientů s dosaženým skóre 0 je pravděpodobnost úmrtí v nejbližších 3 měsících po zahájení dialýzy 1,6 %, u nejrizikovějších pacientů se skóre nad 22 je to 83,5 % (9).

U geriatrických pacientů, kde riziko úmrtí v Bansal skóre je výrazně vyšší než riziko progresu do ESRD v KFRE skóre, by se terapeutické intervence měly zaměřit na maximální nefroprotektici, na zlepšení kvality života, zmírnění obtěžujících symptomů pokročilého renálního onemocnění a na plánování budoucí péče, tj. zjištění preferencí pacienta ohledně péče na konci života (kardiopulmonální resuscitace, intubace, přístrojové podpory, invazivních léčebných metod včetně dialýzy, hospitalizací, léčby na jednotce intenzivní péče a jejich případného odmítnutí).

U pacientů, kde riziko progresu do ESRD je výrazně vyšší, než riziko úmrtí z jiné příčiny, bychom měli naše rozhovory cílit na terapeutické možnosti chronického selhání ledvin. Edukace ohledně možností léčby by měla být přátelská vůči pacientovi.

Tady je velmi důležité prezentovat nestranně všechny metody volby bez ohledu na naše preference, s poctivým odhadem výhod a nevýhod u našeho konkrétního pacienta. Konzervativní nefrologická léčba by neměla být prezentována jako druhořadá možnost, ale jako relevantní alternativa k dialyzační léčbě. Individualizace péče a individualizace rizik je obzvláště důležitá u geriatrických pacientů s přítomnou křehkostí (frailty) a s vyšším počtem komorbidit.