

NSAID (nesteroidní antirevmatika – nonsteroid antiinflatory drugs) bychom se měli vyhnout, jednak pro nutnost udržet co nejdéle reziduální funkci ledvin, jednak pro vyšší riziko krvácivých a gastrointestinálních komplikací u pacientů s ESRD.

Na střední a silnou bolest můžeme použít **tramadol**, nebo tramadol v kombinaci s paracetamolem, ale musíme redukovat dávku a prodloužit časový interval pro podávání, neměli bychom překročit dávku 50–100 mg tramadolu maximálně 2x denně.

Pro pacienty se silnou bolestí a nutností podávání opioidů používáme přednostně **buprenorfin**, který má predominantní vylučování pomocí žlučových cest, a není u něj nutno redukovat dávku. Bezpečně můžeme také použít **fentanyl**, kde iniciální dávku je potřeba redukovat o 50 % až při GFR pod 10 ml/min. Použití **morfinu** se u pacientů s ESRD nedoporučuje, nebo jen s velkou opatrností a pečlivým monitorováním nežádoucích účinků.

Z koanalgetik, **gabapentin** a **pregabalin** se vylučují nezměněny ledvinami, proto je nutno jejich dávku snížit podle glomerulární filtrace, u pacientů s CKD 5 je doporučeno podávání 100–150 mg gabapentinu 1x denně, nebo 300 mg gabapentinu ob den, u pregabalinu 25–75 mg/den. Praxe ukazuje, že zejména u gabapentinu je nutné dávky individuálně redukovat ještě více (např. 100 mg/48–72 hod.).

Únava je velmi obtěžující, velmi frekventní a opomíjený symptom, který zásadním způsobem snižuje pacientům kvalitu života. V první řadě je potřeba odstranit faktory, které mohou k únavě přispívat: poruchy spánku, deficit vitamínu D, metabolickou acidózu, anémii, hyperparatyreózu, hypotyreózu, malnutrici, úzkost a depresi. Je vhodné pacienta podporovat v pravidelném aerobním cvičení a hlídat dostatečnou výživu, spolupracovat s nutričním poradcem.

Poruchy spánku jsou u pacientů s CKD také velmi časté, v první řadě je potřeba odstranit ovlivnitelné faktory: svědění, bolest, dušnost, úzkost, deprese, syndrom neklidných nohou a revidovat medikaci, která může k nespavosti přispívat. Z nefarmakologických postupů je důležitá spánková hygiena, vyhnout se stimulantům, jako je kofein, alkohol, nikotin ve večerních hodinách a omezit denní pospávání. Pomoci může také pravidelné cvičení. Z farmakologických postupů je možné u pacientů s CKD použít běžná Z-hypnotika či krátkodobě benzodiazepiny, z antidepresiv je možné využít sedativní efekt nízkých dávek mirtazapinu.

Syndrom neklidných nohou (RLS – restless leg syndrom) – etiologie není zcela jasná. Mezi možné faktory zhoršující RLS patří: anémie, deficit železa, hyperfosfatemie, antidepresiva (ze skupin SSRI, SNRI, TCA), kalciové blokátory či opioidy. Z nefarmakologických postupů může pomoci pravidelné cvičení, z farmakologických nízké dávky gabapentinu, pregabalinu (v redukováných dávkách), agonisté dopaminu, i.v. železo.

Pruritus – etiologie není jasná. Spolupodílející se faktory mohou být anémie, deficit železa, hyperfosfatemie, hyperkalcemie, suchost kůže, alergie či léková hypersenzitivita. Důležité jsou nefarmakologické postupy, dobrá péče o kůži, promazávání kůže neparfemovanými krémy, vyhýbání se horkým koupelím, vyhýbání se mýdly, které může kůži vysušovat a svědění zhoršovat. Vhodné je používat volné bavlněné oblečení, na noc chladivé krémy s obsa-

Tab. 2. Body spojené s rizikovými faktory v rovnici mortality u CKD dle Cardiovascular Health Study

Rizikové faktory	Body
Věk (roky)	
70–74	0
75–79	1
80–84	2
≥ 85	4
Pohlaví	
Žena	0
Muž	1
Rasa	
Černá	0
Bílá	1
eGFR (ml/min)	
50–59	0
40–49	1
30–39	2
< 30	4
Močový ACR (mg/g)	
Ne	0
Ano	1
Diabetes	
Ne	1
Ano	0
Kouření	
Nikdy	0
Exkuřák	1
Kuřák	2
Srdeční selhání	
Ne	0
Ano	2
Iktus	
Ne	0
Ano	1

hem mentolu. Z farmakologických postupů jsou lékem první volby gabapentiny – gabapentin 50–100 mg/den, dále pupalkový olej, antihistaminika (ale pozor, 90 % uremického pruritu není histamin senzitivní) nebo UVB fototerapie.

Nauzea a zvracení bývají přítomny u pacientů s ESRD často, prvním krokem je nefarmakologické řešení: dobrá péče o dutinu ústní, podávání jídel v menších porcích vícekrát denně, minimalizace intenzivních vůní jídla, volné oblečení kolem krku. Nauzea a zvracení mohou být způsobeny u pacientů s ESRD parézou žaludku, diabetickou enteropatií, gastroezofageálním refluxem či zácpou, zde je lékem první volby metoclopramid 10 mg 3x denně, léky další volby jsou haloperidol 0,5–5 mg/den či domperidon 10 mg 1–2x denně. Je-li příčinou urémie, minerálová dysbalance či nežádoucí účinky léčiv (hlavně opiátů), je lékem první volby haloperidol 0,5–5 mg den, lékem další volby je levomepromazin 12,5–25 mg 1x denně. Při rezistentním zvracení je možnost použít olanzapin 2,5 mg 1–6x denně nebo ondansetron 4 mg 3x denně. CAVE haloperidol může zhoršit syndrom neklidných nohou!

Úzkost a deprese jsou u pacientů s ESRD asociované se zvýšenou mortalitou, zvýšenou frekvencí hospitalizací a zvýšenou morbiditou. K nefarmakologickým postupům řešení úzkosti a deprese patří: