

Tab. 3. Riziko 5leté mortality spojené s celkovým počtem bodů

Počet bodů	Odhadované riziko úmrtí	Cardiovascular health study		Aging, and Body Composition Study	
		Počet pacientů (%)	Počet úmrtí (%)	Počet pacientů (%)	Počet úmrtí (%)
0	3,87	2 (0,2)	0 (0)	26 (3,3)	1 (3,8)
1	5,85	23 (2,8)	2 (8,7)	91 (11,5)	7 (7,7)
2	8,82	67 (8,1)	8 (11,9)	106 (13,4)	11 (10,4)
3	13,16	127 (15,3)	20 (15,7)	150 (19,0)	12 (8,0)
4	19,42	146 (17,6)	30 (20,5)	138 (17,5)	25 (18,1)
5	28,13	138 (16,7)	47 (34,1)	129 (16,3)	17 (13,1)
6	39,66	105 (12,7)	42 (40,0)	76 (9,6)	22 (28,9)
7	53,82	87 (10,5)	43 (49,4)	29 (3,7)	9 (31,0)
8	69,33	46 (5,6)	23 (50,0)	24 (3,0)	11 (45,8)
9	83,60	39 (4,7)	29 (74,7)	14 (1,8)	6 (42,9)
≥ 10	93,70	48 (5,8)	39 (81,3)	6 (0,7)	4 (80,0)

empatický přístup a dobrá komunikace, blízkost příbuzných a sociální podpora, pravidelné cvičení, řešení reverzibilních příčin, jako jsou bolest, nespavost, pruritus. U úzkostných pacientů s CKD lze použít krátkodobě jakýkoliv benzodiazepin (nejčastěji oxazepam, alprazolam, bromazepam) s titrací dávky dle efektu, u rezistentní úzkosti lze použít antipsychotika (haloperidol, olanzapin, risperidol nebo tiapridal). Z antidepresiv jsou nejčastěji u pacientů s CKD používány zástupci skupiny SSRI (blokátory zpětného vychytávání serotoninu), např. citalopram, escitalopram, sertralin, fluoxetin a také mirtazapin.

Včasné plánování budoucí péče jako vhodný nástroj k zajištění důstojného konce života dle přání pacienta

Pětileté přežití u pacientů s CKD 5 je 38 %, u pacientů s CKD 5 starších 65 let je to jenom 18 % (17).

Při takto vysoké mortalitě je otázka plánování budoucí péče na konci života zásadní a měli by se jí zabývat nejen nefrologové, ale také praktičtí lékaři, kteří mají tyto pacienty v péči.

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je vnímána pacienty jako život zachraňující postup, který by určitě podstoupili, kdyby u nich došlo k srdeční zástavě. Málomocný pacient ale ví, že ve skupině pacientů s ESRD je pravděpodobnost, že po úspěšné KPR bude propuštěn z nemocnice a přežije nejbližších 6 měsíců, nižší než 10 % (18). Také se může stát, že neurologický stav pacienta po KPR je výrazně zhoršen, nebo že je do konce po KPR závislý na trvalé ventilační podpoře. Tato stránka KPR by

se měla s pacienty s ESRD probrat, aby měli možnost se kvalifikovaně a včas rozhodnout, jestli o takovou péči stojí.

Kanadská studie ukázala, že 61 % dialyzovaných pacientů litovalo, že se pro dialýzu rozhodli, a jenom 10 % pacientů s ESRD si vybavilo diskuzi se svým ošetřujícím lékařem o preferencích v závěru života (19).

I když prognóza pacientů s ESRD i jejich symptomová zátěž je podobná jako u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním, jen málokterému pacientovi s terminálním selháním ledvin se dostane paliativní nebo hospicové péče. Většina z nich umírá v nemocnici, často v poslední fázi života podstupují léčbu na jednotkách intenzivní péče, i když většina z nich by si přála zemřít doma, v hospici nebo na standardním lůžku.

Včasné plánování budoucí péče a plán ohledně podstupování invazivních léčebných strategií jim může umožnit prožít závěr života v souladu s jejich preferencemi (20). Tyto rozhovory jsou časově náročné, ale podpoří pacienty v komunikaci o těchto tématech i s jejich blízkými, kteří často v případě akutního zhoršení pacientova stavu rozhodují o směřování pacienta (volají rychlou záchrannou službu, vezou pacienta do nemocnice apod.). Poučení o možnosti sepsat DVP ohledně preferencí v závěru života umožní pacientům prožít závěr života dle jejich představ a s respektem k jejich integritě a důstojnosti.

Individualizace péče u křehkých geriatrických pacientů s pokročilým onemocněním ledvin, pečlivá komunikace a společné rozhodování jsou cestou, jak integrovat paliativní postupy do standardní nefrologické praxe a umožnit tím důstojný závěr života těchto pacientů.

LITERATURA

- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146-M157.
- Johansen KL, Chertow GM, Jin C, et al. Significance of Frailty among Dialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 2960-2967.
- Rockwood K, Song X, Mac Knight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489-495.
- Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, et al. Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 2487-2494.
- O'Hare AM, Choi AI, Bertenthal D, et al. Age affects outcomes in chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 2758-2765.
- Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, et al. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: Comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26: 1608-1614.
- Kurella Tamura M., Covinsky KE, Chertow GM, et al. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2009; 361: 1539-1547.
- Bansal N, Katz R, De Boer IH, et al. Development and validation of a model to predict 5-year risk of death without ESRD among older adults with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2015; 10: 363-371.
- Couchoud CG, Beuscart JBR, Aldigier JC, et al. Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease. *Kidney Int* 2015; 88: 1178-1186.
- Galla JH, Albert R, Brewer E, et al. Clinical Practice Guideline on Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 1340-1342.
- Saini T, Murtagh FEM, Dupont PJ, et al. Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease. *Palliat Med* 2006; 20: 631-636.
- Yong DSP, Kwok AOL, Wong DML, et al. Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliat Med* 2009; 23: 111-119.
- Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, et al. Undertreatment of Symptoms in Patients on Maintenance Hemodialysis. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 211-218.