

ních pacientů vypořádat se s těžkým stresorem, jakým je kritický stav, však není limitována jen mírou a závažností přidružených chronických chorob, ale významně i jejich křehkostí (frailty), která by měla být vždy vyhodnocena při zvažování přínosu léčby v podmínkách intenzivní péče (11, 12). Je tedy zřejmé, že jakákoliv prognostická rozvaha je vždy kompozitním procesem, zahrnujícím závažnost a reverzibilitu akutního stavu, závažnost a pokročilost chronických komorbidit, křehkost pacienta a jeho přání.

Přítomnost chronických onemocnění přímo ovlivňuje predispozice, průběh a výstup některých sekundárních orgánových komplikací (např. akutního poškození plic – ARDS). Pacienti s komorbiditami mají obecně také mnohem vyšší riziko časného i pozdějšího znovupřijetí do intenzivní péče v rámci jedné hospitalizace (13, 14).

Vybrané fyziologické aspekty multimorbidních pacientů

Fyziologické kompenzační mechanismy většiny multimorbidních pacientů jsou omezeny. V kardiovaskulárním systému jde zejména o omezenou chronotropní a inotropní rezervu jedinců s limitovanou systolickou funkcí; pacienti s diastolickou dysfunkcí jsou zase méně tolerantní k hypovolemii a normální preload je klíčový k udržení dostatečného srdečního výdeje. Omezené rezervy respiračního systému snadno vedou rychlému rozvoji hypoxemie a hyperkapnie a následně alveolární hypoventilace. Stav může vyústit v neočekávaně rychlou zástavu oběhu u pacientů se sníženou respirační a kardiovaskulární rezervou. Situace, kdy akutní problém způsobí dekompenzaci chronických onemocnění u starších a multimorbidních pacientů, je někdy označována jako „geriatrická kaskáda“ (15, 16).

Multimorbidita vystavuje pacienty i riziku kombinace různých typů šokových stavů. Septický šok se může časně komplikovat významnou kardiogenní komponentou (kardiogenním šokem; hypodynamickým fenotypem septického šoku) v důsledku současně probíhající akutní ischemie či špatné hemodynamické tolerance tachyarytmie. Typická pro multimorbidní pacienty je i snížená kognitivní rezerva, kdy zmatečnost či delirantní stav jsou často prvními a vysoce varovnými projevy akutní deteriorace.

Prognostikace multimorbidních nemocných v intenzivní péči

Stanovení prognózy (krátkodobé i dlouhodobé) multimorbidních nemocných v IP je velmi obtížné. Obdobně jako v léčbě i zde postrádáme kvalitní vědecké podklady s doporučení. Vzhledem k tomu, že se skupina multimorbidních a starých nemocných ani zdaleka nemusí překrývat, nemusí pro tyto nemocné platit zavedené obecné prognostické modely či prognostikace založené na „křehkosti“ a „performance statu“ (PS) (17). Naopak, průběh stonání a jeho výsledek může být někdy i překvapující a na první pohled v rozporu s logickými očekáváními: např. nižší mortalita obézních septických nemocných („obesity paradox“) (18) nebo malý vliv aktivní malignity a její léčby na krátkodobou mortalitu v IP (19). Prognózu multimorbidních pacientů v IP ovlivňuje současně akutní onemocnění i vlastní chronické komorbidity.

Management multimorbidních nemocných v intenzivní péči – obecné poznámky a praktický přístup

Přijetí multimorbidního nemocného do IP respektuje obecná doporučení; multimorbidita není kontraindikací per se. Multimorbidní nemocní jsou zpravidla vždy vyřazováni z klinických studií. Dostupných informací a doporučení k této problematice je tedy velmi málo (20). Vzhledem k absenci robustních dat se jako nejlepší jeví komplexní a multidisciplinární péče vycházející z up-to-date znalostí léčby jednotlivých a v danou situaci zásadních komorbidit integrovaná s vysokým standardem intenzivní péče. Standardní a uniformní postup cílený pouze na jedno onemocnění či klinickou situaci velmi často selhává. Je nezbytné včas plánovat komplexní léčebnou strategii a rozsah léčby pro různé klinické scénáře průběhu stonání (agresivní léčba, zadržovaná léčba, paliativní léčba a „end-of-life care“) (2). Cílem a prostředkem je individualizovaná péče s ohledem na konkrétního jedince, okolnosti, preference a cíle jednotlivých pacientů (tzv. „patient-centred“ a „quality-of-life (QoL)-centred care“), včasné plánování léčebných strategií pro různé situace a vývoj stonání („advance care planning“) a stanovení realistických a smysluplných léčebných cílů zahrnující závažnost a reverzibilitu akutního stavu, závažnost a pokročilost chronických komorbidit, křehkost pacienta a jeho přání (2, 21, 22). Zcela nezbytná je dobrá komunikace s nemocným a rodinou/blízkými a samozřejmě i mezioborová spolupráce. Následující doporučení jsou obecná a vychází z dostupných doporučených postupů, recentních literárních zdrojů a postupů dobré klinické praxe.

Hemodynamika:

- ideálně sonograficky kontrolovaná a spíše konzervativní tekutinová léčba (není-li jiný důvod, např. krvácení)
- promptní léčba hypotenze; opožděná korekce hypotenze výrazně zhoršuje mortalitu a morbiditu (nejen) multimorbidních pacientů (multiorgánové selhání, ireverzibilní delirium či redukce kognitivních funkcí)
- důsledná kontrola nepřiměřené srdeční frekvence, zejména tachy-fibrilace síní; aktivní léčba provokujících faktorů (horečka, bolest, infekce, hyperkapnie, acidóza, delirium, léky...)

Oxygenační a ventilační podpora:

- „step-up“ přístup, neurčuje-li klinický kontext jinak: od oxygenoterapie nosními hroty a polomaskou, přes vysokoprůtokovou oxygenaci a neinvazivní ventilaci až po umělou plicní ventilaci
- časná invazivní zajištění dýchacích cest (intubace) a zahájení umělé plicní ventilace ještě před významným vyčerpáním pacienta
- permissivní hypoxie u nemocných s chronickým hypoxickým onemocněním plic (např. CHOPN na DDOT, intersticiální plicní onemocnění apod.)
- permissivní hyperkapnie u nemocných s chronickým hyperkapnickým plicním onemocněním (např. CHOPN)
- minimalizace analgosedace, preferenčně propofol/dexmedetomidin, ne benzodiazepiny