

Velmi mě potěšilo, že je Haškovu přínosu věnován v komentářích tak velký prostor a že vůbec poprvé mají čtenáři možnost se seznámit s jeho originální prací v anglickém jazyce. Je totiž velmi důležité, že pamětníci Haškových objevů předali zprávu o jeho přínosu mladší generaci. Snad se stanou tyto řádky a uvedené úvodníky v *Transplantation* platformou pro další připomenutí významu Milana Haška i pro českou transplantologii.

MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Práva pacientů na dialýze – jak je formulovat a jak je zajistit

Andreucci VE, Kerr DNS, Kopple JD. Rights of chronic renal failure patients undergoing chronic dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19: 30–38.

Jeden z nejvýznamnějších a u nás poměrně dobře dostupných odborných nefrologických časopisů, *Nephrology Dialysis Transplantation* (oficiální časopis ERA-EDTA, European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association), přináší v prvním čísle letošního roku první komplexní materiál zabývající se sice „nevědeckou“, ale mimořádně významnou oblastí – právy pacientů s chronickým selháním ledvin, léčených dialýzou či transplantací.

Článek obsahuje celkem dvacet bodů, resp. definovaných práv, rozčleněných do čtyř oblastí. První se týká potřeby a výběru léčby, další se věnují hemodialýze, peritoneální dialýze a transplantaci.

V první části, věnované potřebě a výběru metody náhrady funkce ledvin, jsou uvedena práva na rovnocenný přístup k léčbě, včasné zařazení, možnost spolurozhodování při volbě metody a právo na nezávislost a soukromí. Hned první odstavce však překvapí větou, že by bylo ideální, pokud by všichni pacienti, kterým může dialýza prospět, k ní měli bezplatný přístup. Toto se pro ekonomicky vyspělé země (včetně naší) může zdát samozřejmostí, ale v mnoha dalších zemích tomu tak není.

Pro poskytování dialyzační léčby není rozhodující, zda se provádí v neziskových či ziskových zařízeních („for-profit“, „non-profit“), ale kvalita musí být srovnatelná a nesmí být vyžadována další platba od pacienta. Není přípustný žádný „waiting list“ pro vstup do dialýzy.

Hemodialýza a peritoneální dialýza jsou navzájem komplementární, obě mají při vzájemném porovnání své relativní „výhody“ či „nevýhody“. V rozhodování by neměly být upřednostňovány nemedicínské okolnosti a pacient by měl být informován o obou možnostech.

S pacientem je třeba o dialyzačním léčení opakovaně mluvit a vše mu vysvětlit, včetně principů i detailů léčby. Měl by znát jména těch, kteří ho léčí a ošetřují.

Měl by mít možnost odmítnout léčbu (a být informován o důsledcích), odmítnout účast ve výzkumných studiích a v neposlední řadě znát výsledky léčby, včetně laboratorních a dalších vyšetření.

Oddíl o hemodialyzační léčbě začíná potřebou dostupnosti – hemodialyzační středisko by mělo být dosažitelné z pacientova domova do 30 minut. Pacient má právo na léčbu poskytovanou kvalifikovaným personálem, ten by měl mít i znalosti z intenzivní medicíny (kardiopulmonální resuscitace). Dialyzační pracoviště může poskytovat až čtyři dialyzační směny za den, avšak noční směna by měla být jen pro pacienty, kteří si ji zvolí.

Dialyzační středisko má být vybaveno moderními přístroji, které jsou včas obměňovány, doba amortizace však není definována. Doporučovaná přístrojová rezerva je jeden monitor na 10 dialyzačních lůžek a samozřejmě je potřeba úpravny vody. Každé tři měsíce je potřeba testování na sérologii hepatitid.

Všechna dialyzační pracoviště mají usilovat o dodržování a respektování doporučených postupů vytvořených na národní úrovni.

Pacient, jehož zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci, by měl být přijat na nefrologické oddělení, kde by byl léčen a ošetřován kvalifikovaným personálem. Měl by mít neproblémový přístup i na oddělení akutní medicíny.

Pro hemodialyzační léčbu je třeba zajistit dobře funkční cévní přístup. Středisko by mělo usilovat o to, aby 80–90 % pacientů zahajujících léčbu, mělo nativní arteriovenózní fistuli, tj. minimalizovat dočasné katetry. Trombóza cévní spojky by měla být řešena do 24 hodin. Při nutnosti katetrizace centrální žíly by před prvním použitím katétru měla být poloha zkontrolována zobrazovací technikou.

Pacientovi by měla být věnována i psychologická podpora, včetně rozpoznání a léčby deprese.

Dávka dialýzy by měla odpovídat doporučením K/DOQI, i když samo o sobě zvýšení dialyzační dávky pro zlepšení prognózy a kvality života nestačí a je třeba věnovat pozornost mnoha dalším potenciálním komplikacím. Délka dialýzy by měla umožnit hemodynamickou stabilitu při ultrafiltraci a odstraňování středních molekul, včetně eliminace fosfátů. Doporučovaná délka je 3–4 hodiny, případně déle (vysoké přírůstky hmotnosti, sklon k hyperkalémii), přitom 90 % pacientů střediska by podle doporučení mělo být dialyzováno třikrát týdně. Dialyzátor by měl mít dostatečnou plochu, měl by být dostatečný průtok krve, doporučuje se 300 ml/min.

Další doporučení se týkají čistoty vody pro dialýzu, kontroly krevního tlaku, adekvátní nutrice (příjem proteinů a energie podle K/DOQI, tj. alespoň 1,2 g proteinu/kg tělesné hmotnosti a současně 30–35 kcal/kg denně).

Podrobně je rozebírána korekce anémie a prevence a terapie renální osteopatie, pro obojí jsou sestaveny doporučené postupy v rámci iniciativy DOQI, resp.

K/DOQI, a v článku jsou z nich uvedeny podstatné body.

Pro peritoneální dialýzu jsou uvedeny pouze základní pravidla, týkající se zahájení léčby (pokud týdně Kt/V klesne pod 2,0), dále požadavek na dostatečné prostorové a personální zajištění střediska. Doporučuje se, aby pracoviště hemodialýzy a peritoneální dialýzy byla funkčně propojena. Pacient by měl mít možnost využít nové metody léčby, včetně automatizované peritoneální dialýzy a nových typů roztoků.

Transplantace by měla být možností pro všechny pacienty, kteří o ni projeví zájem a nejsou kontraindikováni ze zdravotních důvodů.

Publikovaný materiál byl schválen výborem předsedů národních nadací pro onemocnění ledvin (Board of Directors of the IFKF) a v závěru autoři opět konstatují, že je potřeba na něj nahlížet pouze jako na pracovní podklad, který bude modifikován v souladu s novými poznatky lékařské vědy, technologie, ale i společenských potřeb a etických postojů.

KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Sylvie Sulková, DrSc.

Článek o právech pacientů je vhodný k zamyšlení přinejmenším ze dvou úhlů pohledu. První důvod je medicínský: velká část textu uvádí výčet parametrů, které by pro dialyzovaného pacienta měly být zajištěny (cévní přístup, technické dialyzační parametry, dialyzační dávka, nutriční požadavky, léčba anémie, léčba osteopatie, kontrola krevního tlaku atd.). V tomto směru se vlastně jedná o velmi zjednodušené připomenutí stávajících doporučených postupů na mezinárodní úrovni a pokud jsou čtenáři tato doporučení známa, nedoví se nic nového, snad jen si zopakuje, pro které oblasti byla již doporučení sestavena a jaké jsou jejich základní charakteristiky. Autoři však současně upozorňují, že pro konkrétní aplikaci těchto doporučení je vhodné mít modifikace dle jednotlivých zemí a hlavně, rozšiřují povědomí o existenci doporučujících postupů, resp. informují o nich i nelékařskou (pacientskou) veřejnost.

Druhý důvod k zamyšlení je celospolečenský. Znovu ukazuje, a to pro čtenáře překvapivě hned v úvodu prvních doporučení, že dostupnost dialyzační léčby v celosvětovém měřítku je stále problémem. V ekonomicky strádajících zemích se stále provádí výběr, ale i v bohatých zemích je stále co řešit (např. více než polovina HDS v UK neměla volné kapacity pro rekreační dialýzu). Povolené čtyři směny za den jsou z tohoto úhlu pohledu méně zarážející, přesto však by neměly být pravidlem.

První dva autoři článku jsou členy „Patient Advocacy Committee“ (volně přeloženo „Výbor na ochranu práv pacientů“), třetí je současným předsedou International Federation of Kidney Foundations“, Mezinárodní federace národních nadací pro onemocnění ledvin). Hned v úvodu připomínají, že se jedná o výchozí, ja-

kýsi „pilotní“ podklad, určený k široké diskusi, na jejímž podkladě budou vznikat další iniciativy a doplnění. Na text tedy lze pohlížet jako na první impuls pro zřejmě složitou diskusi odborníků i veřejnosti o dialýze, jejích přímosech, ale též o jejích stále existujících limitech.

Teorie a praxe terapie antihypertenzivy u dialyzovaných pacientů

Griffith TF, Chua BSY, Allen AS, Klassen PS, Reddan DN, Szczeczek LA. Characteristics of treated hypertension in incident hemodialysis and peritoneal dialysis patients. Am J Kidney Dis 2003;42:1260–1269.

Hypertenze provází prakticky všechny chronické nefropatie a její výskyt u pacientů vstupujících do dialyzačního programu se udává mezi 60–100 %. Podstatně méně informací však máme o tom, jak vlastně je tato hypertenze medikamentózně léčena, které preparáty se v klinické praxi u pacientů se selháním ledvin v léčbě používají, v jakých kombinacích a s jakými výsledky.

Cílem studie Griffitha a spol. bylo charakterizovat preskripci antihypertenziv v souboru dialyzovaných pacientů, popsat demografická data pacientů léčených antihypertenzivy, dále je charakterizovat podle skupiny předepsaných antihypertenziv a pokusit se vyhodnotit, zda některé z antihypertenziv je pro pacienty léčené hemodialýzou či peritoneální dialýzou výhodnější než ostatní.

Data byla získána subanalýzou z registru USRDS (United States Renal Data System), resp. z prospektivní studie „Dialysis morbidity a mortality study wave 2“. Studie zahrnovala celkem 1 938 hemodialyzovaných a 2 037 peritoneálně dialyzovaných pacientů, kteří vstoupili do dialyzačního programu v období mezi lednem 1996 a březnem 1997, prospektivní sledování trvalo do listopadu 2000. Všichni byli při zahájení dialyzační léčby starší než 17 let.

V podrobné charakteristice u každého z pacientů byl zaznamenán i údaj o přítomnosti kardiovaskulárního onemocnění, tj. pokud měli pacienti pozitivní alespoň jedno z následujících kritérií: prokázanou ischemickou chorobu srdeční, stav po akutním infarktu myokardu, stav po revaskularizaci koronárních tepen, stav po angioplastice, anamnézu či přítomnost městnavé srdeční slabosti a/nebo cerebrovaskulární onemocnění.

U pacientů byla analyzována medikace antihypertenzivy, tyto preparáty byly rozděleny do sedmi tříd: inhibitory ACE či blokátory AT₁ receptoru pro angiotenzin II (tj. obě tyto skupiny byly zvažovány společně), blokátory kalciových kanálů na bázi dihydropyridinu, jiné (nedihydropyridinové) blokátory kalciových kanálů, beta-blokátory, centrální alfa-agonisté, periferní