

Včasná nefrologická péče před rozvojem terminálního selhání ledvin

Gillespie BW, Morgenstern H, Hedgeman E, et al. Nephrology care prior to end-stage renal disease and outcomes among new ESRD patients in the USA. *Clin Kidney J* 2015;8:772–780.

Nefrologická péče před rozvojem terminálního selhání ledvin (ESRD) je spojována s lepšími klinickými výsledky, z nichž nejdůležitějším je jistě lepší jednorozhodní přežívání nemocných po zahájení dialýzy. V minulosti již byly studovány menší soubory nemocných v různých regionech. V roce 2002 byla publikována studie z New Jersey (Avorn et al., 2002), ve které se prokázalo, že pokud trvá nefrologické sledování méně než 90 dnů před zahájením dialýzy, je pravděpodobnost úmrtí v prvním roce na dialýze vyšší o 37 % ve srovnání s pacienty, kteří byli doporučeni do nefrologického sledování časně (95% interval spolehlivosti [IS] 1,22–1,52; $p < 0,001$). Podobně u nemocných, kteří navštívili nefrologa méně než pětkrát v roce před zahájením dialýzy, byla zaznamenána o 15 % vyšší mortalita v prvním roce dialýzy než u těch, kteří měli více než pět návštěv u nefrologa (95% IS: 1,03–1,28; $p = 0,01$). Další data byla získána subanalýzou 2 264 pacientů z Dialysis Morbidity and Mortality Study Wave 2 (Stack, 2003). Také zde bylo prokázáno, že relativní riziko úmrtí je vyšší pro pozdě versus včas odeslané pacienty do nefrologické péče, a to na konci prvního i druhého roku dialyzačního léčení (RR 1,68; 95% IS: 1,31–2,15; RR 1,23; 95% IS: 1,02–1,47). Naopak pravděpodobnost úmrtí snižovalo i to, že pacient navštívil nefrologa alespoň dvakrát během roku před zahájením dialyzačního léčení, ve srovnání s nemocnými, kteří nebyli vyšetřeni nefrologem vůbec (RR 0,80; 95% IS 0,62–1,03; $p = 0,08$). Ještě v minulém století se tímto tématem zabývali Khan se spolupracovníky (Khan et al., 2005). Zpracovali data ze zdravotní po-

jišťovny, celkem od 109 321 pacientů, z nichž pouhých 50 % mělo nefrologickou péči v posledních 24 měsících předcházejících zahájení dialýzy. Celková jednorozhodní mortalita po zahájení dialýzy dosahovala 36 %. Pokud byli pacienti v nefrologické péči (což bylo vyjádřeno ukazatelem „měsíce nefrologické péče“) alespoň tři měsíce v posledním půlroce před zahájením dialyzačního léčení, měli nižší mortalitu než pacienti bez nefrologické péče, u nichž bylo riziko úmrtí naopak vyšší (HR 1,51; 95% IS 1,45–1,58). V roce 2007 byla provedena metaanalýza studií zabývajících se touto problematikou (Chan et al., 2007). K dispozici byly údaje z 22 studií od celkem 12 749 pacientů. Pacienti odeslaní do nefrologické péče pozdě měli signifikantně vyšší celkovou mortalitu než pacienti odeslaní včas (1,99; 95% IS 1,66–2,39, $p < 0,0001$). Toto jsou výsledky týkající se ukazatele mortality. Obdobně ale vycházejí data o přístupu na čekací listinu pro transplantaci ledviny a přípravě k dialýze, která se týkají zejména permanentního cévního přístupu, edukace ohledně peritoneální dialýzy (PD) a podobně.

Předkládaná studie zkoumala data od 537 940 případů terminálního selhání ledvin s nutností zahájení dialýzy v období let 2006–2010 registrovaných v systému pojištění v U.S. Department of Health and Human Services/Centers for Medicare and Medicaid Services. Zkoumaným ukazatelem byla jednorozhodní mortalita po zahájení dialyzačního léčení a dále byly – jako kritéria připravenosti k dialýze – sledovány následující parametry: sérová koncentrace albuminu, sérová koncentrace hemoglobinu, volba peritoneální dialýzy oproti volbě hemodialýzy, dostupnost funkční arteriovenózní píštěle nebo cévního graftu oproti dostupnosti centrálního katétru a informovanost o transplantaci ledviny.

Do studie bylo zahrnuto 443 761 pacientů, z nich 33 % nemělo žádnou nefrologickou péči před zahájením dialýzy, 14 % pacientů byla tato péče poskytována po dobu kratší než šest měsíců, 25 % pacientů mělo nefrologickou péči v trvání 6–12 měsíců a pouze 28 % pacientů bylo kontrolováno nefrologem déle než 12 měsíců. Téměř 49 % pacientů bylo starších 65 let a 59 % trpělo onemocněním diabetes mellitus.

Jakákoliv nefrologická péče před zahájením dialyzačního léčení byla spojena s lepším zdravotním stavem a s připraveností na dialýzu, tato péče pozitivně korelovala s hodnotami vstupního sérového albuminu, hemoglobinu a s informovaností o možnostech transplantace ledviny. Nefrologická péče byla také spojena s větší pravděpodobností zahájení peritoneální dialýzy než hemodialýzy a se zahájením hemodialýzy pomocí trvalého periferního přístupu vs. pomocí centrálního cévního přístupu. Byl prokázán inverzní vztah mezi trváním nefrologické predialyzační péče a mortalitou v prvním roce dialýzy, a to o 42 % u pacientů, kteří měli nefrologickou péči déle než 12 měsíců (pokud predialyzační nefrologická péče trvala 3–6 měsíců, riziko se snižovalo o 28 %, pokud trvala 6–12 měsíců, snižovalo se riziko o 27 %). Horší dostupnost predialyzační péče byla ve vztahu k absenci zdravotního pojištění.

Autoři uzavírají, že nadále velké procento pacientů v USA nemá dostatečnou predialyzační péči. Tato studie vycházející z dat téměř půl milionu pacientů by měla sloužit, resp. pomoci politikům ke změně strategie veřejné zdravotní péče tak, aby se dostupnost predialyzační nefrologické péče zvýšila a počet pacientů bez této péče se snížil. Takové strategie mají potenciál zlepšit klinické výsledky nemocných s chronickými nefropatiemi a se selháním ledvin.

■ KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Chronické onemocnění ledvin (CKD) se stává závažným veřejným zdravotním problémem, jehož řešení si vyžádá opatření na celo-

státních a globálních úrovních. V průmyslově vyvinutých zemích trpí asi 10 % dospělé populace chronickým onemocněním ledvin. Včasný záchyt CKD zůstává v řadě zemí problémem a k těmto zemím patří i Česká republika. Situace, kdy do dialyzačních programů vstupuje 40–48 % pacientů „z ulice“, je neutěšená, stejně jako fakt, že se jí nepodařilo za posledních deset let prakticky vůbec ovlivnit. Přitom diagnostika chronického onemocnění ledvin není obtížná a existují opatření, která mohou průběh chronických nefropatií významně zpomalit.

Předkládaná studie poskytuje organizátorům zdravotní péče další pádný argument. Studie s více než 400 000 pacientů je zatím nejrozsáhlejší z těch, které byly dosud provedeny. Kromě toho pracuje s recentními daty nashromážděnými v průběhu let 2006–2010. Přestože v USA nemají všichni pacienti zdravotní pojištění, zůstávalo před vstupem do dialýzy bez nefrologické péče 33 % pacientů, což je méně než v České republice, kde je zdravotní pojištění univerzálně dostupné a rozdíl v socioekonomickém statusu obyvatelstva nejsou tak extrémní jako ve Spojených státech amerických.

Obdobným zdravotnickým problémem, který se podařilo příznivě ovlivnit globálním opatřením, byl neadekvátně nízký počet pacientů vstupujících do hemodialyzačního programu bez založené arteriovenózní píštěle; tito nemocní měli jako první periferní cévní přístup zakládáný cévní štěp. Iniciativa nazvaná Fistula First Breakthrough Initiative (FFBI) tuto situaci změnila během pouhých šesti let. Z původního počtu nemocných s píštělí (32 %) při vstupu do dialyzačního programu se jejich podíl zvýšil na 52 % (FFBI Press Release, 2009). Z hlediska poměrů v České republice by bylo velice vhodné realizovat analogický projekt pro včasný záchyt chronických nefropatií. Mělo by to význam medicínský a též ekonomický.

Literatura

- Avorn J, Bohn RL, Elvy E, et al. Nephrologist care and mortality in patients with chronic renal insufficiency. *Arch Intern Med* 2002;162:2002–2006.
- Stack AG. Impact of timing of nephrology referral and pre-ESRD care on mortality risk among new ESRD patients in the United States. *Am J Kidney Dis* 2003;41:310–318.
- Khan SS, Xue JL, Kazmi WH, et al. Does predialysis nephrology care influence patient survival after initiation of dialysis? *Kidney Int* 2005;3:1038–1046.
- Chan MR, Dall AT, Fletcher KE, et al. Outcomes in patients with chronic kidney disease referred late to nephrologists: a meta-analysis. *AMJ Med* 2007;120:1063–1070.
- FFBI Press Release: Fistula First Breakthrough Initiative Provides Road Map to Reach CMS Goal of 66%, October 7, 2009. http://www.fmqa.com/library/attachment-library/Fistula%20First%20Breakthrough%20PR100609%20_4_.pdf