

Když se nedaleko od nás katastroficky zboří péče o nefrologické pacienty – jsme připraveni?

Vanholder R, Gallego D, Sever MS. Wars and kidney patients: a statement by the European Kidney Health Alliance related to the Russian-Ukrainian conflict.

J Nephrol 2022 Mar 5:1–4. doi: 10.1007/s40620-022-01301-4. Online ahead of print.

KLÍČOVÁ SLOVA: dialýza během katastrof – dialýza pro imigranty – logistika válečné dialýzy – ukrajinský válečný konflikt – uprchlíci a dialýza

Vztah současného konfliktu na Ukrajině k zajištění lékařské péče o chronické (nejen nefrologické) pacienty komentuje redakce italského časopisu *Journal of Nephrology* slovy „disrupting peace is disrupting chronic care“.¹ Lidé z Ukrajiny odcházejí do jiných zemí a také k nám. Nesou si s sebou jen minimum věcí, své nemoci si však doma nechat nemohou. Budeme vědět, jak například chronicky dialyzovaným ukrajinským pacientům u nás pomoci? Umíme si nyní představit, jak na to?

Belgický profesor Reymond Vanholder, výzkumník s expertními znalostmi a vynikajícími výsledky v oblasti uremických toxinů, profesor nefrologie, ale také velký aktivní podporovatel Lékařů bez hranic, se desítky let věnuje nefrologickým problémům spojeným s přírodními katastrofami (povodně, hurikány, zemětřesení). Nyní ho italský časopis požádal o příspěvek k situaci, která nastala po ukrajinské katastrofě.

Pro toho, kdo opouští svou zemi z důvodu svého základního bezpečí, je odchod velmi těžký. Ještě těžší je pro ty, kteří jsou nemocní. Dialyzovaní pacienti představují v tomto směru jednu z nejvíce ohrožených skupin.

V roce 2019 bylo na Ukrajině podle registru European Renal Association (ERA) léčeno metodami nahrazujícími funkci ledvin (RRT) celkem 10 250 pacientů. Z nich bylo 7 869 pravidelně hemodialyzováno (včetně hemodiafiltrace) a 922 léčeno peritoneální dialýzou. Transplantaci podstoupilo 1 459 osob (v naprosté většině se jedná o transplantace od žijících dárců ledviny). Kolik z těchto pacientů nyní Ukrajinu opustí? (Kolik z nich přijde do České republiky?) Jak svůj odchod zvládnou? V jakém zdravotním stavu přijdou do náhradní země? Na tyto otázky odpovědi nemáme.

Z přírodních katastrof je známo, že ve zdravotní péči je dialyzační léčba postižena nejvíce. Počty pacientů ve fungujících centrech v zemi, ve které neštěstí nastalo, se velmi zvyšují, až například o třetinu. Často nestačí ani dostupná technologie, ale ani zásobování nejen léky, ale i vším ostatním. Je silně narušena i spolupráce s dalšími obory, chybějí vyšetřovací metody laboratorní i zobrazovací; významně přibývá závažných infekcí a dalších nemocí, a možnost komplexní péče se velmi zužuje. Nefrologové na pracovištích, která tyto pacienty přijímají, jsou pod velkým tlakem nejen psychickým, ale i fyzickým, vlivem nadměrné a nepřetržité pracovní zátěže.

Zkušenost však učí, že ve všech dosud známých přírodních katastrofách i válečných konfliktech byla nefrologická komunita velmi soudržná a velmi obětavá, a to včetně mezinárodní podpory. Vždy však bylo zásadní, zdali se podařilo včas zajistit logistiku a dobrou organizaci, či zda se vše teprve tvořilo. Proto je potřeba tento potenciální problém otevřít. Autor silně apeluje na solidaritu a na povinnosti nejen vládní autority, ale i všech přímých poskytovatelů zdravotní péče se těchto křehkých osob ujmout a postarat se o ně.

Na podkladě svých zkušeností první autor sumarizuje některá pravidla a doporučení:

- Je třeba mít připraven plán, včetně logistických kroků (volná dialyzační kapacita nestačí, je třeba mít zajištěny i veškeré další pomůcky, včetně navazujících medicínských postupů).
- Připravit se musejí nejen země v ohrožení, ale i země v bezprostředním sousedství.
- Není však realistické mít trvale velké zásoby (riziko expirace), je důležité mít navazující logistiku dodávek.

- I když není možné předjímat, o kolik pacientů se bude třeba postarat a co vlastně bude potřeba, přesto je předem třeba připravit plán pro zajištění všeho, co by potřeba být mohlo.
- Pokud pravidla nejsou včas dostupná či se nedají aplikovat, nastává situace, kdy nefrologové v dané zemi, ale i mezinárodně musejí improvizovat, adaptovat se na nové podmínky a potřeby a tuto situaci musejí zvládnout.
- Při jakékoliv přírodní katastrofě a specificky při válečném stavu vždy nastane nepoměr mezi potřebou a možnostmi poskytnutí lékařské péče.

Tento rozpor je třeba pokud možno zmírnit. Například je ospravedlnitelné zavést režim dvou dialýz týdně místo standardního (a jistě lepšího) režimu tří dialýz týdně, souběžně s větším než obvyklým důrazem na dietní možnosti při ovlivnění uremických toxinů i hydratace.

- I když telemedicína není plně rozšířena, autor doporučuje její maximální využití pro komunikaci tam, kde přímý kontakt nelze zajistit. Podmínkou je pochopitelně fungující internet, počítačová gramotnost, rizikem jsou mimo jiné počítačové kyberútoky.
- Principy léčby obětí katastrofy se mohou od obvyklých i mírových podmínek lišit. Je třeba postupovat jednoduše a pragmaticky.²

KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc.

Článek není vědecký ani didaktický, je zcela jiný, ale s vědeckou literaturou má jedno společné: vede k zamyšlení, k hledání souvislostí, k hledání významu pro naši klinickou práci. Tento poslední aspekt je dokonce přímo uveden.

V návaznosti na článek je potřebné hledat další informace. Jak vlastně dopadaly dřívější válečné konflikty na dialyzované pacienty?

Od války v Kuvajtu uplynulo více než 30 let. Není mi známo, že by byly podrobněji analyzovány dopady na dialyzační léčeni. Přesto však lze dohledat stručný článek, který je popisuje.³ V době invaze bylo v zemi 196 dialyzovaných pacientů, někteří z nich v zahraničí na rekreační dialýze – ti dopadli nejlépe. Zemi v důsledku konfliktu opustila plná třetina pacientů (77 osob). Ostatní (102 osob) v zemi zůstali a 41 % z nich přišlo během roku o život. Přístrojová peritoneální dialýza byla zlikvidována, 95 % léčených nepřežilo. Mortalita běženců činila 12 %. K významným příčinám úmrtí patřila mimo jiné nedostupnost dialýzy, pacienti prostě nesehnali dialyzační centrum, které by je přijalo k léčbě. Více než kritický byl nedostatek personálu. Týdenní čas dialýzy byl všem zkrácen na osm hodin (dvě dialýzy týdně) a incidence nově zařazovaných pacientů klesla o více než třetinu; transplantační program v zemi se zastavil. Pokud bychom z těchto dat vyvozovali pravděpodobnostní situaci nyní cíleně pro nás, je naprosto jasné, že opuštění země bylo téměř nutné.

- V mnoha zemích bohužel nebyl problém medicíny (resp. nefrologie) katastrof zahrnut do rutinního zorného úhlu nefrologické péče. V současné době se to jeví jako nevýhoda, avšak tím spíše je třeba to provést nyní. Do spektra nefrologických aktivit klinických, ale i výukových a výzkumných je třeba zařadit toto kritické téma.

V závěru svého příspěvku, publikovaného online 5. března 2022, se autor mimo jiné zamýšlí, asi jako my všichni, nad celou touto katastrofickou situací. I kdyby skončila smírem a brzy, její dopady na životy lidí budou dlouhodobé. Ukrajinský konflikt podtrhuje již dřívější zkušenost (avšak pouze těch, kteří to sami poznali), že stávající koncept dialyzačního léčení je v důsledku vysoké technické náročnosti vysoce vulnerabilní. Je třeba významně posílit včasnou diagnostiku a maximální možnou prevenci a profylaxi terminálních stadií nefropatií, paralelně s větším důrazem na transplantaci. Rovněž je třeba posílit domácí dialyzační léčbu, neboť i když zůstává technicky a materiálově nákladná, přece jen je méně ohrožitelná v případě katastrof. Tento komplexní požadavek na snížení ohrožení dialyzační léčby se týká jak přírodou podmíněných, tak i lidmi zaviněných katastrof.

Další poučení přináší článek o dialýze v dobách války v Bosně a Hercegovině.⁴ Od zahájení této tříleté války uplyne letos 30 let. Jde o roky, kdy dialýza u nás zaznamenávala obrovský rozvoj! Autoři svůj článek, mimochodem velmi zajímavý, publikovali až s velkým časovým odstupem a paradoxně přiznávají, že skutečná nefrologie se v jejich zemi rozvinula vlastně až po skončení války.

Některé jejich postřehy jsou nejen nečekané, ale vlastně možná nyní pro nás i užitečné. Pro dialyzační nefrologii přicházela humanitární pomoc ze západních zemí, prakticky na dobrovolném podkladě (organizace Lékaři bez hranic). I když dle autorů byla většina pomůcek prošlých, neváhali je využít, včetně velké zásilky dialyzačních katétrů, které doslova pomohly zachránit životy, aniž by nastaly infekční či jiné komplikace. Incidence hepatitidy C vystoupala až na 95 %, neboť nebyly dostupné testy pro často prováděné krevní transfuze. Erythropoetin nebyl dostupný ani před válkou, ani během ní (u nás byl dostupný od roku 1998 v klinických zkouškách).

Velmi důležitým momentem je popisovaná solidarita bez ohledu na stranu bariéry: pokud se jednalo o dialýzu, obě strany byly schopny se domluvit a pomoci. Počty běženců byly tak velké, že v některých městech převyšovaly počty vlastních obyvatel. Až třetinu pacientů na dialyzačních střediscích tvořili běženci. Pokud byla pomoc dostupná (což zdaleka nebylo vždy), byla bezplatná a zdravotníci pracovali zadarmo.

Problematika transplantací ledvin i akutního selhání ledvin není do tohoto textu vzhledem k rozsahu zařazena. Zmíním však informaci o dvou stovkách osob s akutním selháním ledvin při otravě houbami, které lidé jedli proto, že neměli nic jiného k jídlu. Příběhů selhání funkce štěpu pro nedostupnost imunosuprese je mnoho a jen ti šťastnější mohli být dialyzováni.

V době války odsunuje péče o akutní pacienty péči o chronické pacienty do pozadí. Dialyzační problémy byly provázeny nejen nedostatkem léků, ale všeho, včetně jídla a vody. Velkým problémem byl nedostatek přístrojů i spotřebního materiálu a léků, nedostatek jídla, nedostatek diagnostických možností, nemožnost přípravy vody (dialýzy vesměs na neupravenou vodu – otázka aluminiové toxicity), vypínání elektřiny, nedostatek benzínu/nafty pro transport pacientů, vojenské útoky. Voda pro dialýzu nebyla upravována a peritoneální program byl ukončen, neboť nebyly roztoky. Důsledky války pak dlouho přetrvávaly. Ještě deset let po ukončení války pracoval v Bosně a Hercegovině jen jeden nefropatolog.

Nejen články o dialýze za války v Kuvajtu či za války v Bosně a Hercegovině, ale již i dřívější a další texty, bohužel nečetné a dosud mimo centrum pozornosti, se zamýšlejí nejen nad strašnými humanitárními katastrofami při přírodních událostech (zemětřesení, povodně, uragány), ale zvažují i vysokou pravděpodobnost možného válečného konfliktu. Katastrofy bohužel nevyvolává jen příroda, resp. přírodní živly, ale i člověk.^{5,6}

Pro ještě více komplexní pohled je důležitá ještě další publikace,⁷ jež přináší data z velkého dotazníkového průzkumu organizovaného společně Mezinárodní nefrologickou společností (International Society of Nephrology, ISN) a Evropskou renální společností – Evropskou dialyzační a transplantací společností (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association, ERA-EDTA) ohledně dialyzační léčby uprchlíků, odpověď zaslalo téměř 300 dialyzačních pracovišť. Mimo jiné z dat vyplývají relativně častá odmítnutí dialýzy u běženců, a to dokonce v zemích západní Evropy, velké problémy nejen jazykové, ale zejména kulturní, nejednotnost přístupu k problému nejen mezi různými zeměmi, ale i uvnitř téže země pro jednotlivá střediska, a zejména problematické přístupy k úhradě léčby. Transplantace, resp. zařazení na čekací listinu poskytovala přibližně polovina středisek, ovšem pouze těm, kteří měli schválený pobyt v zemi na déle než jeden rok. V některých, a to jen ojedinělých centrech se prováděly pouze transplantace od živých dárců a za úhradu. Vše toto vedlo k další, již tak velké psychické zátěži personálu.

Komentovaný článek a články zmíněné v komentáři dokládají hloubku obrovského problému. Přesto však ukazují, že naše podmínky pro případnou pomoc nemocným lidem, kteří k nám přijdou, jsou významně lepší, než je zde uvedeno. Nefrologická komunita je silná a dobře organizovaná, zkušenosti a znalosti máme velké. V porovnání s dřívějšími katastrofami jsme my tady na tom ještě velmi dobře.

LITERATURA

1. Piccoli GB, Gaetano M. The disasters of war. On kidney patients in the Ukrainian-Russian war. *J Nephrol* 2022 Mar 7:1–2. doi: 10.1007/s40620-022-01300-5. Epub ahead of print.
2. Sever MS, Vanholder R. Management of crush victims in mass disasters: highlights from recently published recommendations. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013;8:328–335.
3. El-Resjaid K, Johnny KV, Georgous M, et al. The impact of Iraqi occupation on end-stage renal disease patients in Kuwait, 1990–1991. *Nephrol Dial Transplant* 1993;8:7–10.
4. Mesic E, Aleckovic-Halilovic M, Tulumovic D, et al. Nephrology in Bosnia and Herzegovina: impact of the 1992–1995 war. *Clin Kidney J* 2018;11:803–809.
5. Cameron SJ. The effect of armed conflict on dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1993;8:6.
6. Pavlovic D, Jankovic N, Orlic L, Heinrich B. Dialysis patients: vulnerable group of patients. *Kidney Int* 2010;77:72.
7. Van Biesen W, Vanholder R, Vanderhaegen B, et al. Renal replacement therapy for refugees with end-stage kidney disease: an international survey of the nephrological community. *Kidney Int Suppl* (2011) 2016;6:35–41.