

Paliatívna medicína a liečba bolesti

1-2e
2017

www.solen.sk

ISSN 1339-4193

ROČNÍK X.

PREHĽADOVÉ ČLÁNKY

- KOMUNIKÁCIA S RODINNÝMI PRÍSLUŠNÍKMI PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI
- JE DOSTUPNOST A KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ PACIENTŮM S POKROČILÝM CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM DOSTATEČNÁ?
- BOLEŠŤ U BÝVALÝCH ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

PÔVODNÉ ČLÁNKY

- KORELÁCIA STÚPAJÚCEJ HLADINY ALBUMÍNU A NAPLNENIA TERAPEUTICKÉHO CIEĽA PRI PARENTERÁLNEJ NUTRIČNEJ PODPORE
- SUPERVIZE JAKO JEDNA Z MOŽNÝCH PODPOR PRACOVNÍKŮ V HOSPICIÁCH ČESKÉ REPUBLIKY
- DERMATOLOGICKÁ KONZILIA V HOSPICI PROSTŘEDNICTVÍM INTERNETOVÉ SÍTĚ

MEDZIODBOROVÉ KONZÍLIUM

- PREDCHÁDZAJÚCE PRIANIE A PRIANIE NEBYŤ RESUSCITOVANÝ V PRÁVNOM PORIADKU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

OŠETROVATEĽSTVO

- FYZIOTERAPIA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI



Katedra sociálnej práce FZaSP TU
Nadácia J. Murgaša
Dpt. of Health Administration and Human Resources

Vás pozývajú na

MEDZINÁRODNÚ KONFERENCIU HOSPICOVEJ A PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

8. ročník

12. máj 2018

Aula Pazmaneum FZ a SP Trnavskej univerzity v Trnave

Hlavní organizátori a garanti konferencie

Prof. Daniel J. West, PhD. Jr, FACHE, FACMPE

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

MUDr. Kristina Križanová

Prihlasovanie na: konferenciahps@gmail.com.

Podrobnejšie informácie budú zverejnené v januári 2018 na www.truni.sk a www.hospice.sk.



Paliatívna medicína je špecializačný odbor pre lekárov na Slovensku od roku 2006. Jej výučba sa vykonáva na Klinike klinickej onkológie SZU a NOÚ, na Oddelení paliatívnej medicíny a klinickej onkológie Národného onkologického ústavu v Bratislave. Podmienky na zaradenie do špecializačnej prípravy sú uvedené na internetovej stránke Slovenskej zdravotníckej univerzity.

Malignity sa stali spolu s kardiovaskulárnymi ochoreniami novou epidémiou v rozvinutých krajinách. Sú to ochorenia najmä starých ľudí, ale podľa štatistík zomiera na ne najviac ľudí medzi 50. a 70. rokom života (1).

V Európe je organizácia zdravotníckych systémov odlišná ako v Severnej Amerike. Od Spojených štátov amerických sa líši významne: zdravotnícke systémy v Európe sú solidárne. To znamená, že odvody do zdravotníckeho poistenia platia zdraví a ešte zdravší a hlavne tí, čo pracujú a výdavky idú na chorých a ešte chorejších, ktorí sú buď starí a chorí, alebo, čo je horšie, mladí a chorí. Každý štát sa snaží optimalizovať výdavky na zdravotníctvo tak, aby sa za rovnaké peniaze zlepšilo alebo vrátilo zdravie čo najviac chorým. Zistilo sa, že na posledný rok života pacienta sa vynakladá najviac zdrojov na oddialenie smrti a zlepšenie zdravia. Každý z nás sa raz dostane do štatistiky mŕtvych, ale aj do iných štatistík. Osobný zážitok dlhotrvajúceho nevyliciteľného ochorenia spojeného s hospitalizáciami, fyzickým a psychickým utrpením sa do štatistík nezmesť a ani tam nepatrí.

Paliatívna starostlivosť vrátane hospicovej starostlivosti na Slovensku živorí spolu s ostatným zdravotníctvom. Na Oddelení paliatívnej medicíny a klinickej onkológie SZU a NOÚ pracujem 22. rok. Môj pracovný život sa chýli ku koncu a frustruje ma, ako málo som dokázala zmeniť v postojoch ministerstva zdravotníctva a zdravotných poisťovní k paliatívnej starostlivosti.

Vo vnímaní paliatívnej medicíny/starostlivosti v priebehu posledných 10 rokov nastal v Európe aj Amerike výrazný posun. Zistilo sa dobre vedenými randomizovanými štúdiami, že tzv. paliatívny pohľad na pacienta (môj, nikde nezaužívaný termín) je iný ako onkologický pohľad a oba medicínske prístupy sa v ideálnej situácii významne dopĺňajú. Paliatívna medicína zlepšuje kvalitu života onkologického pacienta už na začiatku protinádorovej liečby metastatického ochorenia, a dokonca môže participovať na predĺžení života. Onkológ vidí najmä malígnu nádor a jeho metastázy a vedie s ním nezmieriteľný boj. To, že sa tento boj odohráva v organizme pacienta, sa berie do úvahy menej. Paliológ sa pozerá najprv na to, ako sa cíti pacient zoči-voči onkologickému ochoreniu a pýta sa, ako si pacient praje žiť v tejto situácii, ktorá sa nedá odvolať. Berie do úvahy všetky somatické príznaky, súčasne zisťuje, ako pacient funguje vo svojom domácom prostredí a či by sa nedalo niečo zlepšiť. Ortodoxný onkológ považuje tento paliatívny pohľad za niečo menej medicínske, skôr sociálne.

Onkologické terapeutické postupy sa podriaďujú medicíne založenej na dôkazoch. Aj paliatívna medicína má už dostatočne robustnú vedomostnú bázu. Randomizované štúdie v paliatívnej medicíne majú svoje úskalía, ale vykonávajú sa. Je v najlepšom záujme našich pacientov, aby sme svoje sily spojili a využili všetky nové vedomosti.

Paliatívna medicína je spolu s geriatriou, pediatriou a vnútorným lekárstvom „prierezový“ odbor, ktorý zahŕňa medicínske princípy kauzálnej symptomatickej liečby pre pacientov v ktoromkoľvek veku, ktorí majú chronické nevyliciteľné ochorenie s mnohými neprijemnými symptómami, ktoré sa nedarí kauzálnou špecializovanou liečbou odstrániť (2). Symptomatickú liečbu, ktorú ponímame zoširoka, možno rozvíjať veľmi kreatívne.

Paliatívna medicína sa od 70. rokov 20. storočia rozvinula z pôvodnej hospicovej koncepcie do súčasnej podoby koordinovanej lekárskej, ošetrovateľskej, psychologickú, duchovnej multidisciplinárnej starostlivosti na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej a zdravotno-sociálnej starostlivosti. Vznikla v onkológii v čase stagnácie protinádorovej liečby a krátko mediánu prežitia onkologických pacientov. Spočiatku išlo naozaj o starostlivosť na konci života, ktorou zostala hospicová starostlivosť dosiaľ. Hospicové hnutie vyvolalo odpoveď aj medzi onkológmi, ktorí si veľmi prali, aby onkologické metastatické ochorenie nebolo ortieľom smrti a synonymom utrpenia. Vznikla suportívna starostlivosť, ktorú dosiaľ onkológovia najlepšie ovládajú a tá zmierňuje následky protinádorovej liečby (chemoterapie, rádioterapie aj chirurgickej liečby). Začiatkom 21. storočia sa akceptoval aj rozdiel medzi paliatívnou medicínou (termín paliatívny zaviedol dr. Balfour Mount z Kanady, ktorý dosiaľ žije a publikuje) a suportívnou liečbou. Dotazníky o kvalite života sa stali neoddeliteľnou súčasťou výskumov liečby v onkológii tak, ako sa čoraz častejšie hovorí o ekonomických aspektoch liečebných postupov.

Paliatívna medicína je v súčasnosti aj tzv. **Early Palliative Care (EPC)** – včasná **paliatívna medicína/starostlivosť** aj **End-of-Life Palliative Care (EoL PC)** – **starostlivosť na konci života**, ktorá je náplňou hospicovej starostlivosti. Vždy ide o medicínsku a ošetrovateľskú, teda zdravotnú, starostlivosť, nie o sociálnu starostlivosť.

Paliatívna medicína a liečba bolesti

Ročník 10, 2017, číslo 1-2e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: január 2018

Vychádza v spolupráci s:

- Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny SLS (www.paliativnamedicina.eu)
- Českou spoločnosťou paliatívnej medicíny (www.paliativnimedicina.cz).

Redakčná rada:

prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.
doc. MUDr. Peter Beržinec, CSc.
doc. PhDr. Mgr. Patrícia Dobríková, PhD. et PhD.
MUDr. Stanislav Fabuš
MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Mária Jasenková
MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
MUDr. Peter Križan, CSc.
MUDr. Kristína Križanová
PhDr. Jana Nemcová, PhD.
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Odborní editori:

MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Kristína Križanová

Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, www.solen.sk
tel.: 02/5465 1381, redakcia@solen.sk

Redaktorka:

Michaela Malová,
0903 463 286, malova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09

ISSN 1339-4193 (online)

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).
Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citačná skratka: Paliat. med. liec. boles.

Vydavateľstvo SOLEN, s.r.o., SR má na základe zakúpenej licencie výhradné právo na preberanie a publikáciu článkov z časopisov vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ČR.

Akákoľvek časť obsahu alebo článku nesmie byť kopírovaná alebo inak rozmnožovaná s cieľom ďalšieho šírenia akýmkoľvek spôsobom a v akejkoľvek forme bez písomného súhlasu vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ako vlastníka autorských práv.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov.

V časech vzniku hospicovej starostlivosti neboli technické možnosti medicíny také, aké sú v 2. desaťročí 21. storočia. Dnešný paliatológ sa pravidelne stretáva s pacientmi, ktorí majú zavedený tunelizovaný centrálny katéter, stenty v rôznych orgánoch tela, sú po sofistikovaných chirurgických výkonoch. Úlohou paliatológa súčasnosti je v tejto situácii kvalifikovane zhodnotiť pacientove fyzické symptómy, zvládnuť ich na úrovni súčasnej medicíny, zhodnotiť funkčnosť pacienta a podľa možnosti ju zlepšiť a starať sa o chorého komplexne vrátane jeho psychických, spirituálnych a sociálnych trápení.

MUDr. Kristína Križanová

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*. 2015;136(5).
2. Cherny NI. Stigma Associated With "Palliative Care". *Getting Around It or Getting Over It*. *Cancer*. 2009
3. Cherny NI, Fallon MI, Kaasa S, et al. Preface. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5th edition. *Oxford University Press*, 2015

Úvodné slovo

- 3 MUDr. Kristína Križanová
Úvodné slovo

Prehľadové články

- 6 Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD., Mgr. Barbora Mešková
Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti
- 11 Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc., PhDr. Helena Novotná, MUDr. Marie Lazárová
Je dostupnosť a kvalita paliatívnej starostlivosti poskytovaná pacientom s pokročilým chronickým srdcovým selháním dostatočná?
- 14 MUDr. Michal Mrocek
Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti
- 18 MUDr. Katarína Jakubovíťšová, MUDr. Andrea Škripeková, PhD., MUDr. Zuzana Barlíková, MPH
Konzervatívna liečba malígnej črevnej obštrukcie
- 22 MUDr. Lucia Dzurillová, MUDr. Andrea Škripeková, PhD.
Radiačná enteritída
- 26 Prof. MUDr. Beata Mladosievičová, PhD.
Bolesť u bývalých onkologických pacientov
- 30 MUDr. Tatiana Geistová
Prelomová nádorová bolesť

Pôvodné články

- 33 MUDr. Andrea Škripeková, PhD.
Korelácia stúpajúcej hladiny albumínu a naplnenia terapeutického cieľa pri parenterálnej nutričnej podpore
- 40 MUDr. Ivan Dekánek
Antibiotická liečba na konci života – kazuistika
- 43 Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc., Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
Zohľadňujú zdravotnícká zariadenia manželské či jiné partnerské vzťahy seniorů?
- 45 Mgr. et Mgr. Martina Pižlová
Supervize jako jedna z možných podpor pracovníků v hospicích České republiky

Pôvodné články

- 49 Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc., MUDr. Zora Poláčková, Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
Dermatologická konzília v hospici prostredníctvom internetové siete

Medziodborové konzílium

- 51 JUDr. Lucia Laciaková, PhD., doc. JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD. et PhD.,
MUDr. Norbert Moravanský, PhD.

Predchádzajúce pranie a pranie nebyť resuscitovaný v právnom poriadku Slovenskej republiky

- 57 Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc., MUDr. Vítězslav Zbořil, Ph.D., JUDr. Jan Mach
Jak zajistit pacientům v hospici stomatologickou péčí?

Ošetrovateľstvo

- 59 PhDr. Lucia Kendrová, PhDr. Wioletta Mikuláková, PhD., PhDr. Mgr. Petra Homzová
Fyzioterapia v paliatívnej starostlivosti

- 62 Mgr. Dominika Kalánková, prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.
Úloha sestry v posúdení bolesti hlavy u pacientov s primárnym nádorom mozgu

Informácie & komentáre

- 65 Preklad: MUDr. Lucia Dzurillová
Použitie paliatívnej ventilácie: možnosti a klinické dôkazy v paliatívnej starostlivosti

- 69 Preklad: MUDr. Lucia Dzurillová
Otvorená pilotná štúdia podávania perorálneho vitamínu C ako opioid šetriaceho prostriedku u pacientov s chronickou bolesťou spôsobenou nádorovým ochorením

- 71 MUDr. Jana Hoozová
Správa o činnosti Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny



Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.^{1,2}, Mgr. Barbora Mešková²

¹Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

²Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne

V príspevku poukazujeme na dôležitosť adekvátnej a efektívnej komunikácie s príbuznými zomierajúceho pacienta, pričom dôraz kladieme na zapojenie všetkých členov paliatívneho tímu a využitie tých komunikačných techník, ktoré zdôrazňujú partnerský prístup k človeku.

Kľúčové slová: komunikácia, príbuzní, paliatívna starostlivosť, tímová spolupráca

Communication with relatives of the patient in palliative care

In the paper, we point out the importance of adequate and effective communication with relatives of the dying patient, emphasizing the involvement of all members of the palliative team and the use of communication techniques that emphasize the partnership approach to the person.

Key words: communication, relatives, palliative care, teamwork

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e6–e10

Rodina – integrálna súčasť paliatívnej starostlivosti

V rámci paliatívnej starostlivosti je pacient a jeho rodina v centre našej pozornosti (1). Rodinu pacienta ako integrálnu súčasť starostlivosti preto nemožno opomenúť. Z našich profesionálnych skúseností vieme, že komunikácia s rodinou pacienta môže byť veľmi náročná. Svoj podiel na tom má vysoká miera interindividuálnych odlišností a zároveň vysoká miera situačnej záťaže.

Rodina je biologická entita, ktorá z nás robí to, čím sme. Je to sociálna jednotka, z ktorej vychádzame a čerpáme svoju identitu. Pacienti sú členmi rodiny, problémy pacienta sú problémami rodiny a problémy rodiny sú problémami pacienta. Toto konštatovanie môže znieť ako samozrejmé, no často sa stretávame s nevysloveným predpokladom, že jediné, na čom záleží, je pacient. Ak sa v rodine vyskytne nevyliciteľné ochorenie, ostatní členovia sa často zmobilizujú. Trvajú na tom, že pacient má vo všetkom prvoradnosť a popierajú svoje vlastné potreby (2). Pre členov rodiny je situácia ochorenia príbuzného nesmierne náročná. Okrem zvládania choroby a jej dôsledkov musia často fungovať v pracovnom procese a každodenných povinnostiach. Musia podporovať a starať sa o chorého a často zároveň zvládať aj jeho predchádzajúce úlohy. Enormná záťaž, šok z diagnózy a strach o chorého môžu spolu s ďalšími faktormi viesť k neprimeraným či nevhodným reakciám rodiny a ich neschopnosti viesť konštruktívny dialóg s lekárom (3). Pre pacienta a jeho rodinu zostáva smrť desivou udalosťou a smrť milovanej osoby nie je len

strata. Je to prelomový okamih, od ktorého už svet nebude rovnaký ako predtým. Ohrozenie života a veľké straty vyvolávajú v akomkoľvek veku vzťahové správanie (attachment behavior). V takej záťažovej situácii sa môže dostať na povrch veľa predchádzajúcich problémov (2). Komunikácia sa stáva vzhľadom na uvedené extrémne skutočnosti častokrát veľmi náročná.

Komunikácia s rodinou pacienta a jej špecifiká

Výskumné zistenia ukazujú, že pre pacientov a rodiny v rámci paliatívnej starostlivosti bol podstatnejší komunikačný spôsob ako samotný obsah komunikácie. V rámci spôsobu komunikácie bolo rozhodujúce načasovanie, poradie informácií a vnímaný postoj komunikujúceho. Z hľadiska obsahu boli najcitlivejšie vnímané témy prognózy a nádeje. Poskytované informácie boli hodnotené ako veľmi dôležité pre ďalšiu rodinnú komunikáciu. Ako komunikačné bariéry boli vnímané: nedostatočné zaangažovanie pacienta a rodiny do rozhovoru, neadekvátne množstvo poskytnutých informácií a vnímaný diskomfort lekára pri zdieľaní informácií (hlavne o prognóze ochorenia). Ukázalo sa, že poskytnutie informácií zomierajúcim pacientom a ich rodinám bez dôrazu na celkové pochopenie súvislostí môže viesť k nárastu neistoty. Informácie o prognóze by mali byť komunikované s rešpektom k individuálnym copingovým schopnostiam pacienta a príbuzných (4). Komunikáciu lekára s rodinou môže komplikovať situácia, keď rodina pozná fakty o stave pacienta, ale neberie ich na vedomie (často ide o obranné mechanizmy popierania rea-

lity a vytesňovania informácií) (3). Členovia rodiny rovnako ako pacient môžu prechádzať jednotlivými fázami vyrovnávania sa so smrťou (5). Na tento fakt nesmieme pri komunikácii s nimi zabúdať. Komunikačné krízové situácie a ich zvládanie má v rámci paliatívnej starostlivosti nezastupiteľné miesto. Ak nie sú tieto situácie správne vyhodnotené a zvládnuté, môžu u pacienta skomplikovať proces zomierania. Existenciálny distress sa môže nesprávne označiť ako terminálna agitácia a môže viesť k zvýšeným dávkam sedácie. Pre príbuzných to môže znamenať roky prežívania viny, ľútosti a smútku, ako aj skomplikovanie prirodzeného procesu smútenia. Hoci v praktických situáciách často rozoznáme, čo je potrebné urobiť, formálne identifikovanie komunikačných krízových momentov ako jedných z najzávažnejších kríz v rámci paliatívnej starostlivosti môže zvýšiť povedomie a zlepšiť ich zvládanie (6).

Náročná komunikácia s rodinnými príslušníkmi zároveň ovplyvňuje správanie a prežívanie lekára, častokrát veľmi negatívne. Lekár môže byť unavený z pracovného zhonu a ťažké komunikačné situácie sú pre neho o to náročnejšie. Napätie a agresivita, ktorú priniesli do rozhovoru príbuzní, sa môže ľahko preniesť aj na lekára. Na zvládnutie agresivity príbuzných pacienta a ich upokojenie však nepomáha, ak sa dá lekár vtiahnuť do tohto štýlu komunikácie (odolať je niekedy extrémne náročné). Agresivita sa môže do rozhovoru preniesť ako výčitka, karhanie alebo podráždenosť. Za neustálou kontrolou, či zdravotníci urobili všetko podľa predstáv príbuzných, býva skrytý strach a bezmocnosť rodiny a snaha zvrátiť osud ich blízkeho (3). Očakávanie rodiny a pacientov

od medicíny môžu byť často príliš vysoké. Obraz lekárskeho úspechu a víťaznej medicíny je stále čiastočne udržiavaný. Niekedy si plne neuvedomujeme skutočnosť, že pacienti sa chcú napriek všetkému uzdraviť. Pacienti a ani rodina niekedy nemajú dostatok času na spracovanie informácie, že zomierajú. Práve prijatie definitívneho stavu je pre ďalšie konanie rodiny nevyhnutné. Je dôležité, aby plne pochopili prognózu ochorenia svojho príbuzného, a predišli tak prípadným výčitkám svedomia (napríklad „Ak by som si uvedomil, že stav je natoľko vážny, určite by som na posledné Vianoce prišiel domov.“). Stáva sa, že partneri znášajú ochorenie horšie ako samotní pacienti. Niekedy môže byť rozhovor a starostlivosť o partnera náročnejšia než starostlivosť o pacienta samotného. Chorobou netrpí len pacient, ale v skutočnosti je chorá celá rodina, ktorá ochorením trpí. Niekedy na to zabudne aj samotná rodina, od ktorej sa toho veľa očakáva. Do situácie vstupujú častokrát s minimálnymi skúsenosťami so starostlivosťou o chorých, takže správne posúdiť vážnosť situácie je pre nich nesmierne náročné (7). Komunikácia s rodinou je v rámci paliatívnej starostlivosti nevyhnutná. Rodina by mala byť informovaná o aktuálnom stave pacienta, ďalších postupoch a cieľoch v liečbe (so súhlasom pacienta) a ich porozumenie by sa malo overiť (3).

Rodina môže byť pre lekára jedinečným zdrojom informácií o pacientovi. Pacient môže byť počas rozhovoru paralyzovaný strachom alebo prílišnou úctou k lekárovi (7). Naopak, pacient sa môže s personálom rozprávať o témach, ktoré sú v rámci rodiny tabu (smrť, zomieranie). Zároveň si však musíme uvedomiť, že ak pacient vstupuje do liečby aj so svojimi najbližšími, zvyšujú sa nároky na komunikačné zručnosti všetkých členov paliatívneho tímu (3).

Efektívna komunikácia a jej vplyv na kvalitu starostlivosti

Výskumné zistenia ukazujú, že komunikácia je v rámci paliatívnej medicíny pre pacienta a rovnako pre jeho rodinu najdôležitejšou témou v súvislosti s vnímanou spokojnosťou a kvalitou starostlivosti. V rámci piatich subtém boli opísané najdôležitejšie komunikačné oblasti: 1. budovanie raportu s pacientom a rodinou na vytvorenie dôvery a partnerstva, 2. venovanie pozornosti očakávaniam a vysvetľovanie cieľov starostlivosti, 3. priebežne informovať pacienta a rodinu o zdravotnom stave pacienta, 4. aktívne počúvať a vnímať pacientove obavy a individuálne potreby, 5. poskytnúť bezpečný priestor na rozhovor o smrti a zomieraní. Prvé štyri subtémy vytvárajú bázu pre možnosť oslovenia piatej témy (8).

To, aby bol pacient, ale rovnako aj jeho rodina plne informovaná a informácie boli správne pochopené, je mimoriadne dôležité, aby mohli naplno využiť čas, ktorý im vzhľadom na ochorenie zostáva. Hovoriť otvorene o tom, že je niekto nevyliciteľne chorý alebo že na ochorenie zomiera, je veľmi náročné. Musíme si byť veľmi dobre vedomí toho, čo môžeme pacientovi ponúknuť a rovnako to musíme pacientovi a jeho rodine vhodne odkomunikovať. Členovia personálu musia mať sami jasno vo svojom postoji k duchovným záležitostiam a mali by byť pripravení o týchto veciach hovoriť. Naša tendencia pozeráť na seba ako na niekoho, koho úlohou je viesť a riadiť, je nebezpečná, a je potrebné sa naučiť náležitému rešpektu voči ostatným, ktorí sú v celej veci zaangažovaní. Základom je zdieľanie moci, spoluúčasť nás samotných na živote ľudí, ktorí často prežívajú veľké utrpenie, a na spoločnom prechádzaní prelomovým obdobím ich života. To môže byť emocionálne mimoriadne náročné a vyžaduje si to integrovaný systém podpory pre pacientov, ich blízkych a aj pre personál (2).

Interdisciplinárna spolupráca ako základ efektívnej komunikácie

Interdisciplinárna spolupráca v zdravotníctve ako zhoda medzi jednotlivými profesiami, ktorá zhodnocuje odbornosť a prináša benefit komplexnej starostlivosti o pacienta, sa nedeje automaticky – vyžaduje si uznanie, porozumenie a úsilie. Istým spôsobom sa jej potrebujeme učiť. Nemá však len potenciál podporiť pacienta a jeho rodinu, ale aj celkovú spokojnosť jednotlivých zdravotníckych pracovníkov. Paliatívna medicína je zo svojej podstaty interdisciplinárny odbor a výsostne si vyžaduje medziodborovú spoluprácu. S faktom, že medziodborová spolupráca je dobrá vec, súhlasí skoro každý, ale veľa profesionálov nemá konkrétnu predstavu o tom, aké reálne benefity môže priniesť do každodennej praxe (9, 10, 11, 12). Interdisciplinárna spolupráca môže zlepšiť kontinuitu starostlivosti a rovnako má potenciál zvýšiť pracovnú spokojnosť a tým znížiť riziko fluktuácie zamestnancov (1). Paliatívna starostlivosť by mala zo svojej podstaty obsiahnuť medicínsku, etickú, psychologickú, sociálnu, existenciálnu a emocionálnu dimenziu. Zdá sa, že zloženie multidisciplinárnych tímov často nezrkadlí všetky zastúpené dimenzie a kladie sa dôraz na lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť (11). Avšak práve pracovné tímy v rámci paliatívnej medicíny majú, vzhľadom na jej holistické zameranie, potenciál byť lídrami v rámci interdisciplinárnej spolupráce, a poukázať tak na možné praktic-

ké benefity daného modelu. V rámci efektívnej spolupráce sa javí ako nevyhnutné dobré zadefinovanie úloh a zodpovedností jednotlivých členov tímu a rovnako dobrá úroveň komunikačných zručností (1). Výskumné zistenia však nasvedčujú, že úlohy jednotlivých profesií v tíme nie sú jasné pacientom, rodinným príslušníkom a ani samotným profesionálom (13). Rodina by mala byť rovnako zahrnutá do tímovej spolupráce. V súčasnosti neexistuje smernica, ktorá by určovala praktickú stránku spolupráce. Rola rodiny v rámci interdisciplinárneho modelu spolupráce nie je úplne výskumne vyjasnená, no jej vplyv na celkový výkon tímu a vplyv na pacienta je zrejmy. Rodina a pacient sú teda v centre starostlivosti celého tímu, no zároveň majú možnosť prevziať, podľa svojich možností a preferencií, aktívnu účasť a stať sa členmi tímu (1).

Ukazuje sa, že komunikácia patrí medzi kľúčové schopnosti v rámci interakcie s pacientom a jeho najbližšími a je rovnako nevyhnutná v rámci efektívnej interdisciplinárnej spolupráce. Môžeme teda konštatovať, že lekárske povolanie je mimoriadne náročné na komunikačné zručnosti, ktoré sú nevyhnutné na jasné zdieľanie názorov a myšlienok, koordináciu úloh, usmernenie toku informácií alebo stabilizovanie emócií. Napriek tomu je komunikácii všeobecne a špeciálne krízovej komunikácii venovaná v rámci medicínskeho kurikula len minimálna pozornosť (14). Výskumné zistenia ukázali, že výučba komunikácie ako predmetu je na Slovensku v zdravotníckom odbore neuspokojivá. Absentuje praktické zameranie a nácvik komunikačných zručností pre všetky situácie, v ktorých sa môže zdravotnícky personál ocitnúť (15, 16).

Iná situácia je v zahraničí. Pregraduálna výuka lekárov v komunikácii prebieha v niektorých štátoch (napríklad v USA, Kanade, Veľkej Británii, Švajčiarsku, Škandinávii...) už viac ako 50 rokov prostredníctvom tzv. štandardizovaných pacientov. Štandardizovaní pacienti sú školení herci, študenti herectva alebo iní dobrovoľníci, ktorí hrajú rolu pacienta podľa skutočnej klinickej anamnézy, s detailným klinickým obrazom. Rola je teda štandardizovaná, naučená z dopredu vypracovaných skriptov. Kladie sa dôraz na autenticitu štandardizovaného pacienta aj študenta medicíny (alebo lekára) a je poskytovaná spätná väzba. Spätná väzba od štandardizovaného pacienta, ostatných študentov, kolegov a učiteľov analyzuje klady a zápory modelového správania, návrhy na jeho zlepšenie, učí flexibilitu a komunikačnej obratnosti. Použitie štandardizovaného pacienta neznamená terapiu, ale metódu vzdelávania sa pri praktickom vykonávaní činnosti

(angl. learning by doing). Rozhovor so štandardizovaným pacientom prebieha v simulovanej ordinácii pre výučbu, vo fakultnej nemocnici alebo v skutočnej ordinácii na klinike. Ostatní študenti alebo lekári sú pozorovatelia v tej istej miestnosti alebo ukrytí za polopriepustným sklom. Celý rozhovor je nahrávaný na video. Po rozhovore nasleduje prehratie záznamu a skupinový rozhovor o kladných aspektoch komunikácie, o tom, čo si lekár nevšimol, a rozoberajú sa aj jednotlivé fázy rozhovoru. Štandardizovaný pacient sa vyjadruje, ako pochopil oznámenie o diagnóze, návrh liečebných postupov a ako na neho celkovo medik alebo lekár pôsobil (17). V poslednom období integrovala väčšina amerických a kanadských lekárskejších fakúlt program štandardizovaného pacienta do výučby a koordinuje vzdelávanie a poradenskú službu štandardizovaného pacienta. V súčasnosti má aj polovica z 36 lekárskejších fakúlt v Nemecku v pregraduálnej výučbe začlenených 50 hodín komunikácie so štandardizovaným pacientom, pričom ich výučbu zabezpečujú kliniky lekárskej psychológie, psychoterapie, didaktiky a špeciálnej pedagogiky. Napríklad Univerzitná nemocnica s lekárskou fakultou v Kolíne nad Rýnom zamestnáva už od roku 2002 šestnásť štandardizovaných pacientov (hercov), ktorí sú vyškolení na Klinike psychoterapie a psychosomatiky (18).

Taktiež aj zásady poskytovania správy o úmrtí v rozhovore s pozostalými platia tak pre nácvik medikov so štandardizovaným pacientom, ako aj pre lekárov v praxi. Pozostalí sú v emocionálne vypätej situácii, preto je vhodné informovať o faktoch, dopriať čas na ticho, mlčanie a podávať vecné informácie, čo majú ďalej robiť. Dôležité je prejavíť záujem o subjektívne prežívanie pozostalých. Po poskytnutí nepríjemnej informácie môže s pozostalými pracovať klinický psychológ. Pri výcviku lekárskejších zručností (somatického vyšetrenia, terapeutických techník) sa dobre trénuje komunikačný potenciál, prejaví sa tiež všeobecný postoj k druhým ľuďom, vnímanie role lekára a role pacienta, a zároveň sa trénujú medik alebo lekár učí citlivo pracovať s mocou, ktorou disponuje z hľadiska svojej profesie (17). Ako vidíme aj na základe týchto nadobudnutých spôsobilostí a spätnej väzby, eliminuje sa paternalistický postoj a prístup lekára k pacientovi, príbuzným a napokon aj k ostatným členom tímu profesionálov. Keďže na Slovensku podobné vzdelávanie nemáme, mohlo by byť užitočné zapojiť tréning komunikácie aspoň do špecializačnej prípravy lekárov v jednotlivých oblastiach medicíny. Konkrétne v paliatívnej medicíne by bolo vhodné posilniť okrem schopnosti komuni-

kovat s pacientom aj komunikáciu s príbuznými a tímovú kooperáciu. Efektívna komunikácia je skutočne veľmi komplexná téma a nadobudnutie efektívnych komunikačných zručností si vyžaduje okrem teoretických poznatkov aj praktický tréning pod supervíziou. Podľa našich odborných skúseností je v oblasti paliatívnej medicíny nevyhnutné stavať práve na dôležitosti multidisciplinárneho tímu a dôležitosti zastúpenia jednotlivých profesií. Využitie synergického efektu vnímame ako kľúčové aj pri efektívnej komunikácii s rodinou pacienta.

Ak sa zameriame na komunikačné zručnosti, sú v rámci multidisciplinárneho tímu dominantné profesie sociálneho pracovníka a psychológa. Sociálny pracovník je plne kompetentný zúčastňovať sa na základných aspektoch paliatívnej starostlivosti, a naplňovať tak princíp starostlivosti centrovanej na pacienta a jeho rodinu. Zároveň je potrebné vzdelávať ostatných členov zdravotníckeho tímu, pacientov a rodinných príslušníkov o praktických možnostiach pôsobenia sociálneho pracovníka v rámci efektívnej tímovej práce. K hlavným oblastiam práce patrí práve spolupráca s rodinou pacienta, porozumenie rodinnej dynamiky a facilitácia rodinnej kohézie, zmiernovanie distresu rodinných príslušníkov, zvyšovanie citlivosti a zohľadnenie rozmanitosti kultúrnych a náboženských potrieb. Aktívna participácia sociálneho pracovníka zmiernuje zaťaženie ostatných členov tímu (10). V našich podmienkach ide hlavne o lekára alebo sestru, ktorí pri absencii sociálneho pracovníka alebo psychológa často supľujú jeho funkcie.

Z hľadiska komunikácie s rodinou pacienta sa výrazný prínos sociálnych pracovníkov v rámci paliatívnych oddelení a hospicov výskumne potvrdil. Výskum bol realizovaný v USA a z oslovenej vzorky sociálnych pracovníkov (N = 641) sa výrazná väčšina z nich (96 %) podieľala na rozhovoroch o plánovaní ďalšej liečby s pacientmi a rovnako s ich rodinnými príslušníkmi. V rámci diskusií sa venovali identifikovaniu cieľov, hodnôt a priorít v rámci starostlivosti. Ozrejmovali možnosti plánovania liečby a rovnako zaznamenávali obsah jednotlivých diskusií (12). Pri sledovaní pracovnej náplne jednotlivých členov paliatívnych a hospicových tímov bola komunikácia a psychosociálna podpora opísaná u všetkých sledovaných profesií – lekár, sestra, sociálny pracovník a duchovný. Starostlivosť o rodinu pacienta bola výhradne v činnosti sociálneho pracovníka (19). Okrem sociálneho pracovníka sa rodine venuje aj klinický psychológ. Z jeho kompetencií v rámci práce s rodinou pacienta spomenieme identifikáciu a zachytenie prípadných psychických problémov príbuzných,

psychoterapiu a nácvik relaxačných techník, spracovávanie pocitov viny, spolu s lekárom sa môže zúčastňovať oznámenia diagnózy alebo negatívnej prognózy rodinným príslušníkom, vykonáva krízovú intervenciu, skupinovú terapiu, edukáciu. Psychológ objasňuje prípadné psychické problémy pacienta jeho príbuzným a rovnako členom tímu (20). Ak sú zdanlivo ne-logické reakcie pacienta objasnené a je poskytnutý vhlad, stávajú sa pre rodinných príslušníkov a rovnako pre členov tímu menej zatažujúce.

Praktické aspekty efektívnej komunikácie s rodinou pacienta

Vzhľadom na komplexnosť problematiky komunikácie vo všeobecnosti a v rámci paliatívnej starostlivosti obzvlášť je mimoriadne náročné poskytnúť univerzálne platné komunikačné vzorce. V nasledujúcej časti sa budeme snažiť načrtnúť poznatky, ktoré môžu komunikáciu zdravotníka a príbuzných pacienta uľahčiť.

Optimálne pre všetky strany (pacienta, rodinu aj lekára) je poskytnutie primeranej miery informácií pacientovi a so súhlasom pacienta aj jeho rodine. Za každých okolností by však malo byť pravidlom, že na prvom mieste treba zvážiť najlepší záujem pacienta a až následne želania jeho rodiny. Dôležité je konať v prospech pacienta, ale zároveň o tom citlivo komunikovať s jeho rodinou (3). V rámci komunikačných nedorozumení sa často objavuje rozdielne vnímanie situácie. Preto je vhodné na začiatku rozhovoru overiť, ako príbuzný chápe situáciu a aké informácie o chorobe má. Rozhovor sa preto odporúča začínať otvorenou otázkou: *Mohli by ste mi povedať, čo viete o ochorení vášho príbuzného?* Rovnako dobré je v úvode overiť, ako príbuzní chápu možnosti paliatívnej starostlivosti: *Aké sú vaše očakávania od paliatívnej starostlivosti?* Prípadné nezrovnalosti je vhodné hneď ozrejmiť a rovnako overiť pochopenie. U pacientov a rodinných príslušníkov sa stretávame s často rozdielnou potrebou informovania o ochorení a prognóze. Požiadavky sa menia aj v rámci jednotlivých fáz ochorenia. Interindividuálne rozdiely v potrebe informácií by sme mali vždy rešpektovať. Či bolo množstvo informácií primerané, môžeme jednoducho overiť na konci rozhovoru: *Máte pocit, že teraz máte o jeho/jej zdravotnom stave dostatok informácií (4)?*

Ideálna situácia v hospici je, keď sa pri príjme venuje príbuzným pacienta sociálny pracovník, ktorý s nimi prejde základné informácie týkajúce sa podmienok hospitalizácie, podmienok daného zariadenia, vysvetlí im, čo znamená paliatívna liečba a objasní im konzultačné hodiny lekára

s vysvetlením, prečo nie je možné konzultovať kedykoľvek. K tomuto stretnutiu sa môže na niekoľko minút pripojiť aj lekár, ktorý stručne zhrnie aktuálny stav a spôsob podávanej liečby. Je možnosť, že si zároveň objedná príbuzného na niektorý deň a presnú hodinu na podrobnejšiu konzultáciu, ak má príbuzný záujem, alebo mu odporučí objednať sa telefonicky, keď nastane u neho potreba stretnutia s lekárom, či už prostredníctvom informátora, sociálneho pracovníka, alebo inej za to zodpovednej osoby. Je veľmi dôležité, aby lekár vzhľadom na svoje pracovné vyťaženie konzultoval v pokoji a vo vhodnom priestore, vtedy, keď vie, že to nerobí na úkor iných činností. Určite nie je adekvátne podávať informácie kdekolvek na chodbe len preto, lebo si to príbuzný v danom okamihu želá. V takýchto situáciách je vhodné, aby lekár odkázal príbuzného na konzultačné hodiny s vysvetlením, že aj on potrebuje čas a priestor, aby sa mu mohol venovať a zodpovedať na prípadné otázky bez časového stresu. Lekár by mal naozaj podávať príbuzným len tie informácie, ktoré najmä z hľadiska legislatívy a odbornosti nemôže podávať iný člen paliatívneho tímu. Aby sme docielili dodržiavanie určitého časového harmonogramu lekára z hľadiska jeho konzultačných hodín, tak je nevyhnutné, aby lekár (prípadne aj iný člen hospicového tímu) dokázal aj s náročným, prípadne manipulatívnym príbuzným komunikovať nielen empaticky, ale aj asertívne.

Počas rozhovoru lekára s príbuzným odporúčame dodržiavať nasledovné:

- Nerušené prostredie.
- Predstavenie sa, podanie si ruky, očný kontakt, oslovenie titulom alebo priezviskom, nevytvárať bariéry z hľadiska posturiky – prekřížené ruky a nohy.
- Hneď na začiatku upresniť, koľko času mu môžeme venovať (napríklad: *Pani XY, som veľmi rád/rada, že máme k dispozícii týchto 20 minút, počas ktorých môžeme nerušene prebrať zdravotný stav vášho manžela.*)
- Nechať začiatok rozhovoru na príbuzného, aby sme nehovorili informácie 2-krát, prípadne, aby sme nerozoberali záležitosti, ktoré príbuzného vôbec nezaujímajú (napríklad: *Povedzte mi, čo konkrétne by ste chceli vedieť, prípadne aké postrehy alebo pripomienky máte.*). Keď totiž necháme príbuzného vyrozprávať sa (pokojne aj 10 minút bez prerušenia), tak bude jeho základná potreba po vypočutí naplnená. Rovnako bude vnímať náš záujem o jeho emócie, prípadne postrehy, a hoci by napríklad nebolo možné v určitých oblastiach príbuznému vyhovieť, už len samotné vypo-

čutie a uznanie jeho obáv znižuje jeho stres a posilňuje dôveru v lekára (aj v prípade, že nesúhlasíme s tvrdeniami príbuzného, tak mu neskáčme do reči a nechajme ho vypovedať aj negatíva). Príbuzní sa napríklad sťažujú, že ich blízky má zlú starostlivosť, ale ak ich zdravotník nepreruší a nechá porozprávať, v čom vidia nedostatky, tak sa častokrát dozvie, že im vadí napríklad zhoršenie pacientových mnestickejch funkcií, čo oni pripisujú nedostatočnej liečbe, ale po vysvetlení sú schopní prijať tento fakt ako súčasť choroby a zmeniť nazeranie na aktuálnu situáciu. V konečnom dôsledku to eliminuje ich negatívne prežívanie a prípadnú nedôveru v zdravotníkov.

- Pri počúvaní treba využívať techniky aktívneho počúvania (neverbálne prejavy – prikývnutie, očný kontakt, parafrázovanie, sumarizácia a pod.).
- V prípade, že želania príbuzného a želania pacienta sú v rozpore, je potrebné vysvetliť mu (edukáciou a aj exemplifikáciou), že hlavnou úlohou je rešpektovať prania pacienta.
- Ak sa príbuzný pýta, ako by mal pristupovať k pacientovi, ako s ním komunikovať (vypozoroval u neho zmenu v správaní, kognícii, nálade a pod.), tak odporúčame, aby mu lekár navrhol konzultáciu s psychológom, ktorý má čas všetko mu podrobne vysvetliť. Okrem toho popri práci na vzťahovom rámci príbuzný – pacient môže psychológ riešiť aj vnútorné konflikty, pocity viny, prípadne iné negatívne emócie alebo správanie príbuzného.
- Reč by mala byť jednoduchá, treba používať krátke vety, zrozumiteľné slová, v prípade potreby je nutné vysvetliť neznáme výrazy.
- Netreba sa báť ani persúázie (presvedčania), že určitý liečebný postup je potrebný a žiaduci a iný by zas mohol pacientovi uškodiť.
- Treba oceniť záujem príbuzného o pacienta, prípadne oceniť iné aspekty, ktoré sú významné pre danú osobu, a zároveň mu dať aj spätnú väzbu o tom, že hospitalizácia bola vzhľadom na všetky skutočnosti nutná (eliminujeme pocity viny, že sa nestará o pacienta v domácom prostredí, prípadne, že kvôli svojej náročnej práci alebo ostatnej rodine nenavštevuje blízkeho tak často, ako by chcel alebo ako by sa podľa neho „malo“). Okrem toho treba uznať vážnosť jeho problémov.
- Klásť vhodné otázky a usmerňovať rozhovor:
 - Opíšte mi bližšie...
 - Z čoho konkrétne usudzujete, že...
 - Chceli by sme tejto vašej obave porozumieť, môžete mi, prosím, viac priblížiť...
 - Čo by ste navrhovali, aby...

- Na záver je potrebné zosumarizovať povedané a poďakovať sa za rozhovor i záujem o pacienta zo strany príbuzného.
- Rovnako je potrebné verbalizovať, že stanovený časový priestor uplynul a ukončiť rozhovor. Ak príbuzný potrebuje hovoriť viac, tak je vhodné buď dohodnúť konzultáciu na iný deň, alebo u iného odborníka z paliatívneho tímu (sestra, psychológ, sociálny pracovník) podľa situácie.
- Pozor! Lekár nie je zodpovedný za vyriešenie všetkých problémov, ktoré majú príbuzní.

Empatická a asertívna komunikácia

Zaujali nás zistenia kvalitatívnej štúdie, ktorá skúmala spätnú väzbu paliatívnych pacientov a ich príbuzných o skúsenostiach s informovaním o diagnóze a rovnako zisťovala celkovú spokojnosť s komunikáciou počas celej dĺžky ochorenia. V rámci informovania o diagnóze bolo identifikovaných šesť atribútov pozitívne vnímanej komunikácie: úprimné a priame poskytnutie informácií; poskytnutie informácie v jazyku, ktorý je pochopiteľný pre pacienta a jeho rodinu (vyvarovať sa zbytočnému používaniu odborných termínov); verbálny aj neverbálny kontext zdieľania informácie so súcitom a empatickým spôsobom; poskytnutie dostatku času počas rozhovoru; poskytnutie informácií v takom množstve a v takom slede, ako sú pacient a rodina schopní spracovať; odkaz, že aj napriek progresii ochorenia pacienta a rodinu neopúšťame, ale vieme im v rámci možností pomôcť.

Ako veľmi citlivo vnímané sa ukázali témy prognózy a nádeje. Pri informovaní o prognóze bola veľmi negatívne vnímaná vyhýbavosť. Pozitívne bolo hodnotené vnímanie komunikujúceho ako experta; úprimnosť a rešpekt k množstvu informácií, ktoré chcel pacient a rodina vedieť; potreba predvídateľnosti; individuálne načasovanie podľa pripravenosti pacienta/rodiny. Pacienti a rovnako ich rodinní príslušníci vyjadrili potrebu vnímať nádej aj napriek uvedomeniu si a prijatiu skutočnosti závažnosti ochorenia a obmedzenej dĺžky života. Opisovali akoby roztrieštené vnímanie, keď si na jednej strane uvedomovali terminálny charakter ochorenia a na druhej strane si potrebovali zachovať vieru v zázrak. Ak bola ich nádej na zázrak prerušená unáhleným alebo necitlivým spôsobom, vnímali to extrémne negatívne. Vo všeobecnosti vnímali účastníci výskumu informácie ako faktor, ktorý zlepšil ich schopnosť rozhodovať sa a pomáhal udržiavať kontrolu nad situáciou. Vnímaný nedostatok informácií bol spájaný s nárastom stresu, frustráciou a neistotou (4). Všetky tieto aspekty je potrebné integrovať v rámci ko-

munikačného procesu s rodinou pacienta. Vo všeobecnosti si komunikácia vyžaduje vysokú citlivosť a rešpekt voči individuálnym prániam a potrebám pacientov a ich rodinných príslušníkov. Empatické počúvanie, úprimnosť a podpora sú dôležité zložky efektívnej komunikácie (16).

Rovnako je vhodné oboznámiť sa s technikami asertívnej komunikácie, ktorým sa veľmi názorne venujú samostatné publikácie, a preto ich v rámci článku rozoberáme len stručne.

Uplatňovanie asertívnych práv umožňujú neprijímať manipulatívne správanie druhých voči nám a zároveň nemanipulovať druhými ľuďmi (21). Asertívne správanie je založené na rešpektovaní svojich potrieb a potrieb iných, prejavuje sa jasnou, vecnou a konkrétnou komunikáciou. Vytvára priestor na otvorené prejavovanie svojich názorov, pocitov, potrieb a záujmov, učí nás čeliť manipulácii, zachovať pokoj v náročných situáciách, zvládať kritiku a efektívne pracovať s pochvalou (22). Častou formou reakcie na konfliktné situácie bývajú manipulácie, ktorých cieľom býva vyvolať v lekárovi pocit viny. Účinnou obranou pred manipuláciami je asertívna perzistencia, ktorá pozostáva z vytrvalého presadzovania svojho tvrdenia (rozhodnutia, požiadavky) v dvoch krokoch: asertívne „nie“ a použitie techniky opakovania („gramofónová platňa“) (23). Technika opakovania je veľmi účinná v situácii, v ktorej druhá strana nerešpektuje náš názor a neustále pokračuje v snahe dosiahnuť svoj cieľ. Technika spočíva v tom, že druhej strane opakujeme jednu a tú istú vetu (slovo), pričom v tejto vete nezmeníme ani slovosled, ani jej intonáciu. Kontramaniplatívna technika „otvorených dverí“ je vhodná pri situácii kritiky. Kritika útočí na emócie a na komplexy menejcnosti, preto má v sebe silný manipulatívny potenciál. Základné pravidlo techniky je v zásade súhlasiť s časťou kritiky, neodporovať, nebrániť sa, nereagovať kritikou, ale povedať niečo, z čoho vyplýva, že sa v zásade kritike otvárame a súhlasíme s kritizujúcim. Technika pracuje s premisou, že akákoľvek kritika môže obsahovať zrníčko pravdy, keď sa na ňu pozrieme z istého uhla pohľadu – súhlasíme s každou pravdepodobnou všeobecne uznávanou a nepopierateľnou pravdou, ktorá je v kritike obsiahnutá. Jednoducho s kritizujúcim súhlasíme, podľa presne určených zásad. Kritizujúci totiž očakáva protiútok, úzkosť alebo iný spôsob obrany. Istým spôsobom ho pripustením kritiky prekvapíme (24).

Okrem praktického aplikovania uvedených techník je rovnako dôležité vyvarovať sa v komunikácii zlozvykov pri počúvaní, medzi ktoré radíme čítanie myšlienok (komunikačnému obsahu vkladáme vlastný význam), prerušovanie, skákanie do reči a chýbajúcu spätnú väzbu. Ak nedáme

pomocou spätnej väzby najavo, že počúvame, môže mať komunikačný partner pocit, že ho ignorujeme alebo mu nerozumieme (môže mať potom tendenciu tvrdenia opakovať znovu). Medzi komunikačný zlozvyk radíme aj neverbálne odmietanie komunikačného partnera (pozeranie sa mimo hovoriaceho, otáčanie sa bokom alebo chrbtom, grimasy, dohováranie sa s niekým mimo rozhovor). Nesúlad verbálnej a neverbálnej zložky poslucháča mátie, preto je veľmi dôležité, ako sa pri rozhovore tvárime, gestikulujeme, aký máme tón hlasu atď. (2). V rámci asertívnej komunikácie je neverbálna stránka veľmi dôležitá. Je dôležité vystupovať pokojne, uvoľnene a udržiavať primeraný očný kontakt. Rovnako je dôležité pri komunikácii rešpektovať intímny odstup (21).

V paliatívnej starostlivosti je potrebné aplikovať jednotlivé komunikačné techniky s vysokou mierou citlivosti. V rámci zdokonaľovania komunikačných zručností jednotlivých členov tímu by sme chceli vyzdvihnúť možnosť využiť potenciál multidisciplinárneho tímu. Na základe našich skúseností je dôležité vnímať dôležitosť a komplexnosť problematiky komunikácie a tejto téme sa cielene venovať na tímových stretnutiach. Z hľadiska edukácií sa venovať teoretickým východiskám, technikám a praktickému nácviku. Rovnako analýze náročných komunikačných situácií, s ktorými boli jednotliví členovia tímu konfrontovaní.

Záver

Komunikačné spôsobilosti sú nevyhnutné pre všetkých členov paliatívneho tímu, pričom veľkú pozornosť treba venovať najmä lekárom, nakoľko sú témy, ktoré erudovane zodpovie len lekár, a aj z hľadiska legislatívy je práve on zodpovedný za informovanie ohľadom diagnózy a prognózy. Vzhľadom na komplexnosť danej problematiky je v paliatívnej starostlivosti nevyhnutná spolupráca multidisciplinárneho tímu. V rámci štúdiom osvojených komunikačných zručností dominuje hlavne sociálny pracovník a psychológ. Ich prínos môže byť nie len v skvalitnení starostlivosti o pacienta a jeho rodinu, ale aj v znížení pracovnej záťaže ostatných členov tímu (najmä lekárov a sestier).

Tento príspevok bol realizovaný v rámci projektu „Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska [APVV-0524-12].“

Literatúra

- McDonald Ch, McCallin A. Interprofessional collaboration in palliative nursing: what is the patient-family role? *International Journal of Palliative Nursing*. 2010; 16(6): 285–288.
- Parkes CM, Relfová M, Couldricková A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu; 2007.

- Andrášiová M, Bednařík A. *Budem k Vám úprimný...* 1. vyd. Bratislava: Slovenská onkopsychologická spoločnosť, OZ; 2015.
- Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian an Australian qualitative study. *The BMJ*. 2004; 328: 1343.
- Dobříková-Porubčanová P, et al. *Nevyšleďte chorý v súčasnosti*. 1. vyd. Trnava: Spolok svätého Vojtecha; 2005.
- Pickering M, George R. Communication: the forgotten palliative care emergency. *The BMJ*. 2007; 334: 1274.
- Theová AM. *Paliatívni péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu; 2007.
- Seccareccia D, Wentlandt K, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Gagliese L, Grossman D, Zimmermann C. Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18(9): 758–764.
- McIlfatrick S. Interprofessional collaboration in palliative care: rhetoric or reality? *International Journal of Palliative Nursing*. 2013; 19(9): 419.
- Sumser B, Remke S, Meimena M, Altילו T, Otis-Green S. The Serendipitous Survey: A Look at Primary and Specialist Palliative Social Work Practice, Preparation, and Competence. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18(10): 881–883.
- Klarare A, Hagelin CL, Fürst CJ, Fossum B. Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2013; 16(9): 1062–1069.
- Stein GL, Cagle JG, Christ GH. Social Work Involvement in Advance Care Planning: Findings from a Large Survey of Social Workers in Hospice and Palliative Care Settings. *Journal of Palliative Medicine*. 2017; 20(3): 253–259.
- Oishi A, Murtagh EM. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliative Medicine*. 2014; 28(9): 1081–1098.
- Bridley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care*. 2011; 26(2): 155–159.
- Fülopópová A, Gajdošová M. Rozvíjanie komunikačných zručností v zdravotníctve na Slovensku. *Verejně zdravotníctvo* [online]. 2010; 7: 4. Available from: <<http://www.verejne-zdravotnictvo.sk>>.
- Bhatt A, Mitchell A. Effective Collaborative Communication in Hospice Care. *Palliative Medicine Care*. 2015; 2(1): 1–13.
- Raudenská J, Javůrková A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada; 2011.
- Raudenská J. Zpráva z Köllner Interprofessionelles Skills Lab. *Bolest*. 2008; 11(2): 122–125.
- Kang J, Kim Y, Yoo SY, Choi JY, Koh SJ, Jho HJ, Choi YS, Park J, Moon DH, Kim DY, Jung Y, Kim WCH, Lim SH, Hwang SJ, Choe SO, Jones D. Developing competencies for multidisciplinary hospice and palliative care professionals in Korea. *Support Care Cancer*. 2013; 21: 2707–2717.
- Dobříková P. Psychické problémy nevyšleďte chorých a úlohy psychologa v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008; 1(3): 135–138.
- Novák T. *Asertivita nejen na pracovišti – jak si vážit sám sebe a nenechat se využívat*. Brno: BizBooks; 2012.
- Gabura J. *Komunikácia pre pomáhajúce profesie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava; 2010.
- Praško J, Prašková H. *Asertivitou proti stresu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing; 1996.
- Dobšovič L. *Naučte sa riešiť konflikty – komunikácia a sebaúcta v medziľudských vzťahoch*. Šamorín: Fontana; 1995.

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
dobrikp@gmail.com



Je dostupnosť a kvalita paliatívnej starostlivosti poskytovaná pacientom s pokročilým chronickým srdcovým selháním dostatočná?

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.^{1,2}, PhDr. Helena Novotná³, MUDr. Marie Lazárová⁴

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín

²Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

³Nemocnice Tábor, a. s.

⁴I. interní klinika Fakultní nemocnice v Olomouci

Paliatívni hospicová péče je v podmínkách České republiky tradičně vnímána jako služba uspokojující potřeby zejména onkologických nemocných v pokročilých fázích choroby. Je však skutečností, že pacienti s některými neonkologickými chorobami vnímají svou kvalitu života i naplnění svých potřeb ovlivňujících kvalitu života hůře než pacienti onkologičtí. Početně velmi významnou skupinou jsou nemocní s pokročilým chronickým srdečním selháním (CHSS). Cílem autorů je poukázat na nedostatky v dostupnosti a kvalitě paliatívni péče poskytované pacientům s tímto závažným onemocněním a nastínit strategii možných řešení, jejichž základem bude aktivnější zapojení kardiologů do problematiky paliatívni péče.

Klíčová slova: pokročilé chronické selhání, paliatívni péče, hospic

Is availability and quality of the palliative care in chronic cardiac failure patients sufficient?

Palliative hospice care in conditions of the Czech Republic is predominantly intended as a care of oncological patients. It is a fact that quality of life and satisfying of needs in some non-oncological patients is very often worse than in oncological group. From this point of view chronic heart failure patients are prevailing by number and by importance. Author's aim is to give a report on the problem and to discuss possible solutions. More active participation of cardiologists in palliative care is needed.

Key words: advanced heart failure, palliative care, hospice

Úvod

Paliatívni hospicová péče je v podmínkách České republiky tradičně vnímána jako služba uspokojující potřeby zejména onkologických nemocných v pokročilých fázích choroby. Spojování hospicové paliatívni péče s „rakovinou“ je velmi pevně zakotveno nejen mezi laickou veřejností, ale rovněž mezi zdravotníky. Je však skutečností, že pacienti s některými neonkologickými chorobami vnímají svou kvalitu života i naplnění svých potřeb ovlivňujících kvalitu života hůře než pacienti onkologičtí. Početně velmi významnou skupinou jsou nemocní s pokročilým chronickým srdečním selháním (CHSS).

Specifika pokročilého CHSS

Pokročilé chronické srdeční selhání je onemocněním zatížené velmi významnou morbiditou a mortalitou. Jedná se o pacienty velmi symptomatické při minimálním pohybu nebo již v klidu. Stav je charakterizován častými dekompenzacemi s nutností opakovaných hospitalizací. V případě akutní dekompenzace je vždy nutno pátrat po příčině a tu, pokud možno, následně odstranit. Mnohdy však dochází pouze k postupnému zhoršování chronického stavu

bez možnosti kauzálního ovlivnění. V České republice je prevalence udávána 300 000 nemocných s incidencí 40 tisíc nových případů ročně (1).

V klinickém obraze pokročilého onemocnění jsou v popředí dušnost a únava, deprese, delirantní stavy zvláště u nemocných vyššího věku, bolesti ischemické i vyplývající z celkového stavu, rozvoj kardiální kachexie se snížením svalové síly, otoky končetin až anasarka, palpitace, nauzea, poruchy kontinence, deficit sebestarostlivosti. Hlavní kritéria pokročilého srdečního selhání jsou ejekční frakce < 30 %, NYHA III nebo IV, pVO₂ 14 ml/kg/min a výše uvedený symptomový komplex. Mezi vedlejší kritéria se řadí standardní terapie CHSS > 3 měsíce, plicní hypertenze (střední tlak v plicnici nad 25 mmHg, hladina sodíku < 130 mmol/l) (2).

Prognóza pokročilého srdečního selhání při vyčerpání léčebných možností je variabilní. Charakteristickým rysem pokročilého onemocnění je obtížně předpověditelný vývoj v terminální fázi s častými relapsy a následně remisemi. Důsledkem je nejistota lékaře při rozhodování o léčbě a také obtížnější komunikace s nemocným a jeho blízkými. Vždy je nutno odpovědně

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e11–e13

a kvalifikovaně odpovědět na otázku, zda je aktuální zhoršení zdravotního stavu těžkého kardiaka adekvátní terapií reverzibilní. Ve chvílích nejistoty se lze velmi obtížně rozhodnout o indikaci paliatívni péče či dokonce o zavedení terminální analgosedace, jejíž indikace je u řady onkologických nemocných často využívána (3). Nicméně pokud je pacient se srdečním selháním zařazen do programu paliatívni péče, má lepší prognózu a je v rámci takto poskytované péče spokojenější nejen on, ale i jeho rodinní příslušníci (4).

Paliatívni péče o nemocné s CHSS – současný stav v ČR

Přestože o paliatívni péči orientované na nemocné s CHSS lze nalézt v našem písemnictví řadu zpráv (1, 5), povědomí o naléhavosti zajistit kardiakům optimální kvalitní péči se dosud dostatečně neprosadilo nejen mezi lékaři, kteří se o tyto nemocné starají, ale odpovídající pozornost tomuto problému není věnována ani ze strany manažerů našeho zdravotnictví. Na oprávněnou potřebu zajistit těmto pacientům kvalitní paliatívni péči poukazuje aktuální studie Novotné, která s pomocí standardizovaného

dotazníku WHOQOL – OLD (tj. WHO – Quality Of Life, slouží ke zjišťování kvality života seniorů) a rovněž standardizovaného dotazníku PNAP (Patient Needs Assessment Palliative Care) porovnávala kvalitu života onkologických nemocných a nemocných s CHSS, kterým byla poskytována obecná paliativní péče (6). (Stojí za zmínku, že snaha provést šetření v zařízeních poskytujících specializovanou paliativní péči, tedy v hospicích, nebyla realizována z toho důvodu, že provedený předvýzkum ukázal, že počty nemocných s CHSS v těchto zařízeních jsou zanedbatelné. Současně bylo zjištěno, že zřizovatelé a vedoucí management velmi často prezentují hospicová zařízení jako instituce zajišťující paliativní péči o nemocné onkologické, ač zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování takto úzce indikační kritéria nevymezuje a jasně hovoří o péči, „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“ (7). Jak je zřejmé, dle dílky zákona se v žádném případě nejedná o pacienty pouze onkologické.)

Jak již bylo uvedeno výše, studie provedená Novotnou byla založena na dotazníkovém šetření s využitím dotazníku WHOQOL – OLD a dotazníku PNAP. Standardizovaný dotazník **WHOQOL – OLD** byl vytvořen v mezinárodním projektu WHO a pokrývá šest oblastí, které jsou důležité pro osoby vyššího věku (nad 65 let), a to **fungování smyslů, nezávislost** (soběstačnost, rozhodovat o svém vlastním životě), **naplnění** (ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucnosti), **sociální zapojení** (kontakt s lidmi) a **postoj ke smrti a umírání**. Poslední, tedy šestá doména řeší **blízké vztahy**. Dotazník byl použit ve schválené české verzi (8).

Současně byl použit dotazník **PNAP** – dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči PNAP, který je jediným českým dotazníkem tohoto typu (9). Tento dotazník posuzuje sedm oblastí (fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora ze strany zdravotnických pracovníků, smysl života a smíření, autonomie, možnost sdílení emocí, religiozní potřeby).

Výzkumu se zúčastnilo 169 respondentů. Dotazníky byly distribuovány v devíti nemocničních zařízeních. Respondenty byli pacienti s pokročilou formou chronického srdečního selhání, kterým byla poskytována paliativní péče a onkologičtí nemocní s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku léčebně neovlivnitelné progresy onkologického onemocnění. Cílem bylo provést komparaci hodnocení kvality života

obou výše uvedených skupin respondentů, kterým byla poskytována obecná paliativní péče.

Hodnocení kvality života pomocí dotazníku **WHOQOL-OLD** bylo provedeno podle v něm definovaných šesti domén.

První oblastí, která byla posuzována, bylo **fungování smyslů**. Onkologičtí pacienti prokázali statisticky významně vyšší kvalitu života v této doméně než pacienti s pokročilým chronickým srdečním selháním.

Druhou posuzovanou doménou byla **nezávislost**, která obsahovala položky svobodného rozhodování o budoucnosti včetně respektování tohoto rozhodnutí. Zde statisticky významný rozdíl prokázán nebyl.

Třetí doménou bylo **naplnění**. Doména v sobě zahrnuje otázky týkající se spokojenosti s možností něčeho v životě ještě dosáhnout a s hodnocením toho, čeho již bylo dosaženo. V této doméně byl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení kvality života ve prospěch onkologických pacientů.

Čtvrtý soubor otázek zahrnoval problematiku **sociálního zapojení**. Statisticky významný vztah byl v této doméně prokázán ve prospěch pacientů s CHSS.

Pátou doménou dotazníku byla oblast s názvem **smrt a umírání**. Bylo zjištěno, že onkologičtí pacienti mají statisticky významně vyšší kvalitu života v doméně smrt a umírání než pacienti s CHSS.

Poslední, tedy šestou doménou hodnotící kvalitu života, byly **blízké vztahy**. Otázky této kategorie zaměřené na vztahy v rodině a význam přátelství a lásky byly oběma soubory respondentů hodnoceny spíše pozitivně a kladně. Při statistickém zhodnocení této domény byla prokázána vyšší kvalita života u pacientů s CHSS.

Při celkovém srovnání hodnocení kvality života u pacientů s pokročilým CHSS a onkologických pacientů bylo zjištěno, že z 6 domén kvality života vykazovali pacienti s pokročilým CHSS nižší úroveň kvality života ve 3 doménách (fungování smyslů, naplnění a smrt a umírání).

Vyhodnocením naplnění potřeb pomocí dotazníku **PNAP** bylo zjištěno, že nižší naplnění potřeb dosáhli pacienti s pokročilým CHSS ve 4 z celkového počtu 7 domén. Jednalo se o domény fyzické symptomy, smysl života a smíření, autonomie a možnost sdílení emocí (6).

Specifická úskalí paliativní péče u CHSS

Indikací k paliativní péči u pacientů s CHSS jsou bezesporu opakované hospitalizace a epizody dekompenzace navzdory optimalizované

terapii, vyloučená možnost mechanické srdeční podpory nebo transplantace, nízká kvalita života, pokročilá symptomatologie (NYHA IV), kardiální kachexie, výrazný deficit sebekpěče a klinický úsudek o blížícím se konci života (2, 10).

Významným problémem u pacientů s terminálním CHSS je omezení nebo ukončení farmakoterapie a otázka deaktivace defibrilátoru (ICD). Při progresi srdečního selhání se zvyšuje riziko arytmií a tím i výbojů ICD, které jsou nepříjemně vnímány, zhoršují úzkosti a deprese nemocných. Tato problematika je s pacienty či rodinnými příslušníky velmi málo diskutována. Ve studii s názvem SUPPORT pouze 25 % pacientů hospitalizovaných s CHSS žádalo o rozhovor s lékaři o resuscitačních preferencích. Studie odhalila, že nemocní byli špatně informováni o průběhu své choroby a její prognóze a nebyli dostatečně začleněni do procesu rozhodování (11). Otázka, zda a případně za jakých podmínek by měl být inaktivován implantabilní defibrilátor, zůstává nadále diskutována (12). Pacient a rodina by měli být včas citlivě informováni, že tento typ léčby arytmií může za určitých okolností nepříjemným způsobem prodloužit a znepříjemnit proces umírání. Zároveň by měli být ujištěni, že deaktivace přístroje nevede okamžitě ke smrti. Definitivní rozhodnutí musí být na konkrétním dobře informovaném a kompetentním pacientovi. Některé práce naznačují odmítavý postoj pacientů k inaktivaci přístroje a eventuálně snahu přenést rozhodnutí na lékaře (13). Rozhovor o těchto otázkách by měl být veden časně, ideálně pokud ještě pacient není bezprostředně konfrontován s procesem umírání. Inaktivace ICD by měla být rozhodně zvážena v případě, že pacient zjevně umírá, podepsal informovaný nesouhlas s resuscitací (DNR) anebo kvalita života je tak nízká, že náhlá srdeční smrt může být považována za vysvobození (14).

Perspektivy paliativní péče o pacienty s CHSS

Chronická neonkologická onemocnění bohužel nejsou často veřejností a někdy i samotnými zdravotníky vnímána jako letální. Mnoho autorů upozorňuje na fakt, že pacientům umírajícím na onkologická onemocnění je věnována lepší péče, zejména v léčbě bolesti a dalších symptomů a v uspokojování psychologických a spirituálních potřeb než pacientům v terminálním stadiu neonkologického onemocnění. Procento pacientů v pokročilém stadiu CHSS, kterým je v současné době v České republice poskytována specializovaná paliativní péče, je velmi malé. Do systému specializované paliativní

péče (jako jsou domácí či mobilní hospice) se tito pacienti téměř nedostanou. A právě komplexní multidisciplinární přístup, který specializované paliativní péče nabízí, vede ke zlepšení nebo alespoň udržení co možná nejlepší kvality života pacientů s nevyléčitelným onemocněním.

Závěr

Zvýšené nároky na specializovanou odbornost personálu při péči o nemocné s CHSS vedou nutně k položení následující otázky: Jakým způsobem by bylo možno zajistit zvýšení dostupnosti a kvality poskytované paliativní péče? Jednou z možností je usilovat o vytvoření odpovídajících personálních a technických podmínek v síti stávajících hospicových zařízení. Současný všeobecný nedostatek lékařů v těchto institucích však nedává přílišnou naději na uplatnitelnost tohoto řešení. Jinou z možností, jak zajistit odpovídající péči, by bylo zřízení paliativních lůžek přímo na interních či kardiologických odděleních či klinikách. Tato pracoviště již disponují potřebným personálním obsazením a technickým vybavením. Podmínkou je doplnění vzdělání zde pracujícího personálu o oblast paliativní péče tak, aby bylo možno zajistit komplexní bio-psycho-socio-spirituální přístup k nemocným

podobně, jak je tomu u onkologických nemocných v hospicových zařízeních. Bez podpory ze strany managementu zdravotnických zařízení a bez osobního zaujetí kardiologů respektujících principy a cíle paliativní péče se nelze obejít. Vyšší účast kardiologů by byla vítaná nejen přímo v péči o těžce nemocné kardiaky v rámci paliativní péče, ale také v zajištění vzdělávání ostatních zdravotníků, kteří se na paliativní péči podílejí. Podpora ze strany zdravotních pojišťoven je rovněž nezbytná. Není pochyb o tom, že současná úroveň péče o nemocné s CHSS je pro naše zdravotnictví naléhavou výzvou.

Literatura

1. Kabelka L, Havlénová V. Možnosti paliativní péče u pokročilého srdečního selhání. *Paliat med liec. boles.* 2009; 2(2): 77–79.
2. Česká kardiologická společnost, z. s. *Guidelines pro srdeční selhání.* Available from: <www.kardio-cz.cz>.
3. Kala M. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Med Praxi.* 2014; 11(6): 266–268.
4. Vítovec J, Kabelka L, Špinarová L, Špinar J. Paliativní péče a chronické srdeční selhání. *Vnitřní Léč.* 2014; 60(Suppl.2): 86–90.
5. Gríva M, Loučka M, Štastný J. Palliative care in cardiology. *Cor et Vasa.* 2015; 57: e39–e44.
6. Novotná H. *Hodnocení potřeb a kvality života u pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním v paliativní péči.* Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci; 2017: 169.

7. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

8. Dragomírečká E, Prajsová J. *WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum; 2006: 72.

9. Bužgová R. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita; 2014: 3.

10. Málek F, Málek I. *Srdeční selhání.* 1. vyd. Praha: Karolinum; 2013: 97.

11. Krumholz HM, Phillips RS, Hamel MB, et al. Resuscitation preference among patients with severe congestive heart failure: results from the SUPPORT project. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatments. *Circulation.* 1998; 98: 648–655.

12. Beattie JM, Connolly MJ, Eilershaw JE. Deactivating implantable cardioverter defibrillators. *Ann Intern Med.* 2005; 143(9): 690–691.

13. Goldstein NE, Mehta D, Siddiqui S, et al. That's like an act of suicide patients' attitudes toward deactivation of implantable defibrillators. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(Suppl 1): 7–12.

14. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2009; 17(11): 433–443.

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
Hospic na Svatém Kopečku
Sadové náměstí 24, 772 00 Olomouc-
Svatý Kopeček
drkala@centrum.cz



Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti

MUDr. Michal Mrocek

Dom Rafael, Bratislava

Paliatívna starostlivosť je medicínsky odbor, ktorý sa zameriava na prevenciu a zmierňovanie utrpenia všetkých druhov ochorení a na podporu najlepšej možnej kvality života pre pacientov a ich rodiny, ktoré sú vystavené vážnemu ochoreniu. Určuje hlavné ciele a plány, ako aj priority liečby, ktoré sú pre pacienta v priebehu ochorenia v danej situácii najvhodnejšie. Táto starostlivosť by mala byť poskytnutá súčasne s ostatnou potenciálne liečebnou alebo život predlžujúcou liečbou kedykoľvek v priebehu akéhokoľvek závažného ochorenia. Viaceré štúdie ukazujú, že pacienti zaradení do paliatívnej starostlivosti majú lepšiu kvalitu života oproti pacientom dostávajúcim štandardnú liečbu bez podpory paliatológa. Na rozdiel od paliatívnej starostlivosti je hospicová starostlivosť iba časť paliatívnej starostlivosti poskytnutá na konci života. Služby paliatívnej starostlivosti môžu byť poskytované v nemocnici, v opatrovateľskom zariadení, v ošetrovateľskom zariadení, v ambulancii alebo doma.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, hospicová starostlivosť

Basic principles of the palliative and hospice care

Palliative care is a medical speciality that focuses on prevention and reduction alleviating the suffering of all species and promoting the best possible quality of life for patients and their families who are exposed to a serious illness. It defines the main goals and plans, as well as the treatment priorities that are for the patient during the illness in the given situation best. This care should be provided at the same time as the other potential therapeutic or life-prolonging treatment at any time during any serious period disease. Several studies show that patients undergoing palliative care have better quality of life compared to patients receiving standard treatment without support paliatológa. Unlike palliative care, hospice care is only a part palliative care provided at the end of life. Palliative care services can be provided in a hospital, in a nursing home, ambulance or home.

Key words: palliative care, hospice care

Úvod

Paliatívna starostlivosť je interdisciplinárny odbor medicíny, ktorý sa zameriava na prevenciu a zmiernenie utrpenia a na podporu najlepšej možnej kvality života pacientov a ich rodín, ktoré čelia vážnym ochoreniam. Primárnymi zásadami paliatívnej starostlivosti je zmiernenie nepríjemných symptómov; rešpektovanie ľudskej dôstojnosti v súlade s hodnotami a preferenciami pacienta; trpezlivá a dôsledná komunikácia medzi pacientom a všetkými osobami, ktoré sa venujú jeho starostlivosti; psychosociálna, duchovná a praktická podpora pacientov a ich rodinných opatrovateľov; a koordinácia pobytu pacienta medzi rôznymi miestami starostlivosti. Paliatívna starostlivosť sa zameriava na zmiernenie utrpenia vo všetkých štádiách ochorenia a nie je obmedzená na starostlivosť na konci života. Služby paliatívnej medicíny vrátane stanovenia dosiahnuteľných liečebných cieľov, ako aj dôsledná liečba príznakov choroby by mali byť bežne ponúkané popri štandardných liečebných režimoch pre pacientov s vážnymi ochoreniami (1, 2).

Hospicová starostlivosť je na rozdiel od paliatívnej starostlivosti zameraná na posledné fázy života a na zomieranie. Platí, že hospicová starostlivosť je len malá časť paliatívnej starostlivosti.

Mnoho odbornej aj laickej verejnosti tento rozdiel nevníma. Paliatívnu starostlivosť vníma ako hospicovú, t. j. ako starostlivosť na konci života, starostlivosť pre aktuálne umierajúcich pacientov. Paliatívna medicína/starostlivosť sa zameriava na zlepšenie kvality života pacientov s chronickým, najmä onkologickým ochorením v ktorejkoľvek fáze ich života. Títo chorí žijú s vážnymi chorobami – okrem onkologických to môže byť chronické kardiálne zlyhávanie, chronická obštrukčná choroba pľúc, demencia či konečné štádium ochorenia obličiek – aj mnoho rokov. Ochorenia im prinášajú mnohé trápenia, ktoré môže paliatológ zmierniť. Bez ohľadu na to, ako dlho budú žiť, zaslúžia si žiť s čo najmenšími symptómami, s podporou ich rodín ako aj so sociálnou a duchovnou podporou. Manažment v paliatívnej medicíne je komplexný, založený na potrebe, nie na prognóze pacienta. Človek je vnímaný ako celok, preto sa zameriava okrem zmierňovania telesných symptómov aj na psychickú, duchovnú, sociálnu a spoločenskú potrebu.

Hospicová a paliatívna medicína je dnes uznávaná ako samostatná špecializácia v USA, Kanade, Anglicku, Írsku, Austrálii, na Novom Zélande a v mnohých európskych krajinách vrátane Slovenska. Mnohé krajiny sú v procese certi-

fikácie paliatívnej starostlivosti. Lekári, špecialisti v paliatívnej starostlivosti, poskytujú komplexnú liečbu bolesti a iných závažných symptómov a v priebehu ochorenia komunikujú a koordinujú liečbu medzi jednotlivými špecialistami.

Definícia

Definícia paliatívnej starostlivosti sa časom vyvíjala. Pôvodne bola paliatívna starostlivosť určovaná prostredníctvom hospicov ako starostlivosť poskytnutá ľuďom s nádorovým ochorením, ktorí neboli liečení aktívnou liečbou a v skutočnosti umierali na svoju chorobu. Teraz je známe, že zásady paliatívnej starostlivosti sú uplatniteľné už oveľa skôr v priebehu akejkoľvek vážnej choroby, aj keď je táto choroba potenciálne liečiteľná a že paliatívna starostlivosť môže a mala by byť poskytnutá ešte popri liečbe tohto ochorenia. Podľa vyhlásenia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) „táto zmena myslenia vyplývala z nového chápania, že problémy na konci života majú pôvod v skoršej fáze choroby“. WHO definuje paliatívnu starostlivosť ako: „Prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením. Súčasne sa zameriava na prevenciu a úľavu od utrpenia

prostredníctvom včasného rozpoznania a liečby bolesti a riešenie ostatných fyzických, psychosociálnych a duchovných problémov“ (3).

Prečo paliatívna medicína?

Starnutie obyvateľstva, úspechy nových liekov pri predĺžení života vážne chorých pacientov a úzko špecializovaný lekársky systém sťažujú lekárom poskytnúť komplexnú starostlivosť ťažko chorým pacientom a ich rodinám. Špecialista paliatívnej medicíny má:

- zabezpečiť kontrolu bolesti a iných symptómov,
- zmierniť zaťaženie rodinných príslušníkov a posilniť vzájomné vzťahy zo strany pacienta a príbuzných,
- získať reálne pochopenie povahy choroby a očakávanie do budúcnosti,
- pochopiť výhody a nevýhody dostupných liečebných alternatív a zväziť ich v kontexte cieľov a hodnôt pacienta,
- určiť osobu s rozhodovacou právomocou v prípade straty schopnosti samostatne sa rozhodovať,
- usporiadať finančné a majetkové záležitosti.

Viacnásobné štúdie preukázali, že pri závažných ochoreniach (ako je rakovina, demencia, konečné štádium ochorenia obličiek, kardiovaskulárne ochorenia) intervencie paliatívnej starostlivosti zlepšujú symptómy pacientov a kvalitu ich starostlivosti na konci života. Vďaka tomu je možné, aby sa pacienti vyhli hospitalizácii a dostali adekvátnu starostlivosť doma alebo v hospici. V jednej štúdií pacienti s novodiagnostikovaným metastatickým nemalobunkovým karcinómom pľúc, ktorí boli náhodne zaradení do skorej paliatívnej starostlivosti integrovanej so štandardnou onkologickou liečbou, mali lepšiu kvalitu života (QOL), menej depresívnych symptómov a dlhšiu strednú dĺžku života (11,6 oproti 8,9 mesiaca, $p = 0,02$) ako u tých, ktorí boli zaradení do najlepšej samostatnej onkologickej starostlivosti. Analýza ambulantnej paliatívnej starostlivosti vykonaná v tejto štúdií sa zamerala na manažment symptómov a informovanie pacientov a ich rodín o povahe choroby (4). V inej analýze dostávali pacienti s poskytnutou včasnou paliatívnou starostlivosťou rovnaký počet režimov chemoterapie ako v kontrolnej skupine, ale mali menšiu pravdepodobnosť, že dostanú chemoterapiu tesne pred smrťou alebo že budú na konci života hospitalizovaní a mali väčšiu šancu dostať sa do hospicu (5). Randomizované štúdie ukázali, že komplexná ambulantná paliatívna starostlivosť môže byť úspešne poskytnutá spolu s liečbou modifikujúcou ochorenie vrátane potencionálne vyliciteľnej liečby. Toto sa ukázalo tak

v nemocničnej, ako aj v ambulantnej starostlivosti. Aj v inej štúdií sa dokázali výhody poskytovania paliatívnej starostlivosti súběžne s aktívnou liečbou (návštevy dvakrát týždenne zamerané najmä na liečbu fyzických a psychologických symptómov) verzus bežná potransplantačná starostlivosť u 160 dospelých s hematologickými malignitami, ktorí podstúpili autológnu alebo alogénnu transplantáciu krvotvorných buniek (6). Po dvoch týždňoch mala intervenčná skupina menej nárastu depresie, úzkosti a celkovej symptomatickej záťaže a menší pokles kvality života (QOL); po troch mesiacoch si intervenujúci pacienti udržiavali vyššiu QOL a menej depresívnych stavov, hoci neboli významné rozdiely v úzkosti, únave alebo symptómovom zaťažení. Vzhľadom na tieto výhody je potrebné zmeniť paradigmu pre liečbu pacientov so všetkými vážnymi život ohrozujúcimi ochoreniami a nie výlučne len na pacientov s pokročilým nádorovým ochorením (7). V roku 2016 bolo aktualizované predbežné odporúčanie Americkej spoločnosti pre klinickú onkológiu (ASCO), aby sa vyčlenené služby paliatívnej starostlivosti integrovali do starostlivosti o hospitalizovaných aj ambulantných pacientov s pokročilým nádorovým ochorením už na začiatku choroby, súčasne s aktívnou liečbou (1).

Ciele paliatívnej starostlivosti

Liečba symptómov

Primárnou úlohou paliatívnej starostlivosti je zmiernenie bolesti a iných fyzických, psychických a emočných symptómov. Pacienti s pokročilými chorobami spojenými s kognitívnym poškodením, ako napr. demencia, predstavujú veľké riziko nepoznanej alebo nedostatočne liečenej bolesti. Jedna štúdia pacientov s bolesťami pri fraktúre krčka bedrovej kosti preukázala výrazne nižší podiel podávaných analgetík u pacientov s demenciou v porovnaní s kognitívne intaktnými pacientmi pred operáciou a po nej (8). Bolesť je silným precipitantom delíria a primeranosť manažmentu bolesti je spojená s výrazne zníženými rizikami tejto bežnej, ale závažnej nemocničnej komplikácie.

Stanovenie cieľov starostlivosti

Kvalifikovaná komunikácia je základom na stanovenie cieľov starostlivosti. Štúdie ukázali, že pacienti sú nespokojní so skúsenosťami komunikácie so zdravotníckymi pracovníkmi. Hlavným nedostatkom hodnoteným rodinnými príslušníkmi zomretých pacientov v nemocnici bol nedostatok času hovoriť so svojimi lekármi (9).

Poskytovatelia paliatívnej starostlivosti sú vyškolení v komunikačných zručnostiach potrebných na zostavenie cieľov starostlivosti na

základe hodnôt a želaní pacienta a na zabezpečenie toho, aby následne poskytovaná starostlivosť bola v súlade s týmito cieľmi.

Psychosociálna podpora

Väčšina programov využíva interdisciplinárny tím, ktorý môže zahŕňať sociálnych pracovníkov, kaplánov, psychiatrov, psychologov a/alebo poradcov s úmrťm. Depresia súvisí s vyšším využívaním služieb zdravotnej starostlivosti, ako aj s výrazne vyššou mierou úmrtnosti. Depresia, s prevalenciou 15 až 60 % u pacientov s terminálnou chorobou, je zo strany zdravotníckych pracovníkov chybne považovaná za normálnu súběžnú chorobu, čo vedie k nedostatočnej diagnostike a tým aj k nedostatočnej liečbe. U pacientov s pokročilým a chronickým ochorením je pravdepodobné, že budú mať väčší úžitok z antidepresívnej liečby, podpornej psychoterapie a poradenstva ako ostatná populácia (10). Depresia môže byť dôsledkom fyzických symptómov, stresu z dlhotrvajúceho ochorenia, existenčného utrpenia alebo starosti o rodinných príslušníkov. Neliečená depresia je spojená so zníženou funkčnou kapacitou, nižšou kvalitou života a túžbou po skoršej smrti. Štúdie ukázali, že liečba fyzických symptómov môže zlepšiť depresiu (4).

Ďalším dôležitým prvkom paliatívnej starostlivosti je starostlivosť o potreby a obavy členov rodiny a opatrovateľov. Komplikovaný smútok u pozostalých bol identifikovaný ako zreteľná porucha, ktorá má za následok vážne oslabenie a negatívne zdravotné dôsledky. Duchovná starostlivosť zohráva dôležitú úlohu pri zvládaní vážnych alebo terminálnych chorôb; duchovná úzkosť je úzko korelovaná s túžbou po skoršej smrti.

Koordinácia starostlivosti

Vážne chorí pacienti a ich rodiny v rámci zložitého, úzko špecializovaného zdravotníckeho systému čelia často veľkým problémom s vysvetlením a porozumením ich plánov ohľadom diagnostiky, liečby a starostlivosti. To si vyžaduje diskusie medzi viacerými pracoviskami a špecialistami ohľadom diagnostických a liečebných zásahov. Programy paliatívnej starostlivosti vďaka svojmu interdisciplinárnemu prístupu pomáhajú pacientom a rodinám pri porozumení a získavaní kontroly nad svojimi plánmi starostlivosti a pri poskytovaní ďalšej starostlivosti v prostredí, ktoré je najvhodnejšie pre ich potreby a zdroje. Vhodné nastavenia môžu pomôcť pri starostlivosti o pacienta v domácnosti, ošetrovateľských ústavoch, v hospicoch a iných ústavných zariadeniach.

Modely paliatívnej starostlivosti

Služby paliatívnej starostlivosti sa môžu poskytovať v nemocnici, ambulancii, opatrovateľskom domove alebo doma. Programy paliatívnej starostlivosti v nemocniciach zahŕňajú konzultačné tímy pre paliatívnu starostlivosť a špecializované ústavné zariadenia paliatívnej starostlivosti.

Modely nemocničnej paliatívnej starostlivosti zahŕňajú konzultačné služby, vyhradené jednotky paliatívnej starostlivosti a integrované modely paliatívnej starostlivosti.

Konzultačné služby

Väčšina konzultačných tímov v oblasti paliatívnej starostlivosti je interdisciplinárna a pozostáva z odborných lekárov, zdravotných sestier, sociálnych pracovníkov, psychológov, kaplánov, lekárnikov a dobrovoľníkov. Tím zabezpečuje odborný manažment symptómov, komunikáciu ohľadom dosiahnutia cieľa starostlivosti, podporu pacienta a jeho rodiny pri rozhodovaní sa pre zodpovedajúci cieľ a koordináciu starostlivosti.

Jednotky ústavnej paliatívnej starostlivosti

V lôžkových zariadeniach paliatívnej starostlivosti môžu poskytovatelia paliatívnej starostlivosti buď primárne prevziať zodpovednosť za pacientov, alebo pokračovať v konzultačnom režime podľa želania ošetrojúceho lekára. Prechod na lôžkovú jednotku paliatívnej starostlivosti je najvhodnejší pre nasledujúce indikácie: pacienti, ktorí majú ťažko kontrolovateľné príznaky; zdravotné potreby, ktoré nie je možné optimálne zvládnuť v inom prostredí; rodiny v núdzi, ktoré potrebujú vyššiu úroveň podpory; potreba presunu mimo kritické starostlivosti; a pre pacientov, ktorí bezprostredne umierajú. Veľkokapacitná jednotka paliatívnej starostlivosti môže znížiť náklady na nemocničnú starostlivosť poskytnutím adekvátnej liečby pacientovi a nedávaním márnej liečby. V jednej štúdií ušetrila jednotka paliatívnej starostlivosti denné nemocničné náklady o 74 percent v porovnaní s nákladmi pre rovnakého pacienta na oddelení s bežnou starostlivosťou (11).

Spoluriadiace modely

V súčasnosti v Spojených štátoch narastá počet integrovaných modelov riadenia, aby sa zvýšila paliatívna starostlivosť v rôznych prostrediach. Úspešné modely pre integráciu paliatívnej medicíny pre jednotky intenzívnej starostlivosti, chirurgické a traumatologické jednotky intenzívnej starostlivosti existujú v mnohých nemocniciach (12, 13).

Optimálny model paliatívnej starostlivosti v samostatnej inštitúcii je taký, aby bola dostatočne veľká na to, aby mohla mať paliatívne oddelenie aj poradný tím paliatológov (14). Vyhradené oddelenie ponúka priamu kontrolu nad vykonávaním odporúčaní tímu paliatívnej starostlivosti a je navrhnuté tak, aby spĺňalo potreby pre vážne chorých pacientov a ich ochromených rodín. Poradný tím je na druhej strane menej náročný na zdroje, schopný poskytovať starostlivosť viacerým pacientom a ich rodinám a môže poskytnúť paliatívnu starostlivosť väčšiemu množstvu pacientov.

Režim paliatívnej starostlivosti v dome opatrovateľskej starostlivosti

Pacienti v dome opatrovateľskej starostlivosti (DOS) majú zvyčajne viac pokročilých chorôb, funkčnú závislosť, kognitívne poruchy a mnohé symptómy. Programy paliatívnej starostlivosti sa vyvíjajú s cieľom určiť, ako môže táto starostlivosť riešiť potreby tejto populácie. Výskum týkajúci sa modelov paliatívnej starostlivosti v opatrovateľských domovoch zistil, že konzultácie v rámci paliatívnej starostlivosti viedli v nižšej miere k hospitalizáciám s ťažkopádny prekladom chorých ako aj k zmierneniu nepríjemných príznakov (15). Tieto konzultácie mali najväčší vplyv vtedy, keď boli začaté čím dlhšie pred smrťou, čo poukazuje na dôležitosť začlenenia paliatívnej starostlivosti čím skôr (16).

Služby v oblasti paliatívnej starostlivosti v domácej komunite

Väčšina ľudí, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť, nie je umierajúca ani hospitalizovaná a bývajú v domácnostiach, ev. v zariadeniach dlhodobej starostlivosti (v opatrovateľsko-ošetrovateľských domoch). Programy paliatívnej starostlivosti v domácej komunite sú dôležité na zabezpečenie dôležitej kontinuity starostlivosti o pacientov, ktorí sú prepustení z nemocnice po tom, čo ich videl konzultačný tím ústavnej paliatívnej starostlivosti. Okrem toho poskytovatelia komunitnej paliatívnej starostlivosti môžu pôsobiť ako konzultanti pre pacientov, ktorí nie sú hospitalizovaní, ale majú závažné chronické ochorenia, ťažkosťami a ťažkosťami s riadením komplexných liečebných režimov. Dôležité je, aby boli tímy paliatívnej starostlivosti integrované v rámci existujúcej ambulantnej primárnej starostlivosti alebo odbornej praxe.

Ak sa začne na začiatku ochorenia s paliatívnu komunitnou starostlivosťou, zlepšuje sa klinická kvalita pacientov, znižujú sa krízy a súvisiaca potreba akútnych intervencií, zvyšuje sa pravdepodobnosť, že pacient zomrie vo svojom

vlastnom dome a môže sa zlepšiť prežívanie. Výhody konzultácie paliatívnej starostlivosti boli najpresvedčivejšie pri kontrole symptómov, najmä bolesti a dyspnoe (17).

Programy paliatívnej starostlivosti založené na domácej starostlivosti (mobilný hospicový tím alebo mobilný hospic) môžu poskytovať služby pacientom, ktorí majú problém s mobilitou a doprava do paliatívneho centra je náročná. Domáce návštevy poskytujú jedinečný prehľad o funkčnom stave pacienta, systéme podpory, dodržiavaní liečebných postupov a o starostlivosti rodiny. Navyše, mnohí ľudia s chronickým vážnym ochorením dávajú prednosť starostlivosti v domácnosti ako protikladu k nemocnici alebo inom ústavnem zariadení.

Hospicový model paliatívnej starostlivosti

Hospic je model na poskytovanie paliatívnej starostlivosti pre pacientov na konci života, keď liečba choroby alebo život predlžujúca liečba už nie je prínosom. Moderná koncepcia hospicu, ktorú založila Dr. Cicely Saundersová v roku 1967 v Anglicku, sa rozšírila po celom svete. Hospice poskytujú interdisciplinárnu starostlivosť 24 hodín denne, liečia sa symptómy pod trvalým lekárskeym dohľadom. Hospicovú starostlivosť je možné poskytovať v ľubovoľnom prostredí, najmä v domácnostiach, ale aj v nemocniciach, domoch s opatrovateľskou službou a voľne stojacich hospicových zariadeniach. Zatiaľ čo každá starostlivosť poskytovaná v hospicoch môže byť považovaná za paliatívnu starostlivosť, nie každá paliatívna starostlivosť je poskytovaná hospicmi.

Identifikácia pacientov vhodných na poskytnutie paliatívnej starostlivosti

Štandardné kritériá skríningu (pokročilý solídny nádor, predchádzajúca hospitalizácia do 30 dní, hospitalizácia dlhšia ako sedem dní a aktívne symptómy) na konzultáciu paliatívneho tímu skúmala nedávna štúdia, pri ktorej sa dokázalo významné zníženie 30-dňovej rehospitalizácie a skoršie využitie hospicu a iných služieb domácej starostlivosti (18).

Ďalšie navrhované kritériá zahŕňajú spirituálnu alebo existenciálnu krízu, žiadosť o urýchlenú smrť, delírium, kompresiu miechy, mozgové a leptomeningeálne metastázy alebo pokročilú formu rakoviny s odhadovaným mediánom prežitia jeden rok alebo menej (19).

Je zaujímavé použiť v prognostikácii tzv. prekvapujúcu otázku: „Boli by ste prekvapení, ak by pacient zomrel v priebehu nasledujúcich

12 mesiacov?“ čo by tiež mohlo viesť k identifikácii pacientov, ktorí by mali využívať služby paliatívnej starostlivosti (20). Užitočnosť tejto otázky je však pravdepodobne väčšia u pacientov s rakovinou než u pacientov s nenádorovou diagnózou.

Vnímanie paliatívnej starostlivosti

Napriek vysokej verejnej podpore hodnoty paliatívnej starostlivosti existujú dva hlavné problémy:

- nízka informovanosť o službách paliatívnej starostlivosti medzi pacientmi a ich rodinami,
- tendencia klinických pracovníkov stotožňovať paliatívnu starostlivosť so starostlivosťou na konci života, tesne pred smrťou.

Samostatná anketa lekárov z USA určila ďalšie obavy týkajúce sa začlenenia paliatívnej starostlivosti:

- obavy, že zavedenie paliatívnej starostlivosti by mohlo interferovať s terapiou zameranou na čo najdlhšie predĺženie života (42 %),
- problémy súvisiace s vnímaným nedostatkom platieb za paliatívnu starostlivosť a/alebo stratu platby za prerušenú liečbu choroby (82 %),
- nedostatok lekárov a služieb v oblasti paliatívnej starostlivosti (78 %).

Okrem toho tento prieskum identifikoval medzery vo vzdelávaní lekárov v paliatívnej starostlivosti počas štúdia medicíny v súvislosti s vekom lekára. Väčšina (73 %) lekárov vo veku do 39 rokov hlásila kontakt s paliatívnou starostlivosťou počas štúdia na lekárskej fakulte, zatiaľ čo vo vekovej skupine od 40 do 49 rokov sa s paliatívnou starostlivosťou stretlo len 36 percent, 23 percent lekárov vo veku od 50 do 59 rokov a len 6 percent lekárov starších ako 60 rokov bolo počas štúdie oboznámených s paliatívnou starostlivosťou.

Komunikácia s pacientmi

Obmedzené údaje naznačujú, že komunikácia o paliatívnej starostlivosti môže zlepšiť otvorenosť a prístup k paliatívnej starostlivosti. Spôsob referovania pacienta do paliatívnej starostlivosti ošetroujúcim onkológom bude ovplyvňovať vnímanie paliatológa pacientom. Preto je dôležité, aby si najmä ošetrojúci onkológ bol istý, že pacienta odovzdáva do rúk lekára, ktorý jeho pacientovi poskytne plnú symptomatickú starostlivosť, prípadne zväži návrat k chemoterapii, postará sa o komunikovanie cieľov liečby so samotným pacientom a s rodinou, aby bolo zabezpečené, že pacient naozaj dostal všetko a že aj rodina pacienta vníma, že ich príbuzný dostal všetko.

Záver

- Paliatívna starostlivosť je interdisciplinárny špecializačný odbor, ktorý sa zameriava na prevenciu a zmiernenie utrpenia všetkých druhov a na podporu najlepšej možnej kvality života pre pacientov a ich rodiny, ktoré sú vystavené vážnemu ochoreniu. Lekári, ktorí sú špecializovaní v oblasti paliatívnej starostlivosti, poskytujú dôkladnú kontrolu bolesti a symptómov, kvalifikovanú komunikáciu týkajúcu sa cieľov starostlivosti a koordinovanú starostlivosť v rôznych prostrediach a v čase.
- Paliatívna starostlivosť sa zameriava na zmiernenie utrpenia vo všetkých štádiách ochorenia a mala by byť poskytnutá súčasne s ostatnou potenciálne liečebnou alebo život predlžujúcou liečbou. Na rozdiel od paliatívnej starostlivosti je hospic systémom poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorého sa pacientovi poskytne podpora a služby pri terminálnej chorobe, kde sa zameriava skôr na liečbu symptómov než na „liečbu choroby“. Takže hospic môže byť považovaný za program, ktorý poskytuje pacientom paliatívnu starostlivosť na konci života, zatiaľ čo paliatívna starostlivosť môže byť vhodne ponúkaná pacientom kedykoľvek v priebehu akéhokoľvek závažného ochorenia.
- Primárnou úlohou paliatívnej starostlivosti je zmiernenie bolesti a iných emočných a fyzických symptómov, podpora rodiny a pozornosť k sociálnym determinantom zdravia a chorôb. Ďalšie kľúčové služby spočívajú v stanovení cieľov starostlivosti, zosúladenia plánov starostlivosti s týmito cieľmi a z podpory psychosociálnych a duchovných potrieb a pomoci pri zomieraní.
- Služby paliatívnej starostlivosti môžu byť poskytované v nemocnici, v opatrovateľskom zariadení, v ošetrovateľskom zariadení, v ambulancii alebo doma. Programy paliatívnej starostlivosti založené v nemocniciach môžu zahŕňať špecializované oddelenia a/alebo interdisciplinárnu konzultačnú službu; konzultačná služba paliatívnej starostlivosti je najbežnejším modelom. Hospicovú starostlivosť možno poskytovať v domácnostiach, nemocniciach, opatrovateľských domoch a voľne stojacich hospicoch.

Literatúra

1. Ferrell BR, Temel JS, Temin S. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2016; 35(1):96–112.

2. Braun LT, Grady KL, Kutner JS, et al. Palliative Care and Cardiovascular Disease and Stroke: A Policy Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*. 2016;134(11):e198–e225.
3. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Accessed on November 17, 2017).
4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–742.
5. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(4):394–400.
6. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, et al. Effect of Inpatient Palliative Care on Quality of Life 2 Weeks After Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;316(20):2094–2103.
7. Wachterman MW, Pilver C, Smith D, et al. Quality of End-of-Life Care Provided to Patients With Different Serious Illnesses. *JAMA Intern Med*. 2016;176(8):1095–1002.
8. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(4):240–248.
9. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004;291(1):88–93.
10. Rayner L, Price A, Evans A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2011; 25(1):36–51.
11. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, et al. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med*. 2003;6(5):699–705.
12. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(11):2418–2428.
13. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2506–2514.
14. Gaertner J, Frechen S, Sladek M, et al. Palliative care consultation service and palliative care unit: why do we need both? *Oncologist*. 2012;17(3):428–435.
15. Comart J, Mahler A, Schreiber R, et al. Palliative care for long-term care residents: effect on clinical outcomes. *Gerontologist*. 2013;53(5):874–880.
16. Miller SC, Lima JC, Intrator O, et al. Palliative Care Consultations in Nursing Homes and Reductions in Acute Care Use and Potentially Burdensome End-of-Life Transitions. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(11):2280–2287.
17. Nordly M, Vadstrup ES, Sjøgren P, Kurita GP. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2016;14(6):713–724.
18. Adelson K, Paris J, Horton JR, et al. Standardized Criteria for Palliative Care Consultation on a Solid Tumor Oncology Service Reduces Downstream Health Care Use. *J Oncol Pract*. 2017;13(5):e431–440.
19. Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2016;17(12):e552–e559.
20. Lakin JR, Robinson MG, Bernacki RE, et al. Estimating 1-Year Mortality for High-Risk Primary Care Patients Using the „Surprise“ Question. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1863.

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(6): 394–397

MUDr. Michal Mroček

Dom Rafael

Kutlíková 15, 851 02 Bratislava
 primar@domrafael.sk

Konzervatívna liečba malígnej črevnej obštrukcie

MUDr. Katarína Jakubovišová¹, MUDr. Andrea Škripeková, PhD.¹, MUDr. Zuzana Barlíková, MPH²

¹Oddelenie klinickej onkológie F, Klinika klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

²Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta verejného zdravotníctva, Bratislava

Črevná obštrukcia je častá komplikácia u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. Ide o kompletne alebo čiastočné porušenie tranzitu črevného obsahu. Najčastejšími klinickými príznakmi je bolesť, nauzea a vracanie, obstipácia. V diferenciálnej diagnostike je potrebné vylúčiť predovšetkým benigne príčiny črevnej obštrukcie. Časť pacientov pre celkový stav a pokročilosť ochorenia nie sú vhodnými kandidátmi na chirurgický výkon a profitujú skôr z liečby symptómov. Jedným z cieľov symptomatickej liečby malígnej črevnej obštrukcie (MBO), ktorá zahŕňa antiemetiká, antisekretnú liečbu a analgetiká, je možnosť odstránenia nazogastrickej sondy (NGS), resp. zvládnuť paliáciu symptómov bez jej použitia. Domáca parenterálna výživa by mala byť zvažovaná u vybranej skupiny pacientov, okrem iného v prípade, ak pacientovi hrozí smrť pre vyhladovanie skôr než pre progresiu nádorového ochorenia.

Kľúčové slová: malígna črevná obštrukcia, nauzea a vracanie, antisekretná liečba, oktreotid, domáca parenterálna výživa

Conservative treatment of malignant bowel obstruction

Bowel obstruction is a frequent complication in patients with advanced tumor disease. It is a complete or partial disruption of bowel contents movement. Most frequent clinical symptoms are pain, nausea, vomiting and obstipation. In differential diagnostics it is necessary to exclude primarily benign cases of bowel obstruction. Due to overall conditions or disease advance some patients are not suitable candidates for surgical procedures and could benefit from symptomatic treatment. One of the main aims of MBO (malignant bowel obstruction) symptomatic treatment, that include also antiemetics, antisecretory treatment and analgetics, is the nasogastric tube removal, ev. management of symptom palliation without a use of the tube. Home parenteral nutrition should be considered for specific patient group, beside others when the patient is in danger of dying as a result of starving not due to the progression of tumor disease.

Key words: malignant bowel obstruction, nausea and vomiting, antisecretory treatment, octreotide, home parenteral nutrition

Úvod

Črevná obštrukcia je častá komplikácia u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením, najmä pri gynekologických a gastrointestinálnych malignitách. K črevnej obštrukcii dochádza pri redukcii alebo absencii posunu žalúdočného alebo črevného obsahu gastrointestinálnym traktom. Črevná obštrukcia zapríčinená nádorovým ochorením je definovaná ako malígna črevná obštrukcia (MBO) (1).

Diagnostické kritériá MBO:

- klinický dôkaz črevnej obštrukcie,
- obštrukcia distálne od Treitzovho ligamenta,
- prítomnosť primárneho nádorového ochorenia s postihnutím peritonea,
- inkurabilita ochorenia (2).

Epidemiológia

MBO najčastejšie postihuje samotné tenké črevo – približne 61 %, hrubé črevo asi v 33 % alebo oba simultánne približne v 20 % (3). Pri určitých typoch malígnych diagnóz je väčšia pravdepodobnosť vzniku MBO v pokročilom štádiu ochorenia. Ide prevažne o abdominálne nádorové ochorenia, ako sú ovariálne karcinómy (20 až 50 %), karcinómy kolonu (10 až 28 %), žalúdka (6 % až 19 %), pankreasu (6 % až 13 %), žlčníka (3 až 10 %) a endometria (3 % až 11 %) (3), ale aj napr. karcinómy prsníka (2 – 3 %) a melanóm (2 %) (4).

Etiológia a patofyziológia

Malígnu črevnú obštrukciu môžeme podľa rozsahu rozdeliť na:

- parciálnu alebo kompletnú
- jednoetážovú alebo multietážovú podľa príčiny na:

- mechanickú alebo funkčnú podľa miesta obštrukcie na:

- proximálnu alebo distálnu (5)

Pri črevnej obštrukcii teda ide o kompletne alebo čiastočné porušenie tranzitu črevného obsahu.

V etiológii malígnej črevnej obštrukcie sa môžu uplatniť:

- *mechanické príčiny* – vonkajšia oklúzia – resp. útlak čreva, ktorá môže byť spôsobená nárastom primárneho tumoru alebo jeho rekurencie, mezenterialnými a omentálnymi masami, abdominálnymi alebo pelvickými adhéziami, – vnútorná oklúzia – býva zapríčinená neoplastickou masou alebo cirkulárnym rastom tumoru, intramurálna oklúzia lúmenu – môže byť spôsobená aj rigiditou črevnej steny pri nádorovej infiltrácii (intestinálna linitis plastica),
- *funkčné príčiny* – tumorózna infiltrácia mezenterických alebo črevných nervových pletení (karcinomatóza) alebo postihnutím plexus coeliacus MBO sa môže vyskytnúť

v akomkoľvek čase na trajektórii ochorenia, ale najčastejšie pri pokročilom ochorení.

V patofyziológii sa uplatňuje retencia obsahu čreva proximálne od oklúzie, pričom sa zvyšuje tlak v črevnom lúmene, tým dochádza k aktivácii enterického interneuronálneho systému a stimulácii sekretomotorických neurónov, čo je sprostredkované cestou pôsobenia vazoaktívneho intestinálneho peptidu (VIP). Tento proces vedie k splanchnickej vazodilatácii a hypersekrecii, čo spôsobuje ďalšie zvýšenie endoluminálneho tlaku.

Klinické prejavy

Najčastejšími klinickými prejavmi bývajú:

Nauzea: vzniká dráždením mechanoreceptorov pri distenzii čreva.

Vracanie: nasleduje nauzeu alebo sa objaví aj bez predchádzajúcej nevoľnosti.

Abdominálna bolesť: kolikovitá a/alebo kontinuálna, v závislosti od miesta a stupňa obštrukcie (6).

Obstipácia: chýbanie vetrov a stolice poukazuje na kompletnú obštrukciu, môže však dochádzať aj k obtekaniu a inkontinencii stolice, ktorá je skvapalnená pôsobením črevných baktérií.

Abdominálna distenzia: pri distenzii čreva +/- ascites (7).

Diagnostika

U pacientov so známym alebo suspektým nádorovým ochorením, ktorých klinické prejavy svedčia pre MBO, by malo byť cieľom diagnostického postupu nielen stanovenie diagnózy a miesta a stupňa obštrukcie, ale aj zhodnotenie biologickej aktivity tumoru, rozsahu ochorenia, čo môže ovplyvniť ďalší terapeutický postup.

V diagnostike MBO sa uplatňujú zobrazovacie vyšetrovacie metódy ako natívna rtg snímka abdomenu, abdominálno-pelvickej vyšetrenie počítačovou tomografiou (CT), v niektorých prípadoch magnetickou rezonanciou (MRI), ktoré môže lepšie zobrazovať a charakterizovať peritoneálne a hepatálne postihnutie.

Použitie abdominálnej ultrasonografie je limitované pre interferenciu s plynom naplnenými črevnými kľúčkami.

Laboratórne vyšetrenia slúžia predovšetkým na zhodnotenie prítomnosti metabolickej poruchy (acidóza, elektrolytová dysbalancia, renálne zlyhávanie) a leukocytózy. Závažné laboratórne abnormality ako extrémna leukocytóza, metabolická alebo laktátová acidóza môžu poukazovať na vývoj črevnej ischémie, aj keď s nízkou špecifitou.

Diferenciálna diagnostika

V diferenciálnej diagnostike je potrebné vylúčiť predovšetkým benigne príčiny ako napr. adhezívne zmeny, radiačnú enteritídu, neobštrukčné intestinálne ochorenia ako intestinálnu pseudoobštrukciu a závažnú obštrukciu.

Liečba

Manažment pacientov s MBO je jednou z najväčších výziev u pacientov s pokročilým onkologickým ochorením, s ktorými sa lekár potýka.

Chirurgická liečba

Chirurgická intervencia by mala byť zvažovaná, ak do 48 – 72 hodín nedôjde k ústupu symptómov pri konzervatívnej liečbe (8). Medzi možnosťami chirurgickej liečby patrí napr.: resekcia, by-pass, ileostómia, adheziolyza, kolostómia alebo zavedenie kolonického stentu ako premostenie k definitívnemu výkonu.

Pred rozhodnutím o chirurgickej intervencii je potrebné individuálne zhodnotenie každého pacienta, pretože časť pacientov, najmä pre celkový stav a pokročilosť ochorenia, nie sú vhodnými kandidátmi na chirurgický výkon a profitujú skôr z liečby symptómov. Je nutné starostlivo zvážiť riziko a benefit, zahŕňajú aj zhodnotenie očakávanej dĺžky dožitia a preferencie pacienta.

V rôznych klinických štúdiách boli zhodnocované klinické a rádiografické faktory, ktoré by mohli

poukázat na malý benefit pacienta z chirurgickej intervencie. Absolútne a relatívne kontraindikácie chirurgickej intervencie boli identifikované retrospektívne, skúmaním charakteristík spojených s vysokým stupňom mortality a morbidita a prevedené do prognostických kritérií. Osobitou situáciou je MBO spôsobená karcinomatózou. U týchto pacientov je len malý, resp. žiadny profit z chirurgickej intervencie. Táto obštrukcia býva zvyčajne čiastočná, intermitentná a nezapríčiňuje stranguláciu čreva s rizikom perforácie. Býva spôsobená blokádou čreva na viacerých úrovniach tenkého a/alebo hrubého čreva, môže sa komplikovať sekundárnou poruchou motility pri infiltrácii črevnej steny tumorom a/alebo parasympatických a sympatických nervov zodpovedných za peristaltiku. Symptómy môžu dočasne ustúpiť pri nazogastrickej dekompresii, ale bývajú recidivujúce. Ak sa takýto pacient podrobí chirurgickému výkonu, výsledky vo všeobecnosti nie sú uspokojivé, 30-dňová mortalita býva 21 – 40 %, výskyt komplikácií 20 – 40 % a väčšina reobštrukcií vznikne v krátkom časovom intervale (9).

Medzi absolútne kontraindikácie chirurgického výkonu pri MBO patria (3, 9, 10, 11, 12):

- ascites vyžadujúci opakované paracentézy,
- difúzne palpovateľné abdominálne masy,
- poruchy intestinálnej motility pre difúznu intra-peritoneálnu karcinomatózu,
- parciálna črevná obštrukcia na viacerých miestach s prolongovanou pasážou pri rádiografikom vyšetrení,
- predchádzajúca chirurgická intervencia, ktorá ukázala, že chirurgické riešenie nie je technicky možné,
- predchádzajúca chirurgická intervencia, ktorá ukázala difúzne metastatické nádorové postihnutie,
- postihnutie proximálnej časti žalúdka.

Medzi relatívne kontraindikácie chirurgického výkonu pri MBO patria (3, 9, 10, 11, 12):

- generalizované nádorové ochorenie,
- pacienti nad 65 rokov v spojení s kachexiou,
- nízka hladina sérového albumínu a prealbumínu,
- predchádzajúca rádioterapia na abdomen alebo panvu,
- zlý nutričný stav,
- pečeneňové metastázy, vzdialené metastázy, pleurálna efúzia alebo pľúcne metastázy spôsobujúce dyspnoe,
- zvýšené hladiny dusíkatých látok, alkalické fosfatázy, pokročilé štádium ochorenia, krátky interval od diagnózy k obštrukcii,
- zlý výkonnostný stav,
- extraabdominálne metastázy s ťažko kontrolovateľnou symptomatológiou (napr. dyspnoe).

U pacientov, ktorí nie sú kandidátmi na chirurgický výkon, je potrebné zvážiť a posúdiť možnosť zavedenia samorozťažného stentu. U pacientov vhodných na chirurgický výkon môže ísť o premostenie a možnosť pacienta operovať elektívne.

Parenterálna výživa pri MBO

Cieľom totálnej parenterálnej výživy (TPN) je zlepšenie výživy u pacientov, ktorí sú kandidátmi na chirurgický výkon. Indikácia TPN u pokročilých inoperabilných onkologických pacientov je kontroverzná a jej rutinné použitie nie je odporúčané. Existuje obmedzený počet štúdií, ktoré hodnotia účinnosť domácej parenterálnej výživy u inoperabilných pacientov s MBO, medián prežívania je 4 – 6 mesiacov, podiel komplikácií spojených s podávaním je vyšší ako 13 % a stabilita nutričných parametrov bola pozorovaná do 2 – 3 mesiacov pred smrťou. Približne 30 % pacientov prežíva viac ako tri mesiace a benefitujú z TPN (13, 14). Indikácia pre domácu parenterálnu výživu u pacientov s MBO by mala byť rezervovaná pre pacientov so zachovaným dobrým výkonnostným stavom, pomaly rastúcim tumorom, možnosťou odpovede na chemoterapiu, s expektáciou prežívania viac ako tri mesiace a bez závažných extraabdominálnych komplikácií spôsobených extenziou tumoru (2).

V štúdiu profesora Bozzettiho z roku 2014, do ktorej bolo zahrnutých 414 pacientov s nevyliciteľným nádorovým ochorením a obštrukciou gastrointestinálneho traktu rôzneho stupňa, sa zisťovalo, či existuje charakteristika, ktorá priamo súvisí s prežívaním kachektických pacientov pri podávanej parenterálnej výžive. Skúmal sa vzťah medzi prežívaním a demografickými údajmi, nutričným stavom (BMI – body mass index, úbytok hmotnosti), klinicko-onkologickým zhodnotením (Karnofského prognostické skóre), prognostikáciou, primárnym nádorom, histológiou, postihnutím životne dôležitých orgánov, stagingom, biochemickými ukazovateľmi, trvaním domácej parenterálnej výživy (DPV). Do štúdie bolo zapojených 13 centier z 10 krajín, trvanie štúdie bolo 6 rokov. Na základe multivariantnej analýzy, s prežívaním najviac súviselo takzvané Glasgowské prognostické skóre (GPS). Pacienti, ktorí najdlhšie profitovali z podávanej parenterálnej výživy, mali GPS 0, čiže mali normálne hladiny albumínu a prozápalovú aktivitu vyjadrenú eleváciou CRP nebola prítomná (15).

Liečba symptómov

Liečba symptómov sa zameriava na ovplyvnenie najvýraznejších prejavov MBO, ako je nauzea, vracanie, bolesť. Vzhľadom na nauzeu a vracanie, perorálny príjem liekov nie je vhodný.

Nefarmakologická liečba

S cieľom dekompresie možno zaviesť nazo-gastrickú sondu. Zavádzanie je spojené s dyskomfortom, ktorý je možné podľa našich skúseností ovplyvniť podaním midazolamu bezprostredne po zavedení NGS. Dlhšie trvajúce zavedenie zvyšuje riziko závažnejších komplikácií zahŕňajúc aspiračnú pneumóniu, mukozálnu ulceráciu, faryngitídu a sinusitídu. Odstránenie NGS sa odporúča pri poklese výdaja sekrécie menej ako 1l za 24 hodín. Prijateľnou alternatívou k dlhodobějšímu zavedeniu NGS môže byť vyvedenie ventilujúcej perkutánnej endoskopickéj gastrostómie (PEG), ktoré môže byť realizované endoskopickou cestou alebo pomocou intervenčnej rádiológie (12). Pri zavedenom ventilujúcom PEG-u majú pacienti možnosť popíjať tekutiny.

Farmakologická liečba

Spektrum liekov zahŕňa analgetiká, antisekrecné lieky, antiemetiká a steroidy. Cesta podania liečiv môže byť intravenózna alebo subkutánna, bolusová alebo kontinuálna. Jedným z cieľov farmakologickej liečby MBO je možnosť odstránenia NGS, resp. zvládnuť paliáciu symptómov bez jej použitia.

Analgetiká

Na zvládnutie kontinuálnej bolesti je často potrebné použitie opioidov. Ak ide o kolikovitú bolesť, kombinujeme ich spolu s anticholinergikami (3).

Antisekrecná liečba

V antisekrecnej liečbe majú najvýznamnejšie postavenie butylskopolamín a oktreotid.

Butylskopolamín

Liečivo má nízku rozpustnosť v tuku, preto je jeho prienik cez hematoencefalickú bariéru menej významný a má menej centrálnych nežiaducich účinkov v zmysle somnolencie a halucinácií, najmä v kombinácii s opioidmi. Butylskopolamín svojim anticholinergickým efektom znižuje tonus a peristaltiku hladkých svalov a znižuje sekréciu v gastrointestinálnom trakte (GIT). Jeho pôsobenie má zároveň analgetický účinok. Typickým a najčastejším nežiaducim účinkom je suchosť v ústach, ktorú možno zmierniť napr. cmúľaním ľadových kociek alebo popíjaním malých dúškov vody. Zvyčajné dávkovanie je 40 – 120 mg/deň.

Oktreotid

Ide o syntetický analóg somatostatínu, ktorý je účinnejší a má dlhší biologický polčas. Somatostatín a jeho analógy inhibujú uvoľňovanie a aktivitu gastrointestinálnych hormónov, ovplyvňujú produkciu kyslej žalúdočnej sekrécie, spomaľujú intestinálnu motilitu, znižujú výdaj žlče, zvyšujú produkciu hlienu

a redukujú splachnicový prietok krvi. Dochádza k zníženiu množstva štiav v GIT-e a k zvýšeniu absorpcie vody a elektrolytov na intracelulárnej úrovni cestou cAMP a regulácie kalciových kanálov. Submukozálne somatostatín-dependentné neuróny aktivované oktreotidom inhibujú excitačné nervy, najmä inhibíciu uvoľňovania acetylcholínu. Výsledkom je zníženie spasticity, ktorá je zodpovedná za kolikovité bolesti. Tieto účinky môžu byť spôsobené inhibíciou VIP, ktorého aktivita býva zvýšená pri experimentálnej črevnej obštrukcii a je zodpovedná za nepriaznivé účinky na črevnú sekréciu, splachnicový prietok a peristaltiku (11).

Inhibičný efekt oktreotidu na peristaltiku aj gastrointestinálnu (GI) sekréciu redukuje distenziu čreva a sekréciu vody a sodíka črevným epitelom a týmto pôsobí na redukcii vracania a bolestí. Môže tak prelomiť bludný kruh reprezentovaný sekréciou, distenziou a kontraktílnou hyperaktivitou.

Iniciálna dávka oktreotidu býva 0,3 mg/deň s titráciou až do kontroly symptómov vo všeobecnosti 0,6 – 0,9 mg na deň, cesta podania je zvyčajne subkutánna, podávanie kontinuálne alebo v jednotlivých dávkach v pravidelných intervaloch.

Bolo realizovaných niekoľko randomizovaných štúdií, ktoré porovnávali účinnosť liečby butylskopolamínom a oktreotidom u pacientov s MBO.

Randomizovaná klinická štúdia autorov Mystakidou et al. (16) porovnávala pacientov s MBO, ktorí dostávali butylskopolamín alebo oktreotid v kombinácii s chlorpromazínom. Pacienti v skupine s oktreotidom mali signifikantne menšiu intenzitu nauzey a kvantitatívne menej epizód vracania (16). Aj v ďalších dvoch štúdiách Ripamontiovej a Mercadanteho sa potvrdila superiorita oktreotidu, čo sa týka kontroly symptómov v liečbe MBO v porovnaní s butylskopolamínom. U pacientov, kde nie je liečba jedným z liekov efektívna, je možné použiť kombináciu oboch liečiv na redukcii črevnej sekrécie a vracania (17, 18).

V prehľadovej práci Mercadanteho a Porzio (19), kam bolo zahrnutých 15 randomizovaných štúdií so signifikantným počtom pacientov (celkovo 281 pacientov) liečených oktreotidom, udávajú autori terapeutickú úspešnosť medzi 60 – 90 % (19).

Použitie oktreotidu v liečbe MBO je zahrnuté v MASCC/ESMO odporúčaní z roku 2016 (20).

V štúdií Matulonisa et al. (21) sa v liečbe MBO môže uplatniť aj depotná forma oktreotidu, čo by bola potenciálne vhodná forma liečby pre ambulantné použitie, ide však pomerne o finančne náročnú liečbu.

H2 blokátory, inhibítory protónovej pumpy. Na redukcii gastrointestinálnej sekrécie sa môže podieľať aj supresia žalúdočnej acidity pomocou inhibítorov protónovej pumpy a H2 blokátorov. Hoci nie sú

k dispozícii randomizované štúdie zhodnocujúce benefity týchto liekov pri MBO, v poolovanej analýze Clarka et al. (22) bola demonštrovaná superiorita ranitidínu (H2 blokátor) proti inhibítorom protónovej pumpy v redukcii objemu žalúdočnej sekrécie v perioperačnom období u pacientov s MBO (22).

Antiemetiká

Metoklopramid – prokinetikum, je vhodný pri parciálnej, ale nie pri kompletnej obštrukcii, preferované je intermitentné podávanie pred kontinuálnym, nie je vhodný ani pri kolikovitých bolestiach (23). Dávkovanie je 30 – 60 mg/24 hod.

Haloperidol – patrí medzi neuroleptiká, je relatívne selektívny antagonist dopamínových receptorov. Intravenózne podávaný haloperidol je považovaný za antiemetikum prvej voľby v symptomatickej liečbe pacientov s MBO. Zdá sa, že pri intravenóznom podaní je menšie riziko extrapyramídových vedľajších účinkov, ako pri perorálnom podávaní (23). Dávkovanie je v tejto indikácii zvyčajne 5 – 20 mg/deň.

Olanzapín ide o antipsychotikum s afinitou k mnohým neurotransmiterom (dopamín, sérotonín, adrenergné, muskarínové a histamínové receptory), ovplyvňuje nauzeu a vracanie. Môže byť liekom voľby u pacientov, ktorí neodpovedajú na štandardnú antiemetickú liečbu. Dávkovanie je v rozsahu 2,5 – 20 mg/deň.

Glukokortikoidy. Dáta podporujúce použitie kortikosteroidov u pacientov s MBO sú slabé, aj keď ich použitie sa javí racionálne. Môžu redukovať peritumorálny zápalový edém. V Cochranovej analýze z roku 2008 sa ukázalo, že 6 – 16 mg dexametazónu podávaného intravenózne/subkutánne viedlo k zlepšeniu črevnej obštrukcie. Zdá sa, že nemajú vplyv na dĺžku prežívania (24).

Záver

V každodennej praxi je často náročné odlišiť malígnu črevnú obštrukciu od obštrukcie benígnej etiológie (napr. adhézie). Bez ohľadu na etiológiu, manažment črevnej obštrukcie u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením môže byť zložitý. Rozhodnutie o chirurgickej intervencii si vyžaduje starostlivé zváženie rizika a benefitu, zahŕňajúc aj zhodnotenie očakávanej dĺžky dožitia a preferencií pacienta. Konzervatívna liečba zahŕňa zavedenie NGS, prípadne ventilujúcej PEG, liečbu bolesti, antisekrecnú a antiemetickú liečbu, prípadne liečbu kortikoidmi. Je potrebné individuálne zvážiť podávanie parenterálnej výživy u pacientov, u ktorých hrozí smrť vyhladovaním skôr, ako úmrtie spôsobené progresiou ochorenia. Na konci života by mal pacient s malígnou črevnou obštrukciou zomierať komfortne, bez nazogastrickej sondy, čo je jedným

z cieľov konzervatívnej liečby MBO. Pri nutnosti zavedenia NGS na konci života by mala byť pacientovi ponúknutá možnosť paliatívnej sedatívnej liečby.

Literatúra

1. Mercadante S. Intestinal dysfunction and obstruction. In: Walsh D. (Ed). *Palliative Medicine*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. p. 1267.
2. Tuca A. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Manag Res*. 2012;159–169.
3. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, et al. Clinical-practise recommendation for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer*. 2001;9(4):223–233.
4. Ferguson HJM. Management of intestinal obstruction in advanced malignancy. *Annals of Medicine and Surgery*. 2015;4(3):264–270.
5. Neoh SW. Approach to malignant bowel obstruction in palliative care. *J Gen Pract*. 2016;4:272. doi:10.4172/2329-9126.1000272
6. Currow DC. Double-blind, Placebo-Controlled Randomized Trial of Octreotide in Malignant Bowel Obstruction. *J of Pain and Symptoms Management*. 2015;49(5):814–821.
7. Goldstein NE, Morrison RS. *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2013. Print.
8. Walsh HPJ. Is laparotomy for small bowel obstruction justified in patient with previously treated malignancy? *British Journal of Surgery*. 1984;71(12):933–935.
9. Ripamonti C, Easson A, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *European Journal of Cancer*. 2008;44(8):1106–1115.
10. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology for Palliative Care. Version 1.2017, NCCN Flash Updates: NCCN Guidelines Updated.
11. Bruera E, Higginson IM, Gunten CHF, et al. *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. 2th ed., FL: CRC Press, 2015. 587–601.
12. Aaron F. Management of malignant bowel obstruction Associated with GI cancer. *Journal of Oncology Practice*. 2017;7(13)426–434.
13. Fan BG. Parenteral nutrition prolongs the survival of patients associated with malignant gastrointestinal obstruction. *JPEN J Parenteral Enteral Nutr*. 2007;31(6):508–510.
14. Bozzeti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clin.Nutr*. 2002;21(4):281–288.
15. Bozzetti F, Santarpia L, Pironi L, et al. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: a multi-centre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *In Ann Oncol*. 2014;25(2):487–493.
16. Mystakidou, et al. Comparison of octreotide administration vs conservative treatment in the management of inoperable bowel obstruction in patients with advanced cancer: A randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Anticancer Res*. 2002;22(2B):1187–1192.
17. Ripamonti C, Mercadante S, Groff L, et al. Role of octreotide and hyoscine butylbromide and hydration in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction having a nasogastric tube. A prospective, randomized clinical trial. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(1):23–34.
18. Mercadante S, Ripamonti C, Cassucio A, et al. Comparison of octreotide and hyoscine butylbromide in controlling gastrointestinal symptoms due to malignant inoperable bowel obstruction. *Support Care Cancer*. 2000;8(3):188–191.
19. Mercadante S, Porzio G. Octreotide for malignant bowel obstruction: Twenty years after. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012;83(3):388–392.
20. Walsh D, Mellar D, Ripamonti C, et al. Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2017;25(1):333–340.
21. Matulonis UA, Seiden MV, Roche M, et al. Long-acting octreotide for the treatment and symptomatic relief of bowel obstruction in advanced ovarian cancer. *J Pain Symptom manage*. 2005;30(6):563–569.
22. Clark K, Lam L, Currow D. Reducing gastric secretions – a role for histamine 2 antagonists or proton pump inhibitors in malignant bowel obstruction? *Support Care Cancer*. 2009;17(12):1463–1468.
23. Mercadante S. Palliative care of bowel obstruction in cancer patients [online]. Available from: <www.uptodate.com>. Literature review current through: Oct 2017./This topic last updated: Sep 16, 2017.
24. Feuer J, Broadley E. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration. The Cochrane Database of Systemic Reviews. 2008;3

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(6): 402–405

MUDr. Katarína Jakubovišová

Oddelenie klinickej onkológie F

Klinika klinickej onkológie, NOÚ

Klenová 1, 833 10 Bratislava

katarina.jakubovitsova@nou.sk

Radiačná enteritída

MUDr. Lucia Dzurillová, MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

Oddelenie paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav, Bratislava

So zlepšovaním terapeutických postupov v onkológii sa zväčšuje skupina dlhodobo prežívajúcich pacientov v remisii nádorového ochorenia, pričom sa postupne odhalujú neskoré komplikácie protinádorovej liečby, ktoré pacientom nielen zhoršujú kvalitu života, ale môžu byť aj smrteľné. Rádioterapia na oblasť brucha a panvy patrí k základným liečebným modalitám rôznych gynekologických malignít, ako aj malignít gastrointestinálneho a urogenitálneho traktu. Akútne poškodenie tenkého čreva ionizujúcim žiarením sa zahojí v priebehu niekoľkých týždňov, ale chronické poškodenie sa vyvíja roky a prináša mnohé komplikácie pacientom, ktorí sú v dlhodobej remisii. Včasná diagnostika a podporná liečba nielen akútnych, ale aj neskorých komplikácií protinádorovej liečby môže zlepšiť kvalitu života aj predĺžiť prežívanie našich pacientov.

Kľúčové slová: akútna a chronická radiačná enteritída, malnutícia, podporná liečba

Radiation enteritis

Along with improving anticancer treatment there is growing number of long term cancer survivors and some of them are suffering from slowly developing late complications of anticancer treatment, which are lowering the quality of life and could be also life threatening. Radiation therapy to abdomen and pelvic region is a mainstay in the treatment of gynaecological, gastrointestinal and urogenital malignancies. Acute radiation injury to small bowel can resolve during few weeks, but chronic changes will develop during years and could complicate life of patients in longterm complete remission. Early diagnosis and supportive treatment of acute and late complications of anticancer treatment leads to improving of quality of life and also improving survival of our patients.

Key words: acute and chronic radiation enteritis, malnutrition, supportive care

Úvod

Epitel gastrointestinálneho traktu patrí k bunkám s vysokou rýchlosťou proliferácie, čo zvyšuje riziko jeho poškodenia počas rádioterapie aj chemoterapie. Rádioterapia patrí k základným liečebným modalitám malignít gastrointestinálneho traktu a malej panvy. Kombinovaná liečba rádioterapia, chemoterapia a chirurgické výkony zlepšujú prežívanie pacientov s týmito malignitami.

Rádioterapia môže spôsobiť akútne poškodenie tenkého aj hrubého čreva, ktoré vznikne v priebehu alebo v krátkom čase po liečbe rôznych nádorových ochorení. Prejavy akútnej toxicity vymiznú väčšinou v priebehu niekoľkých týždňov, ale chronické zmeny môžu vzniknúť mesiace alebo aj roky po ukončení liečby. So zlepšovaním výsledkov liečby rôznych malignít sa zvyšuje aj počet vyliečených a dlhodobo prežívajúcich pacientov, čo zvyšuje počet tých, ktorí sa napriek vyliečeniu základného nádorového ochorenia dožijú prejavov neskorkej toxicity liečby.

Definícia

Radiačná enteritída je pojem tradične používaný na pomenovanie poškodenia tenkého čreva ionizujúcim žiarením spôsobeným rádioterapiou. Je dôležité uvedomiť si, že sa často prekrýva s radiačným poškodením rekta „radiačnou proktitídou“ alebo hrubého čreva „radiačnou kolitídou“ (1).

Akútna radiačná enteritída sa zvyčajne prejavuje kolikovitou bolesťou brucha, nafukovaním, stratou

chuti do jedla, nauzeou, hnačkou a urgentnou stolicou ešte počas podávania rádioterapie alebo tesne po jej ukončení (2). Symptómy sa začínajú prejavovať zväčša v druhom týždni rádioterapie a vrcholom počas štvrtého až piateho týždňa (3).

Patofyziológia

Počas rádioterapie dochádza k poškodeniu kmeňových buniek mukózy v Lieberkühnových kryptách, a to buď priamo účinkom rádioterapie, alebo nepriamo ako výsledok mikrovaskulárneho poškodenia, čo vedie k zníženiu bunkovej rezervy pre črevné klky. Následné odhalenie mukózy je spojené so zápalom sliznice, s edémom, so skrátením klkov, znížením rezorpcnej plochy. V priebehu dvoch až štyroch týždňov dochádza k infiltrácii leukocytmi s formáciou abscesov v kryptách, prípadne aj k vzniku ulcerácií na sliznici. Nasledujú zmeny zahrnujúce progredujúcu okluzívnu vaskulitídu s inváziou penových buniek v intime ciev a hyalinné zhrubnutie steny arteriol, ako aj depozíciu kolagénu a fibrózu v submukóznej vrstve (4). Hrubne stena tenkého čreva. Stena malých arteriol obliteruje a spôsobuje ischemiu. Poškodenie lymfatických ciev vedie k zhoršeniu edému sliznice a zápalu (5). Sliznica atrofuje, vznikajú atypické hyperplastické žliazky a fibróza steny tenkého čreva. Môžu vzniknúť teleangiectázie, ktoré spôsobujú krvácanie (6). Ulcerácie v mukóze môžu viesť k perforácii alebo formovaniu fistúl či abscesov, pri ich hojení vzniká fibróza a striktúry lúmenu, dokonca aj obštrukcia čreva. Spomalenie

pasáže alebo stáza vedú k premnoženiu baktérií v tenkom čreve. Dokonca aj keď črevo vyzerá normálne, majú pacienti zvýšené riziko spontánnej perforácie (7).

Chronické zmeny črevnej sliznice a steny spôsobujú poruchu absorpcie tukov, proteínov, uhľovodíkov, žlčových kyselín aj vitamínu B₁₂, čo vedie k stratám vody, elektrolytov aj proteínov v tenkom čreve. Môže byť znížená schopnosť degradácie laktózy, čo zvyšuje jej fermentáciu baktériami, s následným meteorizmom, flatulenciou, napätím brucha a hnačkou. Po rádioterapii dochádza aj k poruche motility tenkého čreva. Keď dôjde aj k poškodeniu hrubého čreva pri rádioterapii, môže dôjsť k rozvoju pankolitídy podobnej ako pri zápalových ochoreniach čreva (8).

Rizikovými faktormi na vznik radiačnej enteritídy sú najmä (9):

- dávka žiarenia, ktorou je zasiahnuté tenké črevo,
- podávanie konkomitantnej chemoterapie,
- limitovaná motilita čreva (ptóza čreva do malej panvy, predchádzajúce chirurgické výkony v bruchu a malej panve – adhézie, predchádzajúce zápalové ochorenia v panve, endometrióza),
- kachexia, redukovaná výživa, astenický habitus,
- vaskulárne ochorenie (aterosklerotické zmeny ciev pri diabete, hypertenzii, vasculitis obliterans,
- kolagénové cievne ochorenia (reumatoidná artritída, systémový lupus erythematosus, polymyozitída),

- zápalové ochorenia čreva (ulcerózna kolitída, Crohnova choroba),
- vysoký vek pacienta (9).

Diagnostika a klinický obraz

Klinické prejavy akútnej radiačnej enteritídy sú hnačka, bolesti brucha, nauzea, nechutenstvo, vracanie, slabosť, tenezmy, hematochézia, horúčka. Miera závažnosti symptómov je rôzna, ale približne u 15 – 20 % pacientov je potrebná zmena priebehu rádioterapie. Hnačka sa najčastejšie objavuje v treťom týždni rádioterapie, môže vzniknúť už pri dávke 18 – 22 Gy podaných konvenčnou frakciáciou, väčšina pacientov má hnačku pri podaní 40 Gy. Zriedka je závažná radiačná enteritída spojená s masívnym krvácaním alebo perforáciou čreva. Častým klinickým nálezom je difúzna citlivosť brucha, bez peritoneálneho dráždenia. Symptómy vymiznú, keď sa zahoja akútne patologické zmeny, čo zväčša trvá 2 – 6 týždňov po ukončení rádioterapie (9).

Chronické postradiačné poškodenie čreva sa môže klinicky prejaviť už 8 – 12 mesiacov po ukončení rádioterapie, ale typicky v rozmedzí 18 mesiacov až 6 rokov po ukončení rádioterapie, aj keď bol publikovaný prípad 30 rokov po ožarovaní (10). V niektorých prípadoch sa môžu prejavy chronickej toxicity rokmi zhoršovať. Neskorá toxicita sa prejavuje postprandiálnymi bolesťami, intermitentnou alebo akútnou obštrukciou tenkého čreva, malabsorpciou, hnačkami, chudnutím, flatulenciou, steatoreou, bolesťami brucha, anemizáciou, hypoalbuminemiou. Pacienti so závažným postihnutím môžu mať v dôsledku striktúr poruchy pasáže, subileózný až ileózný stav, perforácie. Následné nevyhnutné akútne chirurgické intervencie môžu viesť k resekciam postihnutých úsekov a následne k rozvoju syndrómu krátkeho čreva s komplexnými dôsledkami. V diagnostike chronickej radiačnej enteritídy je dôležitá anamnéza rádioterapie a postupný rozvoj symptómov.

V laboratórnych vyšetreniach pri diagnostike akútnej radiačnej enteritídy môže byť prítomný normálny krvný obraz. Pri chronickej radiačnej enteritíde býva prítomná anémia spôsobená malnutriiou pri malabsorpcii, prípadne chronickými krvnými stratami. Leukocytóza sa zachytí v prípade závažných komplikácií, ako je sepsa spôsobená perforáciou, nekrotizáciou čreva či ileóznym stavom. V biochemických vyšetreniach býva pri hnačkách abnormálny ionogram, známky dehydratácie, niekedy až renálneho zlyhania z prerenálnych príčin. Pri chronickej malnutriii býva pokles hladiny albumínu, celkových bielkovín, elevácia hepatálnych parametrov, poruchy hemokoagulácie, hypovitaminóza B₁₂, vitamínu D, nedostatok železa, kyseliny listovej. U pacientov s redukovanou svalovou

hmotou pri malnutriii bez dehydratácie môžu byť, naopak, znížené hodnoty kreatinínu.

Základné zobrazovacie vyšetrenia, ako je natívna RTG snímka brucha v stojí, môžu odhaliť prítomnosť ileózného stavu alebo náhlejšej brušnej príhody. CT vyšetrenie brucha a panvy najspolahlivejšie objasní prítomnosť črevnej obštrukcie a vylúči alebo potvrdí rekurenciu malignity alebo duplexné nádorové ochorenie. Zároveň je potrebné pri zvažovaní možnosti chirurgickej liečby. Kontrastné RTG vyšetrenie pasáže báriovou alebo iódovou kontrastnou látkou sú užitočné na zistenie lokalizácie a rozsahu stenózy, aj na odhalenie viacerých stenotizovaných úsekov tráviaceho traktu alebo prítomnosť fistúl. RTG obraz radiačnej enteritídy pripomína obraz nešpecifických zápalových ochorení čreva.

V akútnej fáze radiačnej enteritídy sa odporúča vyhnúť sa endoskopickým vyšetreniam pre vysoké riziko perforácie. Kolonoskopia môže byť potrebná na ošetrovanie krvácania, ale aj v tomto prípade je potrebná maximálna opatnosť a minimálna insuflácia vzduchu, lebo sliznica býva fragilná, edematózna s povrchovými ulceráciami. Pri chronickej enteritíde je charakteristická bledá, tenká, fragilná mukóza s prítomnými prominujúcimi submukóznymi telangiektáziami. Taktiež môžu byť prítomné hladké, symetrické striktúry, oblasti ulcerácií a fistuly. Často je potrebná biopsia na odlišenie radiačného poškodenia od rekurentnej alebo de novo malignity. Na vyšetrenie poškodenia tenkého čreva je možné použiť kapsulovú endoskopiю, ktorá môže odhaliť miesta krvácania v tenkom čreve neprístupnom konvenčnej endoskopii, ale jej využitie je kontroverzné v prípade fistúl alebo striktúr, keďže kapsula môže uviaznúť v zúžených miestach a spôsobiť úplnú obštrukciu.

Histologicky sa pri akútnej radiačnej enteritíde a kolitíde nájdu zápalové zmeny mukózy s nekrotizáciou a ulceráciami, epitelálne bunky vystielajúce intestinálne krypty sú väčšie s prítomnou depléciou mucínu a veľkým atypickým jadrom. Napriek intenzívnej zápalovej reakcii je zachovaná základná architektúra mukózy, je zachovaný nízky nukleárnocytoplazmatický pomer a nie sú prítomné mitotické figúry, čo odlišuje radiačné poškodenie od malignity. Hlavnými zmenami pri chronickej radiačnej poškodení je obliterujúca arteritída, fibróza spojivového tkaniva a atrofia mukózy. Prítomné sú ektatické cievy v lamina propria a submukóze, s fibropláziou intimy, akumuláciou penových buniek a hyalínnym zhrubnutím steny ciev. Tieto zmeny vedú k zúženiu lúmenu ciev. Fibróza spojivového tkaniva submukózy, muscularis propria a serózy má hyalínny vzhľad s prítomnými veľkými atypickými fibroblastmi.

Mieru závažnosti gastrointestinálnej mukozitídy konvenčnej chemoterapie a rádioterapie je možné hodnotiť podľa rôznych škál, ale v klinických štúdi-

ách sa najčastejšie používa hodnotenie podľa WHO alebo podľa NCI-CTCAE verzie 4.03.

Hodnotenie gastrointestinálnej toxicity je zväčša zamerané na meranie nepriamych následkov poškodenia sliznice – napríklad hnačky. Hnačka je definovaná ako frekventná vodnatá stolica. Kašovitá alebo mäkká stolica sa nepovažuje za hnačku (9).

Hodnotenie hnačky podľa NCI-CTCAE verzia 4.03:

Stupeň 1: vzostup o menej ako 4 vodnaté stolice za deň oproti bežnému počtu pred liečbou

Stupeň 2: vzostup o 4 – 6 stolíc denne oproti bežnému počtu alebo mierny vzostup výdaja do stómie

Stupeň 3: vzostup o 7 a viac stolíc denne, inkontinencia, nutnosť hospitalizácie alebo výrazný vzostup výdaja do stómie, obmedzenie sebaobslužných aktivít bežného života

Stupeň 4: život ohrozujúce dôsledky, indikovaná okamžitá intervencia

Stupeň 5: smrť

Hodnotenie orgánovo špecifickej morbidity asociovanej s rádioterapiou podľa závažnosti symptómov podľa RTOG (The Radiation Therapy Oncology Group) a EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) (9):

Stupeň 0: žiadne príznaky

Stupeň 1: mierna hnačka, mierne kŕče, do 5 stolíc za deň, mierny výtok z rekta alebo krvácanie

Stupeň 2: stredne závažná hnačka a kolikovitá bolesť viac ako 5-krát za deň, excesívny výtok z rekta – hlieny alebo intermitentné krvácanie

Stupeň 3: obštrukcia alebo krvácanie vyžadujúce chirurgickú liečbu

Stupeň 4: nekróza, perforácia alebo fistula

Stupeň 5: smrť priamo spôsobená neskorými následkami rádioterapie

Pacienti po absolvovaní komplexnej protinádorovej liečby mávajú ťažkosti s rôznorodou symptomatológiou, preto niekedy nie je jednoduché odhaliť ich príčiny. Vždy je potrebné myslieť aj na možnosť rekurencie nádorového ochorenia alebo sekundárnej malignity, ako aj na benígne príčiny (celiakia, intolerancia laktózy, pankreatická malabsorpcia, alkoholový exces, vedľajší účinok liekov, psychogénne navodená hnačka, divertikulitída, malabsorpcia žlčových kyselín pri poškodení terminálneho ilea, tyreotoxikóza, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída). Pri zvažovaní možnosti liečby radiačnej kolitídy môže byť príliš konzervatívny postup rovnako nebezpečný ako unáhľená snaha o chirurgické riešenie.

Prevenca poškodenia tenkého čreva rádioterapiou

Používanie moderných zobrazovacích vyšetrení a najnovších techník rádioterapie významne

znižuje expozíciu tenkého čreva a zdravých tkanív ožarovaniu. Na Slovensku je však problém s dostupnosťou týchto techník (napr IMRT – intensity-modulated radiotherapy). Štúdie dokázali pokles dávky rádioterapie na tenké črevo o 40 % s použitím IMRT v porovnaní s 3D-konformnou alebo konvenčnou rádioterapiou na malú panvu (11, 12). Pri rádioterapii na malú panvu polohovanie pacienta do pronačnej pozície, použitie abdominálnej podložky a ožarovanie s naplneným močovým mechúrom významne znižuje ožiarenie tenkého čreva (13).

Na toxicitu rádioterapie má, zdá sa, vplyv aj cirkadiánnny rytmus. Podľa prospektívnej štúdie na 229 pacientoch, ktoré dostávali rádioterapiu pre karcinóm krčka maternice predpoludňím (8.00 – 10.00) alebo večer (18.00 – 20.00) sa pozoroval vyšší výskyt a závažnejšia hnačka v predpoludňajšom ramene (14). Načasovanie rádioterapie na večerné hodiny však prináša logistické ťažkosti.

Pozorovala sa aj významne nižšia gastrointestinálna toxicita rádioterapie na malú panvu u pacientov užívajúcich inhibitory angiotenzín-konvertujúceho enzýmu (ACEI) a statíny (15). Podľa ESMO (European Society of Medical Oncology) odporúčaní je vhodný perorálne podávaný sulfasalazín v dávke 500 mg 2-krát denne na prevenciu radiačnej enteritídy pacientov, ktorí dostávajú rádioterapiu na oblasť panvy (16).

Študoval sa aj potenciálne priaznivý účinok užívania iných liekov počas podávania rádioterapie, ako sú: amifostín, probiotiká, tegalutid, antioxidanty, sukralfát, výživové doplnky s obsahom glutamínu a arginínu, avšak výsledky neboli jednoznačné a budú potrebné ďalšie štúdie na potvrdenie prípadnej prospešnosti týchto prípravkov (1).

Rôzne chirurgické techniky, ktorých cieľom je podvihnúť kľučky tenkého čreva s použitím rôznych vstrebateľných alebo nevstrebateľných materiálov mimo plánovaného ožarovacieho poľa sa zatiaľ vo väčšine centier rutinne nepoužívajú.

Terapia akútnej radiačnej enteritídy

Liečbu akútnej radiačnej enteritídy môžeme rozdeliť na podpornú, diétne intervencie, medikamentóznou a chirurgickú. V závažných prípadoch je potrebné modifikovať priebeh komplexnej onkologickej liečby.

Prvou líniou symptomatickej liečby hnačky pri akútnej radiačnej enteritíde je loperamid, ďalej sa používajú spazmolytiká a anticholinergiká na zmiernenie kŕčovitých bolestí, analgetiká a antiemetiká. Radiačné poškodenie klkov v tenkom čreve spôsobuje zmenšenie rezorpčnej plochy a zníženie objemu tráviacich enzýmov, čo vedie k malabsorpcii. V situácii nechutenstva, hnačky, nevoľnosti, vracania a malabsorpcie je ťažké udr-

žať dostatočný kalorický príjem a príjem tekutín. Niektorým pacientom môže pomôcť bezlaktózová diéta, nízkoenergetická a bezzvyšková strava. V praxi býva užitočné, keď si pacient vedie diétny denník so zapisovaním symptómov.

Špecifickou medikamentóznou liečbou je podávanie oktreotidu – somatostatínového analógu, ktorý sa používa v liečbe akútneho chemoterapiou alebo rádioterapiou indukovaného poškodenia tenkého čreva (17). Oktreotid znižuje sekréciu aj motilitu tenkého čreva. V randomizovanej štúdií, kde boli zaradení pacienti s akútnym radiačným poškodením tenkého čreva, porovnávajúcej rameno s oktreotidom (100 µg 3-krát denne s.c.) a rameno s dihpnoxylát hydrochloridom v kombinácii s atropín sulfátom (2,5 mg 4-krát denne), sa v ramene s oktreotidom dokázal rýchlejší ústup hnačky a zníženie počtu pacientov, ktorým musela byť pre toxicitu prerušená rádioterapia na malú panvu (17).

Chirurgická liečba sa v prípade akútnej radiačnej enteritídy využíva veľmi zriedka. Je snaha vyhnúť sa chirurgickému riešeniu, ak je to len trochu možné z dôvodu zlého hojenia rán a vysokého rizika dehiscencie anastomóz v akútnej fáze radiačnej enteritídy.

Terapia chronickej radiačnej enteritídy

Chronické postradiačné zmeny čreva spôsobujú vznik oblastí s poruchou motility s lokálnym vznikom stázy, kde ľahko dochádza k prerasteniu a premnoženiu baktérií v tenkom čreve, kde by sa na rozdiel od hrubého čreva nemali v takom množstve nachádzať (malo by byť menej ako 104 organizmov na mililiter) (18). Na liečbu sa používajú širokospektrálne (ciprofloxacín, co-amoksiklav, tetracyklíny) alebo lokálne pôsobiace antibiotiká – rifaximín. Pacienti často potrebujú opakované preliečovanie alebo dlhodobú udržiavaciu liečbu v nižšej dávke. Zatiaľ nie je dôkaz, že by bolo v tomto prípade efektívne dlhodobé užívanie probiotík.

V terminálnom ileu sa za fyziologických okolností resorbuje 95 % žľových kyselín, radiačné poškodenie tejto oblasti môže spôsobiť malabsorpciu žľových kyselín, čo pacientovi spôsobí hnačku. Táto porucha dobre reaguje na podávanie cholestyramínu, aj keď tento liek patrí k horšie tolerovaným a mnoho pacientov po roku preruší liečbu (19). Alternatívou je použitie colestipolu alebo colesvelamu, ktoré tiež viažu žľové kyseliny, sú lepšie tolerované, ale nie sú registrované v tejto indikácii a sú pomerne finančne náročné.

Z diétnych opatrení je potrebné sledovať hladiny vitamínov a minerálov s následnou suplementáciou, často parenterálnou. Je vhodné vyšetriť

intoleranciu laktózy. Všeobecne sa pozorovalo zhoršovanie symptómov po strave s vysokým obsahom vlákniny, ako sú kapusta, kel, brokolica, šalát, strukoviny, po orechoch a bobuľových plodoch. Vhodné je jesť častejšie, menšie porcie. Ak je to možné, podporovať enterálny príjem a pri nedostatočnom kalorickom príjme pridávať k strave nutričné prípravky enterálnej výživy.

Niektorí pacienti potrebujú dlhodobú parenterálnu hydratáciu a substitúciu minerálov, vitamínov, stopových prvkov pre nemožnosť doceliť dostatočný príjem enterálnou cestou. Zlyhanie tenkého čreva po rádioterapii patrí k častým dôvodom na domácu parenterálnu hydratáciu a výživu. Manažment týchto pacientov by sa mal centralizovať do centier domácej parenterálnej výživy. Niekedy poskytnutie „oddychu“ pre tenké črevo podávaním parenterálnej výživy umožní vyživenie črevnej steny a následné zlepšenie rádiologického obrazu, klinického stavu a niekedy aj tolerancie enterálnej výživy pacienta (20).

Prebiehajú aj štúdie využívajúce hyperbarický kyslík, ktorý by mal znížiť tkanivovú hypoxiu v čreve poškodenom ionizujúcim žiarením a zlepšiť tu neoangiogenézu. Liečba sa aplikuje počas niekoľkých týždňov, ale vzhľadom na jej relatívnu nedostupnosť ťažko očakávať klinické využitie (21).

Z ďalších liekov sa študujú možné priaznivé účinky pentoxyfylínu a tokoferolu, ktoré môžu znížiť fibrózu prebiehajúcu v radiáciou poškodených tkanivách, ale budú potrebné ďalšie štúdie na zhodnotenie efektu takejto liečby (22). Je len málo publikácií týkajúcich sa využitia protizápalových liekov ako sulfasalazín v liečbe chronickej radiačnej enteritídy.

Niektorí pacienti majú melenu a sideropenickú anémiu spôsobenú teleangiektáziami, z ktorých majú chronické krvné straty. V prípade, že sú endoskopicky dostupné, je možné na ich ošetrenie využiť argón-plazma koaguláciu. Väčšinou sa tento postup uplatňuje skôr pri lokalizácii teleangiektázií v rekte, prípadne duodene alebo terminálnom ileu. Endoskopia v teréne postradiačných zmien je však vždy riziková, preto by mal byť starostlivo zvážený benefit verzus riziko perforácie.

Chirurgický zákrok u pacientov po rádioterapii na brucho a panvu je vždy náročný, pre prítomnosť adhézií, ktoré bývajú tuhé, fibrotické a náročné na manipuláciu. Pri obštrukcii a striktúrach, ak nie je účinná konzervatívna liečba, je niekedy potrebná spojková operácia alebo vyvedenie vysokej stómie, čo má však za následok syndróm krátkeho čreva a odkázanosť na domácu parenterálnu hydratáciu a výživu. Riešenie týchto komplikovaných pacientov by malo byť multidisciplinárne so spoluprácou skúsených chirurgov a nutričného tímu (23).

Naše skúsenosti

Pacientke narodenej v roku 1952 bol v lete 2008 zistený adenokarcinóm žalúdka, v 23. 8. 2008 bola realizovaná totálna gastrektómia, D2 lymfadenektómia, histologicky bol potvrdený adenokarcinóm žalúdka gr.III, voľné resekcne okraje, pT3pN1M0, št. III. Následne pacientka absolvovala adjuvantnú rádioterapiu v TD 45Gy na oblasť abdomenu s konkomitantnou chemoterapiou 5-FU/leukovorin. Už počas rádioterapie aj po nej mala pacientka dysfagické ťažkosti, nauzeu a hmotnostný úbytok, pri v tom čase ešte vyhovujúcich biochemických a hematologických parametroch.

V priebehu nasledujúcich dvoch rokov sa však postupne zhoršovali pasážové ťažkosti. Pacientka mala dysfágiu, odynofágiu a kŕčovité bolesti brucha po každom jedle, čo limitovalo možnosti perorálneho príjmu, s ťažkosťami tolerovala polievky a kašovitú stravu, pacientka chudla a mala bolesti brucha aj napriek nutričnej podpore enterálnymi prípravkami. Kontrolné vyšetrenia nepotvrdili recidívu nádorového ochorenia. Ťažkosti vyvrcholili začiatkom februára 2010, keď sa rozvinul ileózný stav. Indikovaná bola laparotomická revízia s nálezom kľučiek tenkého čreva v masívnych zrastoch, bez výpotku, bez karcinomatózy. Postupne vykonaná adheziolýza až po ileocekálny prechod. Po troch týždňoch pacientka musela byť znovu operovaná pre opätovný vznik ileózneho stavu, opakovala sa ťažká adheziolýza, pre nález ischemickej hepatálnej flexúry hrubého čreva bola táto resekovaná a pre neprehľadný terén, masívne zrasty a fibroticky zmenené colon ascendens bola vyvedená terminálna ascendentostómia, kľučky tenkého čreva boli ponechané v konvolute. Po prepustení z chirurgie bola pacientka referovaná do paliatívnej starostlivosti s cieľom suportívnej liečby pre malnutríciu napriek pretrvávaniu kompletnej remisie nádorového ochorenia.

Pacientka napriek obnoveniu pasáže tolerovala len minimálny príjem potravy a tekutín: za deň pol porcie bujónu, pohár čaju, štvrt rožka s maslom, pri výške 154 cm vážila 38 kg, BMI 16. Pre celkovú slabosť nebola schopná postarať sa ani o seba, nieto ešte o rodinu. Po zavedení centrálného venózneho katétra bolo začaté podávanie parenterálnej výživy all-in-one vakmi a hydratácie, pre bolesti brucha bola pacientka nastavená na analgéziu transdermálnym buprenorfinom a algifenom. Pacientka dostávala komplexnú parenterálnu výživu so suplementáciou vitamínov a stopových prvkov, ako aj parenterálnu hydratáciu najprv denne počas hospitalizácie, po zlepšení stavu pokračuje v domácom podávaní.

Počas siedmich rokov podávania parenterálnej výživy cez CVK pacientka prekonala spravidla dva razy do roka rôzne komplikácie – najmä trombózy a infekcie CVK, aspergilovú pneumóniu v 05/2012,

v 01/2014 a 03/2016, raz spondylodiscitídu v oblastiach Th 8-11 a L4-5 v 03/2012. Pre recidivujúce trombózy pri zavedenom CVK v subclaviálnych a jugulárnych vénach je pacientka na plnej antikoagulačnej liečbe nízkomolekulárnym heparínom. Od 09/2014 do 06/2017 mala implantovaný Port-a-Cath cez v. femoralis l.sin, ktorý po troch rokoch používania musel byť extrahovaný pre mechanické poškodenie membrány a infekciu v mieste inzercie portálnej ihly. Aktuálne má od 07/2017 zavedený tunelizovaný Hickamnov centrálny venózny katéter cez vena femoralis l.dx.

Pacientka je po celý čas podávania parenterálnej výživy a hydratácie vo výbornom výkonnostnom stave aj napriek tomu, že prakticky nemôže jesť. Vláde sa starať o vnúťatá, variť, piecť, upratovať, pracovať v záhradke a viesť relatívne normálny život, na noc jej napájajú parenterálnu výživu, ktorá do rána stečie. Ostatných 6 rokov má hmotnosť stabilizovanú na 48 kg a BMI 21. Pretrváva kompletná remisia nádorového ochorenia.

Záver

Na oddelení paliatívnej medicíny Národného onkologického ústavu využívame zručnosti paliatívnej medicíny aj v podpornej liečbe pacientov, ktorí dosiahli dlhodobú remisiu nádorového ochorenia za cenu dlhodobej toxicity komplexnej protinádorovej liečby. Prípady uvedenej pacientky trpiacej chronickou radiačnou enteritídou nie je ojedinelý. Prístrojové vybavenie rádioterapeutických pracovísk na Slovensku zaostáva za možnosťami adekvátne podfinancovaniu radiačnej liečby. IMRT a iné vysoko komfortné radiačné techniky znižujúce toxicitu a zvyšujúce účinnosť liečby predstavujú výzvu do budúcnosti. Cieľom článku bolo poukázať na možnosti zmiernenia vzniknutej toxicity rádioterapie, ale vzhľadom na priestorové možnosti neboli v článku diskutované rôzne možnosti manažmentu liečby karcinómu žalúdka či iných konkrétnych malignít. Komplexnou podpornou liečbou a dôsledným riešením ťažkostí môžeme pacientom výrazne zlepšiť výkonnosť, kvalitu života aj dĺžku prežívania.

Literatúra

1. Stacey R, Green JT. Radiation-induced small bowel disease: latest developments and clinical guidance. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2014;5(11):15–19.
2. Andreyev H. Gastrointestinal symptoms after pelvic radiotherapy: a new understanding to improve management of symptomatic patients. *Lancet Oncology*. 2007;8(11):1007–1017.
3. Khalid U, McGough C, Hackett C, et al. A modified inflammatory bowel disease questionnaire and Vaize Incontinence questionnaire are more sensitive measures of acute gastrointestinal toxicity during pelvic radiotherapy then RTOG grading. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006;64(5):1432–1441.
4. Epstein JB, Schubert MM. Oropharyngeal mucositis in cancer therapy. Review of pathogenesis, diagnosis, and management. *Oncology (Williston Park)*. 2003;17(12):1767.

5. Barasch A, Peterson DE. Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. *Oral Oncol*. 2003;39(2):91–100.
6. Sonis ST, Sonis AL, Lieberman A. Oral complications in patients receiving treatment for malignancies other than the head and neck. *Am J Dent Assoc*. 1978;97(3):468–472.
7. Sonis ST, Wood PD, White BA. Oral complications of cancer therapies. Pretreatment oral assessment. *NCI Monogr*. 1990;(9):29–32.
8. Hanh T, Zhelnova E, Sucheston L, et al. A deletion polymorphism in glutathione-S-transferase mu (GSTM1) and/or theta (GSTT1) is associated with an increased risk of toxicity after autologous blood and marrow transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2010;16(6):801–808.
9. Neelu Pal, Geibel J, Talavera F. Radiation enteritis and proctitis [online]. Medscape. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/107483-overview#showall>. updated NOV 02, 2017.
10. Kontouras J, Zavos C. Recent advances in the management of radiation colitis. *World J Gastroenterology*. 2008;14(48):7289–7301.
11. Portelance L, Chao K, Grisbz P, et al. Intensity-modulated radiation therapy (IMRT) reduces small bowel, rectum, and bladder doses in patients with cervical cancer receiving pelvic and para-aortic irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2001;5(11):261–266.
12. Nutting C, Convery D, Cosgrove V, et al. Reduction of small and large bowel irradiation using an optimised intensity-modulated pelvic radiotherapy technique in patients with prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2000;48(3):649–656.
13. Wiesenanger-Wittmer E, Sijtsena N, Muijs C, et al. Systematic review of the role of belly board device in radiotherapy delivery in patients with pelvic malignancies. *Radiother Oncol*. 2012;102:325–334.
14. Shukla P, Gupta D, Bisht S, et al. Circadian variation in radiation-induced intestinal mucositis in patients with cervical carcinoma. *Cancer*. 2010;116(8):2031–2035.
15. Wedlake L, Silia F, Benton B, et al. Evaluating the efficacy of statins and ACE-inhibitors in reducing gastrointestinal toxicity in patients receiving radiotherapy for pelvic malignancies. *Eur J Cancer*. 2012;48:2117–2124.
16. Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, et al. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of oncology*. 2015;26 (Supplement 5):v 139–v151.
17. Yavuz M, Yavuz A, Aydin F, et al. The efficacy of octreotide in therapy of acute radiation-induced diarrhoea: a randomized controlled study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2002;54(1):195–202.
18. Quigley E, Abu-Shanab A. Small intestinal bacterial overgrowth. *Infect Dis Clin N Am*. 2010;24(4):943–959.
19. Kamal-Bahl S, Burke T, Watson D, et al. Discontinuation of lipid modifying drugs among commercially insured United States patients in recent clinical practice. *Am J Cardiol*. 2007;99(4):530–534.
20. Gavazzi C, Bhoori S, Lovullo S, et al. Role of home parenteral nutrition in chronic radiation enteritis. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(2):374–379.
21. Bennet M, Feldmaier J, Hampson N, et al. Hyperbaric oxygen therapy for late radiation tissue injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5: CD005005.
22. Hamama S, Delanian S, Monceau V, et al. Therapeutic management of intestinal fibrosis induced by radiation therapy: from molecular profiling to new intervention strategies et vice versa. *Fibrogenesis Tissue Repair*. 2012;5(Suppl 1):S13.
23. Andreyev H, Davidson S, Gillespie C, et al. British Society of Gastroenterology, Association of Colo-Proctology Great Britain and Ireland (2012). Practice guidance on the management of acute and chronic gastrointestinal problems arising as a result of treatment cancer. *Gut*. 2012;61:179–192.

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(6): 406–409

MUDr. Lucia Dzurillová

Oddelenie paliatívnej medicíny, NOÚ
Klenova 1, 833 01 Bratislava
lucia.dzurillova@nou.sk

Boleť u bývalých onkologických pacientov

Prof. MUDr. Beata Mladosičová, PhD.

Oddelenie klinickej patofyziológie LF UK, Bratislava

Boleť je častý problém u bývalých onkologických pacientov, a to najmä v prvých rokoch po protinádorovej liečbe. Chronická silná bolesť sa vyskytuje približne u 5 % – 10 % z nich, pričom prevalencia rôznych stupňov bolesti v niektorých podskupinách týchto pacientov dosahuje až 40 %. Donedávna sa tomuto problému nevenovala dostatočná pozornosť. Predikcia bolesti je možná podľa typu nádorového ochorenia, jeho liečby, času od ukončenia protinádorovej terapie a efektivity predchádzajúcej liečby bolesti. Keďže článok je venovaný novým informáciám o výskyte chronickej bolesti a jej etiológii u pacientov, ktorí prekonalí onkologické ochorenie, nezahŕňa informácie týkajúce sa akútnej bolesti a bolesti u terminálne chorých pacientov. Detailnejšie sa venuje špecifickým skupinám ohrozených pacientov.

Key words: bolesť, rizikové faktory, prevalencia, bývalí onkologickí pacienti

Pain in cancer survivors

Pain is a common problem among cancer survivors, especially in the first few years after treatment. In the longer term, approximately 5% to 10% of survivors have chronic severe pain. Overall prevalence of all types pain is about 40% in some cancer survivors with previous specific diagnosis. Until recently, impact of pain in cancer survivors have largely been unexamined. This complication can be predicted by type of malignancy, its therapy, time elapsed from completion of anticancer treatment and effectivity of previous pain interventions. As the purpose of this article is to update readers on more recent data about prevalence of pain in cancer survivors and common treatment-related chronic pain etiologies in patients with a history of cancer who are beyond the acute diagnosis and treatment phase, previously known information about acute pain, pain in terminally ill patients. Some new studies in certain subpopulations of cancer survivors will be explored in more detail.

Key words: pain, risk factors, prevalence, cancer survivors

Úvod

Väčšina vedeckých a odborných publikácií týkajúcich sa nádorovej bolesti sa venuje pacientom s aktívnym onkologickým ochorením. To, že bolesť je jedným z najčastejších symptómov pokročilých štádií nádorových ochorení, je dobre známa skutočnosť. Doteraz sa väčšina odporúčaní venovala manažmentu akútnej bolesti alebo bolesti v pokročilom štádiu. Bolesť u tzv. cancer survivors – pacientov po preknanom onkologickom ochorení alebo dlhodobo žijúcich s chronickým onkologickým ochorením, nie je dostatočne dobre známa. Štúdiom etiológie, incidencie a prevalencie chronickej bolesti u „preživších“ onkologických pacientov je zložitá. Ak nie pre množstvo príčin súvisiacich s nádorom aj kombinovanou protinádorovou liečbou, tak určite pre vplyv ďalších faktorov (napr. negatívnych stresorov, nedostatku spánku, psychických problémov) a komorbidít nesúvisiacich s onkologickým ochorením a jeho liečbou (napr. osteoartritída, migrény a iné) (1).

Chronická bolesť u pacientov po aktívnej liečbe nádorov môže trvať mesiace a roky. Mnohé bolestivé syndrómy súvisiace s protinádorovou liečbou sa s odstupom času upravujú. Nová alebo zhoršujúca sa bolesť v tejto populácii pacientov však môže signalizovať sekundárnu malignitu alebo relaps nádorového ochorenia.

Pojem tzv. cancer survivors nie je jednotne definovaný, čo sťažuje štúdium neskorých a dlhodobých následkov protinádorovej liečby alebo malignity. V biomedicínskych vedách sa pod pojmom cancer survivors najčastejšie rozumejú pacienti, ktorí prekonalí onkologické ochorenie a sú minimálne 5 rokov bez príznakov (2). Niektorí experti National Comprehensive Cancer Network (NCCN) a aj National Coalition for Cancer Survivorship zaraďujú do populácie „cancer survivors“ už pacientov odo dňa onkologickej diagnózy (1). V súčasnosti žije v niektorých vyspelých krajinách viac ako 10 rokov po onkologickej diagnóze približne 40 % pacientov, 2/3 žijú viac ako 5 rokov (3, 4). Podľa National Cancer Institute's Office of Cancer Survivorship pod tento pojem patria pacienti po ukončení liečby.

Títo bývalí onkologickí pacienti predstavujú heterogénnu skupinu, pričom mnohí z nich sú ohrození viacerými zdravotnými a psychickými problémami. Jednou z najdôležitejších úloh v starostlivosti o bývalého onkologického pacienta je zaistiť mu maximálnu možnú dlhodobú kvalitu života vrátane prevencie utrpenia a adekvátnej farmakologickej aj nefarmakologickej liečby bolesti.

V roku 2016 boli publikované odporúčania NCCN týkajúce sa problematiky survivorship (a v rámci nej aj manažmentu bolesti) a aj odpor-

účania ASCO pre Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers (1, 5). Cieľom systematického review a evidence-based odporúčaní bolo zhodnotiť randomizované kontrolované štúdie a iné publikované kľúčové štúdie týkajúce sa chronickej bolesti u bývalých onkologických pacientov, porovnať ich výsledky a poskytnúť informácie o efektívnych terapeutických možnostiach.

Prevalencia a intenzita bolesti vo vybraných podskupinách bývalých onkologických pacientov

Chronická bolesť sa najčastejšie vyskytuje u pacientov po kuratívnej liečbe karcinómu prsníka a liečbe kolorektálneho karcinómu.

Prevalencia bolesti u pacientok po liečbe karcinómu prsníka sa udáva 34 – 46 % (6 – 9). Silnú bolesť na numerickej škále udávalo v štúdiu autorov Jensen et al. (9) 13 % pacientok. S odstupom 10 rokov po liečbe karcinómu prsníka malo bolesť hodnotenú ako „nadpriemernú“ 30 % pacientok. V súbore 33 pacientok po RT pre karcinóm prsníka sa zistila plexopatia 6 mesiacov až 20 rokov po liečbe (10). Podľa niektorých autorov k významným prediktorom bolesti patrí mladší vek a rádioterapia (RT) (6 – 8). Iní autori predchádzajúcu RT ako prediktor bolesti nepotvrdili (9). Nesignifikantným prediktorom bolesti bola antiestrogénová liečba. V nedávnej

írskej štúdiu uverejnenej v roku 2017 udávalo bolesť do 5 rokov po liečbe 40 % pacientov s kolorektálnym karcinómom (11). Bolesť súvisela s mladším vekom pacientov, so ženským pohlavím a predchádzajúcou RT.

Najkomplexnejšie dlhodobé sledovaní sú pacienti liečení v detskom veku. V nedávnej štúdiu Childhood Cancer Survivor Study v skupinovom súbore viac ako 10 000 pacientov (s priemerným intervalom po onkologickej diagnóze 16,5 roku), 21 % z nich udávalo bolesť, ktorú pripisovalo protinádorovej liečbe alebo onkologickému ochoreniu, 11 % ju opisovalo ako stredne silnú alebo „väčšiu“ intenzitu (12).

K najlepšie preštudovaným chronickým bolestivým syndrómom patria chemoterapiou-indukovaná periférna neuropatia (CIPN), pooperačné a postradiačné syndrómy. S príchodom nových liekov (napr. inhibítora Hedgehog signálnej dráhy) sa objavujú nové bolestivé syndrómy.

Chemoterapiou-indukovaná polyneuropatia

Patrí k najčastejším bolestivým syndrómom navodených viacerými protinádorovými liekmi (tabuľka 1). Jej incidencia sa udáva od 19 – 85 % (13, 14). Podobne ako iné neuropatické bolesti môže byť závislá aj nezávislá od pôsobenia stimulov. CIPN má progresívny charakter a môže sa manifestovať aj po vyliečení onkologického ochorenia. Fenomén tzv. coastingu (zhoršovania bolesti po ukončení liečby) je v súvislosti s CIPN dobre známy. Metaanalýza publikovaná v roku 2014, ktorá analyzovala 31 štúdií so 4 179 pacientmi, preukázala síce klesajúcu prevalenciu CIPN – 68 % v 1. mesiaci po ukončení chemoterapie, 60 % 3 mesiace a 30 % 6 mesiacov po chemoterapii alebo neskôr, ale takmer tretina pacientov s odstupom po ukončení liečby predstavuje významný počet (14). Genetické prediktory neuropatie boli hodnotené v štyroch štúdiách. Časť výskytu aj symptomatológia sa líšia podľa použitého lieku. Jednou z najťažšie terapeuticky ovplyvniteľných je oxaliplatinou-indukovaná polyneuropatia.

V nedávno uverejnenej publikácii amerických autorov Miasowski et al. (15), ktorí hodnotili demografické a klinické rozdiely u pacientov po liečbe obsahujúcej taxány a/alebo platinové deriváty v dvoch podskupinách pacientov – ktorí mali (n = 426) a nemali neuropatiu (n = 197), bolo zistené, že neuropatia bola asociovaná so starším vekom, komorbiditami, vyššou kumulatívnou dávkou, obezitou a horším výkonnostným stavom, pričom 68,1 % pacientov s neuropatiou

Tabuľka 1. Chemoterapiou-indukovaná periférna neuropatia (podľa cit. 13, 16)

Chemoterapia	Liek	Incidencia (%)	Poznámka
Vinca alkaloidy	vinkristín	30 – 57	senzorimotorická neuropatia, s autonómnou dysfunkciou u 20 % – 30 %, dávkovo závislá, možný tzv. coasting – progresia symptómov týždenne alebo mesačne po poslednej dávke, môže sa upraviť do 3 mesiacov, avšak častejšie perzistuje (po vinkristíne)
	vinblastín	25 – 40	
	vinorelbín	7 – 40	
	vindesin		
Platinové deriváty	cisplatina	30 – 100	senzorická alebo senzomotorická neuropatia, možná ototoxicita, dávkovo-závislá, možná progresia po poslednej dávke, 2 roky po liečbe perzistuje u 10 %
	karboplatina	6 – 42	
	oxaliplatin	7 – 20	
Taxány	paklitaxel	57 – 83	neuropatické bolesti, distálna senzorická neuropatia, motorické účinky sú menej časté, neurotoxicita závislá od dávky, progresia je častá, začiatok distálne na DK, menej výrazná neuropatia po paklitaxele viazanom na albumín
	paklitaxel viazaný na albumín	73 celková; 10 – 15 závažná	
	docetaxel	11 – 64 celková; 3 – 14 závažná	
Proteazómové inhibitory	bortezomib	31 – 55 celková; 9 – 22 závažná	postihnutie tenkých vlákien, senzorická neuropatia, prítomnosť motorickej aj autonómnej komponenty bolesti je častá, bolesť je dávkovo závislá, často sa upraví do 3 – 6 mesiacov, ale môže perzistovať
Iné	talidomid	25 – 83 celková; 15 – 28 závažná	senzorická alebo senzomotorická neuropatia, autonómna dysfunkcia u 56 %, dávkovo-závislá, perzistuje 1 rok alebo dlhšie
	lenalidomid	10 – 23 celková; 1-3 závažná	podobná ako pri talidomide
	ixabepilon	63 celková; 14 závažná	bolestivé parestézie, obyčajne sa upravujú počas 4 – 6 týždňov
	etopozid	1-2	senzorimotorická polyneuropatia s autonómnou dysfunkciou
	cytarabín	zriedkavý výskyt	senzomotorická neuropatia, dávkovo-závislá, vyššie riziko pri kombinácii s daunorubicínom alebo asparaginázou. Pri vysokých dávkach: cerebelárny syndróm.
	ifosfamid	8	neuropatia

tiou udávalo bolesť aj na dolných aj na horných končatinách, 27 % iba na dolných a 4,9 % iba na horných končatinách. Podľa ďalších štúdií k rizikovým faktorom patrí aj neuropatia pred liečbou, fajčenie, nízky klírens kreatinínu a senzorické zmeny počas liečby. Tento syndróm je u významného počtu pacientov ireverzibilný. Nedávno bola výskumníkmi z Mayo kliniky preukázaná súvislosť medzi akútnou a neskorou neurotoxicitou. Akútna neurotoxicita (niekedy omylom zamieňaná za myalgiu) môže predikovať neskorú neuropatiu (napr. v prípade paklitaxelu). Podľa najnovších výskumov je zrejme, že aj patofyziologické mechanizmy neuropatie sú špecifické podľa použitého lieku.

Výskyt bolestivých syndrémov u bývalých onkologických pacientov podľa jednotlivých systémov ilustruje tabuľka 2.

Nové poznatky o patomechanizmoch neuropatickej bolesti

Platinové deriváty

Oxaliplatin poškodzuje DNA v gangliách zadných koreňov miechy, mitochondrie, transmembránové receptory aj kanály – alteruje so-

díkovo-draslíkovú pumpu, spontánnu aktivitu v nervových vláknach A-beta a C. Metabolit oxaliplatiny, oxalát, vedie k predĺžovaniu otváracie fázy napäťovo-ovládaných Na- kanálov, čím predlžuje depolarizáciu a hyperexcitabilitu (17).

Za neurotoxicitu je zodpovedný aj zápal sprostredkovaný cytokínmi a nedostatok neurotrofických faktorov (tzv. brain-derived neurotrophic factor, nerve growth factor).

S každým cyklom oxaliplatiny boli pozorované prehlbujúce sa poruchy vedenia nervového vzruchu, s narastajúcou kumulatívnou dávkou sa poškodzuje denzita nervových vlákien (oxaliplatin môže spôsobovať nielen poškodenie, ale aj miznutie nervových vlákien).

Platinové deriváty pôsobia aj prostredníctvom TRP (transient receptor potential) neselektívnych katiónových kanálov a membránových transportérov, ktoré facilitujú vstup karboplatiny do ganglií senzorických nervov. TRP upregulácia v gangliách dorzálnych koreňov vedie k neuropatickej bolesti (17). V bunkových líniách s overexpresiou génu CTR1 (pre transportér medi, copper transporter) je vychytávanie karboplatiny vyššie s preferenčnou lokalizáciou do ganglií zadných koreňov miechy, čo prispieva k senzorickej neuronopatii (18).

Tabuľka 2. Chronické bolestivé syndrómy u bývalých onkologických pacientov (podľa cit. 13,14)

Poškodenie	Syndróm	Výskyt
Neurologické	chemoterapiou-indukovaná periférna neuropatia	až do 85 – 100 %
	pooperačné syndrómy	bolesť po torakotómii: 25 % – 60 % bolesť po mastektómii: 50 %; lumpektómii s odstránením axilárnych uzlín: 39 % fantómová bolesť prsníka: 13 % – 24 % bolesť po amputácii: 30 % – 80 % radikálna disekcia v oblasti krku: 40 % – 52 %
	brachiálna/lumbárna plexopatia po RT, brachyterapii, chirurgickom zákroku	brachiálna: 18 % bolesť indukovaná ožiareními; začiatok môže byť oneskorený až dekády, lumbárna: bolesť indukovaná ožiareními nie je častá
	postherpetická neuralgia	35 %, po transplantácii kmeňových buniek (retrospektívne analýzy). Môže vzniknúť na mieste ožiarenia alebo chirurgického zákroku, častejšia u pacientov starších ako 50 rokov, riziko nie je väčšie ako v bežnej populácii
	komplexný regionálny bolestivý syndróm po disekcii axilárnych alebo krčných uzlín	zriedkavý (na úrovni kazuistik)
Reumatické	nezápalové myalgie/artralgie v súvislosti s RT, tamoxifénom, aromatázovými inhibítormi, steroidmi	časté
Kožné	reakcia štepu proti hostiteľovi (GVHD) – bolestivosť kože, slizníc, muskuloskeletálna bolesť	30 % – 80 % u preživších 6 mesiacov po transplantácii s GVHD
	Bolesť z lymfedému po operácii karcinómu prsníka, po disekcii axilárnych/ingvinálnych uzlín, po RT	horná končatina: 20 % – 56 %; z nich 30 % – 60 % má bolesť; dolná končatina: 10 % – 15 %
Skeletálne	osteoporóza	10 % – 38 % (artritída/osteoporóza)
	osteonekróza kolena, hlavice femuru, humeru	3,7 % 5 rokov; 5 % 10 rokov po TKB
	zlomenina panvy po RT	8,5 % – 32 %
	osteonekróza sánky po bisfosfonátoch, denosumabe alebo RT na oblasť hlavy a krku	bisfosfonáty: 3 % – 11 %. RT: nízka incidencia. Častejšie po dlhšej aplikácii (> 6 mesiacov) pamidronátu alebo kyseliny zoledrónovej, > 65 rokov, s preexistujúcimi dentálnymi problémami
Myofasciálne	tendonitída, adhezívna kapsulitída (syndróm zmrznutého ramena), bolesť krku a chrbta	70 % bolesť ramena po radikálnej krčnej disekcii
GI/urinárne/pelvicke	chronická bolesť panvy, chronická enteritída, proktitída, cystitída, tenezmus urgentné stavy spojené s vyprázdňovaním adhézie asociované s RT	karcinóm krčka maternice: 38 %
Genitálne	dyspareunia: v súvislosti s menopauzou, striktúra/fibróza po RT	34 % – 58 %; ženy častejšie ako muži

Vysvetlivky: RT – rádioterapia, TKB – transplantácia krvotvorných buniek, GVHD – graft vs host disease

Taxány

Paklitaxel spôsobuje aj zvýšenú vnímavosť na bolesť prostredníctvom kanálov TRP (podobne ako platinové deriváty a bortezomib), konkrétne prostredníctvom ich zvýšenej expresie. V experimentoch s vyradením génu pre receptory TRPV sa dosiahol zlepšenie neuropatickej bolesti (16). Paklitaxel spôsoboval v experimentálnych podmienkach aj zmeny v hladine matrix-metaloproteinázy 13 v epiderme. Inhibícia tohto enzýmu viedla k úprave odpovede na stimuláciu bolesti.

Paklitaxel viedol u potkanov aj k zvýšenej expresii Toll-like receptora 4 a chemotaktického proteínu pre monocyty, čo viedlo k infiltrácii

makrofágov v gangliách dorzálnych koreňov a následnej tvorbe mediátorov zápalu. Podanie klodronátu infiltráciu makrofágov znížilo, čím sa zvýšila tolerancia na bolesť. Aj podanie antagonistov namierených proti Toll-like receptoru 4 a chemotaktickému proteínu 1 blokovalo hypersenzitivitu (19).

Vinka alkaloidy

Predpokladá sa, že za hypersenzitivitu a alodýniu je zodpovedná vinkristínom-indukovaná znížená hladina endomorfínu-2, čím sa nemôže uplatniť jeho analgetický účinok na opioidové receptory. K downregulácii endomorfínov môže viesť aj serín-proteázová dráha, jej blokáda hladi-

nu endomorfínu-2 upravila. Aferentné dráhy pre bolesť môžu byť ovplyvnené aj prostredníctvom deregulácie presynaptického markera c-Fos. Tento gén včasnej odpovede vyvoláva zmeny, dôsledkom ktorých môže byť aj senzitivácia neurónov. Na udržanie synaptickej plasticity je kľúčová aj malá molekula, tzv. piccolo. S neuropatickou bolesťou môže súvisieť aj produkcia reaktívnych metabolitov kyselíka navodená chemoterapiou.

Talidomid

Jedným z mechanizmov neuronálneho poškodenia môže byť antiangiogénny efekt talidomidu, čo má za následok mikrovaskulárne poškodenie a zhoršené neuronálne prežívanie. Molekulová patogenéza neurotoxicity po talidomide môže súvisieť aj s downreguláciou faktora nekrotizujúceho nádory (TNF α) a inhibíciou nukleárneho faktora kappa beta (NF κ B) s následným zánikom neurónov (16).

Záver

S bolesťou sa u bývalého onkologického pacienta stretávame často. Keďže lieky v rámci systémovej liečby nádorov sú efektívne, ich použitie je aj napriek riziku bolesti často nevyhnutné. Avšak opatrnosť je zásadná, pretože bolesť môže predstavovať dlhodobý problém (10 a viac rokov napr. po liečbe paklitaxelom alebo talidomidom alebo bortezomibom). Hoci mnoho pacientov po liečbe nádorov má rôzne bolestivé syndrómy, poznanie ich epidemiológie, etiológie a dynamiky vývoja komplikuje viacero dôvodov – napríklad používanie kombinovanej liečby, prítomnosť komorbidít, faktorov modifikujúcich vnímavosť na bolesť a ďalších. Existuje len málo spoľahlivých údajov o prevalencii bolesti s odstupom viacerých rokov po liečbe. Najnovšie evidence-based odporúčania ASCO (zo septembra 2016) pre manažment chronickej bolesti u bývalých onkologických pacientov po ukončení liečby sumarizujú a hodnotia všetky v súčasnosti dostupné dôkazy v príslušnej problematike, aby pomohli lekárom pri výbere najlepšej farmakologickej aj nefarmakologickej stratégie manažmentu bolesti u týchto pacientov so zohľadnením pomeru riziko/prínos príslušného liečebného postupu. K posunu v poznaní etiológie bolesti prispievajú v súčasnosti viaceré animálne experimenty. Na lepšiu identifikáciu pacientov so zvýšenou vnímavosťou na bolesť sa v ostatných rokoch využíva genotypizácia s cieľom poznania rizikových genetických polymorfizmov (napr. v prípadoch s rizikom polyneuropatie navodenej vinkristínom v géne

CEP72). V sledovaní dynamiky vývoja neuropatií majú významnú úlohu nové elektrofyziologické a zobrazovacie možnosti (napr. vysokorozlišovací ultrazvuk, laser Doppler a ďalšie). Metaanalýzy doterajších klinických štúdií zaoberajúcich sa prevenciou bolesti u týchto pacientov poskytujú nejednoznačné výsledky. Z nových dostupných údajov je zrejmé, že patofyziologické mechanizmy chronickej bolesti navodenej systémovou liečbou sú špecifickejšie, ako sme si donedávna mysleli. Ostáva dúfať, že s lepšou objasnenosťou patofyziológie bolesti a jej rizikových faktorov (vrátane genetických) bude možný aj lepší individualizovaný preventívny prístup.

Podakovanie

Práca bola čiastočne podporená grantom APVV-15-0086.

Literatúra

1. NCCN Clinical Practice guidelines. Survivorship. Version 2.2016. www.nccn.org (Cited 2017, febr.17)
2. Bell K, Ristovski-Slijepcevic S. Cancer Survivorship: Why Labels Matter. *J Clin Oncol*. 2013;31(4):409–411.
3. US Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999-2012 Incidence and Mortality Web-Based Report. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services. Available from: <http://www.cdc.gov/uscs>.
4. Henley SJ, Singh SD, King J, et al. Invasive cancer incidence and survival – United States, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:1353–1358.
5. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2016;34:3325–3345.
6. Peuckmann V, Ekholm O, Rasmussen NK, et al. Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *Eur J Pain*. 2009;5:478–485.
7. Gulluoglu BM, Cingi A, Cakir T, et al. Factors related to post-treatment chronic pain in breast cancer survivors: The interference of pain with life functionS. *Int J Fertil Womens Med*. 2006;51(2):75–82.
8. Mao JJ, Armstrong K, Bowman MA, et al. Symptom burden among cancer survivors: Impact of age and comorbidities. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(5):434–443.
9. Jensen MP, Chang HY, Lai YH, et al. Pain in long-term breast cancer survivors: Frequency, severity, and impact. *Pain Med*. 2010;11:1099–1106.
10. Fathers E, Thrush D, Huson SM, et al. Radiation-induced brachial plexopathy in women treated for carcinoma of the breast. *Clin Rehabil*. 2002;16:160–165.
11. Drury A1, Payne S, Brady AM. The cost of survival: an exploration of colorectal cancer survivors' experiences of pain. *Acta Oncol*. 2017;56(2):205–211.
12. Lu Q, Krull KR, Leisenring W, et al. Pain in long-term adult survivors of childhood cancers and their siblings: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pain*. 2011;152:2616–2624.
13. Glare PA, Davies PS, Finlay E, et al. Pain in Cancer Survivors. *J Clin Oncol*. 2014;32(16):1739–1747.
14. Seretny M, Currie GL, Sena ES, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2014;155(12):2461–2470.
15. Miaskowski C, Mastick J, Paul SM, et al. Chemotherapy-Induced Neuropathy in Cancer Survivors. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Jan 4. pii: S0885-3924(16)31243-X. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.342.
16. Addington J, Freimer M. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: an update on the current understanding. *F1000Res*. 2016 Jun 22;5. pii: F1000 Faculty Rev-1466. doi: 10.12688/f1000research.8053.1.
17. Grolleau F, Gamelin L, Boisdron-Celle M, et al. A possible explanation for a neurotoxic effect of the anticancer agent oxaliplatin on neuronal voltage-gated sodium channels. *J Neurophysiol*. 2001;85(5):2293-2297.
18. Liu JJ, Jamieson SM, Subramaniam J, et al. Neuronal expression of copper transporter 1 in rat dorsal root ganglia: association with platinum neurotoxicity. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2009;64(4):847–856.
19. Zhang H, Li Y, de Carvalho-Barbosa M, et al. Dorsal root ganglion infiltration by macrophages contributes to paclitaxel chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Pain*. 2016;17(7):775–786.

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(1): 10–13

Prof. MUDr. Beata Mladosičová, PhD.
 Oddelenie klinickej patofyziológie
 LF UK, Bratislava
 Sasinkova 4, 811 08 Bratislava
 beata.mladosičova@fmed.uniba.sk



Prelomová nádorová bolesť

MUDr. Tatiana Geistová

Algeziologická klinika SZU, FNŠP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Bazálna nádorová bolesť (background cancer pain) je trvalá perzistentná bolesť súvisiaca s nádorovým ochorením. Prelomová bolesť (breakthrough pain) je definovaná ako náhle, krátkodobé a prechodné vzplanutie bolesti u pacientov, ktorí sú nastavení na chronickú liečbu opioidmi a táto bolesť je dobre kontrolovaná. Prelomovú nádorovú bolesť (breakthrough cancer pain) definuje Spoločnosť paliatívnej medicíny Veľkej Británie a Írska ako prechodné zhoršenie bolesti, ktoré vzniká buď spontánne, alebo v súvislosti s konkrétnym predvídateľným či nepredvídateľným spúšťacím mechanizmom pri relatívne stabilnej a dobre kontrolovanej bolesti. Článok sa venuje problematike liečby prelomovej nádorovej bolesti. Poukazuje na prednosti, ale i možné úskalia používania IR (immediately release) foriem fentanylu z pohľadu algeziológa.

Kľúčové slová: manažment liečby nádorovej bolesti, prelomová bolesť, IR fentanyl, syndróm opioidmi indukovanej neurotoxicity, hyperalgezia

Breakthrough cancer pain

Background cancer pain is a continuous persistent pain associated with cancer. Breakthrough pain is defined as a sudden and short-term transient flare of pain in patients treated with opioids with the pain being well controlled. The Society of palliative medicine of Great Britain and Ireland defines breakthrough cancer pain as a transitory exacerbation of pain that occurs either spontaneously or in relation to a specific predictable or unpredictable trigger at a relatively stable and well-controlled pain. The article deals with the treatment of breakthrough cancer pain. It points out the advantages but also the possible pitfalls of using IR fentanyl from the perspective of a pain physician.

Key words: management of cancer pain treatment, breakthrough pain, IR fentanyl, syndrome of opioid induced neurotoxicity, hyperalgesia

Úvod

Problematike prelomovej nádorovej bolesti venujeme pozornosť už dvadsaťpäť rokov. Jej liečba je v rukách skúsených lekárov z viacerých odborov, najčastejšie však onkológov a algeziológov. Na prvý pohľad jasný fenomén sa stal predmetom mnohých diskusií medzi odborníkmi. Tie viedli k hľadaniu konsenzu, ak ide o definíciu, diagnostiku a následne k vývoju nových liekových foriem a skvalitneniu terapie.

Posledné práce poukazujú najmä na úskalia liečby IR formami silných opioidov s akcentom na nežiaduce účinky vysokých dávok a problémy vyplývajúce z dlhodobého užívania opioidov onkologickými pacientmi, ktorých prežívanie sa vďaka skvalitneniu terapie predĺžilo. Ďalšou diskutovanou skupinou sú pacienti užívajúci IR formy silných opioidov na zvládnutie prelomovej nenádorovej bolesti. Autori zdôrazňujú možnosť fatálnych komplikácií, rýchleho rozvoja závislosti ako i rozvoja opioidmi indukovanej hyperalgezie, ktorá môže pre pacienta predstavovať ťažko riešiteľný problém.

Vzhľadom na vývoj nových liekových foriem s rýchlym nástupom účinku je práve prelomová bolesť pomerne jednoducho riešiteľná a je možné nastaviť pacientovi terapiu presne „na mieru“, teda prispôbenú jeho stavu i aktuálnym potrebám, s rešpektovaním všetkých možných rizík tejto liečby.

Definícia

Prelomová bolesť (breakthrough pain – BTP) je definovaná ako náhle, krátkodobé a prechodné vzplanutie bolesti u pacientov, ktorí sú nastavení na chronickú liečbu opioidmi a táto bolesť je dobre kontrolovaná.

Prelomovú nádorovú bolesť (breakthrough cancer pain – BTcP) definuje Spoločnosť paliatívnej medicíny Veľkej Británie a Írska ako prechodné zhoršenie bolesti, ktoré vzniká buď spontánne alebo v súvislosti s konkrétnym predvídateľným či nepredvídateľným spúšťacím mechanizmom pri relatívne stabilnej a dobre kontrolovanej bolesti (1).

Najzrozumiteľnejšia a pomerne jednoznačná definícia je táto:

Prelomová bolesť (označovaná aj ako akcidentálna, intermitentná, interkurentná, vmedzená, incízívna, epizodická bolesť) je definovaná ako prechodná exacerbácia bazálnej trvalej bolesti u pacientov, u ktorých je bazálna bolesť relatívne stabilná a adekvátne kontrolovaná (2).

Prelomovú bolesť delíme podľa vyvolávajúcej príčiny na spontánnu (nemá žiadnu zjavnú vyvolávajúcu príčinu) a incidentálnu (vyvolanú konkrétnym vonkajším alebo vnútorným podnetom) (3).

Je charakterizovaná rýchlym nástupom, v priebehu niekoľkých sekúnd až minút a krátkym časom trvania – zvyčajne od 15 do 60 minút, v malom percente i dlhšie, alebo pacient nie je schopný určiť dĺžku trvania bolesti (4).

Spravidla ju pacient lokalizuje v mieste bazálnej bolesti. U jedného pacienta sa však môže objaviť niekoľko typov prelomovej bolesti na viacerých miestach (3).

Jej výskyt je daný niekoľkými faktormi. V prípade, že pacient udáva viac ako štyri ataky prelomovej bolesti za deň, je namieste prehodnotiť a upraviť bazálnu dávku opioidu (4).

Napriek dlhoročným snahám jednoznačný konsenzus v definícii prelomovej bolesti nebol dosiahnutý, a tak niektoré epizódy náhle vzniknutej bolesti sa považujú za bolesť prelomovú a niektoré nie.

V niektorých dôležitých kritériách sa však odborníci dokázali zhodnúť.

1. Pacient musí mať stabilnú opioidnú liečbu a jeho bazálna bolesť musí byť dobre kontrolovaná (5, 6).

2. Na opis epizódy náhle vzniknutej bolesti môžu byť použité bližšie opisujúce podtypy BTcP ako spontánna alebo incidentálna (1, 7, 8, 9). Spontánnej BTcP, niekedy označovanej aj ako idiopatická BTcP, chýba identifikovateľná príčina alebo vyvolávajúca udalosť. Jej nástup je pomalší a trvanie často relatívne dlhšie. Príčina incidentálnej BTcP je, naopak, identifikovateľná a môže, ale nemusí byť predvídateľná. Táto bolesť má často pomerne rýchly nástup a krátke trvanie.

3. Za ďalší podtyp bolesti sa považuje vzplanutie bolesti na konci dávkovacieho intervalu. Tento názor však nie je prijatý jednoznačne.

Konkrétne definície sú zvyčajne aplikované na bazálnu bolesť, kontrolovanú bazálnu bolesť, stabilný opioidný režim a ďalšie kritériá. Neexistuje však jednotný názor, ak ide o zmenu intenzity bolesti alebo trvanie epizódy bolesti. V súčasnosti BTcP je všeobecne chápaná ako epizóda silnej bolesti trvajúcej rôzne dlhý čas, ktorá sa vyskytuje u pacientov s chronickou bolesťou, nastavených na stabilný opioidný analgetický režim a ktorí opisujú svoju bazálnu bolesť ako dobre kontrolovanú, pričom táto bolesť je miernej až strednej intenzity (10, 11). Potenciál v praxi by mohla mať ďalšia úprava definície založená na zaznamenávaní zmien intenzity bolesti. Konkrétne, pacienti hodnotiaci svoju bazálnu bolesť na škále VAS $\leq 4b/10b$ na 0 až 10b stupnici pravdepodobne požiadajú o medikáciu na zvládnutie epizódy bolesti, ktorej intenzita prekročí 7b/10b na rovnakej škále (7).

Je potrebné vyvinúť ďalšie úsilie na zistenie, či by presnejšie definujúce kritériá boli prínosom v klinickej praxi a vo výskume týkajúcom sa BTcP.

Medzinárodné úsilie potrebné na jednotný konsenzus pokračuje a v konečnom dôsledku môže zahŕňať aj iné kľúčové charakteristiky (12).

Diagnostika prelomovej bolesti

Absolútne kľúčovým momentom je diagnostika prelomovej bolesti. Dôsledne odobratá anamnéza, správne položené otázky a pochopenie problematiky pacientom sú predpokladom úspešnej liečby. Prelomová bolesť môže uniknúť pozornosti, ak na ňu pacient nie je upozornený a nie je mu zrozumiteľne vysvetlená.

Pacienta sa musíme pýtať na charakteristiky bolesti, intenzitu, lokalizáciu, prípadnú propagáciu, frekvenciu, nástup bolesti, provokujúce faktory, čas trvania epizódy, zhoršujúce i úľavové faktory. Samozrejme, aj na efekt použitej medikácie a jej vedľajšie účinky.

Terapia prelomovej bolesti

Kvalitná analgéza je jedným zo základných predpokladov zlepšenia kvality života pacienta (3). Bazálna bolesť pacienta s onkologickým ochorením pri správnom manažmente dnes už nebýva problémom. Samozrejme, za predpokladu, že prihliadame na patofyziologické aspekty, dokážeme do liečby okrem neopioidov a opioidov správne a včas zaradiť i adjuvanciá, a ak sú indikované, aj invazívne terapeutické postupy.

Silné opioidy sú veľmi často s úspechom používanými potentnými analgetikami. K dispozícii v našich podmienkach máme šesť molekúl v rôznych liekových formách (tapen-

tadol, morfín, oxykodon, hydromorfon, buprenorfín, fentanyl).

Pomerne dlhé obdobie sme zápasili so zvládnutím prelomovej bolesti. Dôvodom bol problém s jej správnou diagnostikou a nedostupnosť IR foriem silných opioidov v armamentáriu.

Účinná a bezpečná liečba prelomovej bolesti je možná len vtedy, ak má pacient k dispozícii záchrannú medikáciu a je správne inštruovaný o jej aplikácii, ak ide o načasovanie i spôsob.

V terapii prelomovej bolesti sa odporúčajú dve stratégie, v závislosti od počtu a dĺžky trvania epizód. Ak je trvanie epizódy veľmi krátke a týchto epizód je v priebehu dňa niekoľko, považuje sa za účinnejšie navýšiť bazálnu dávku opioidu. Druhým odporúčeným postupom je podanie záchrannej medikácie.

Ak je bolesť miernej a strednej intenzity, je zvládnuteľná podaním neopioidov s rýchlym nástupom účinku alebo podaním IR foriem slabých opioidov. Najčastejšie používanou molekulou je tramadol, buď vo forme tabletiiek, alebo kvapiek, ktorých sublingválne podanie sa v praxi často používa k spokojnosti pacientov.

Portfólio liečiv bolo doplnené kombinovanými perorálnymi preparátmi – tramadol s paracetamolom, aj vo forme effervescentnej tablety alebo kodeín s paracetamolom.

Pri bolesti silnej intenzity – VAS viac ako 7b na 10-stupňovej škále – volíme podanie silných opioidov s rýchlym nástupom účinku. K dispozícii máme perorálne opioidy – morfín vo forme tabletiiek, kapsúl, kvapiek, roztoku a čapíkov a tapentadol vo forme IR tablety. Dávka zodpovedá 5 – 15 % dennej dávky bazálneho opioidu.

V poslednom desaťročí sa venovala väčšia pozornosť liečbe prelomovej bolesti a vývoju IR foriem silných opioidov. Ideálnou molekulou je fentanyl používaný vo forme sublingválnej tablety, buď tablety a transkuzálnej náplasti. IR fentanyl vo forme nosného spreja od 1. novembra 2016 na Slovensku nie je dostupný.

IR fentanyl je indikovaný na liečbu prelomovej nádorovej bolesti u pacientov nastavených na pravidelnú medikáciu opioidmi. Kontraindikovaný je u opioid naivných pacientov, u pacientov so závažnou respiračnou depresiou alebo závažným obštrukčným ochorením pľúc. Kontraindikáciou je aj poranenie sliznice dutiny ústnej.

Rýchly nástup účinku, najdôležitejší determinant pre účinnú liečbu prelomovej bolesti, je daný lipofilným charakterom molekuly fentanylu. Prednosťou transkuzálnych foriem je rýchla absorpcia. Signifikantný účinok zníženia intenzity

prelomovej bolesti je udávaný už v časovom intervale 5 – 10 minút (13).

Dávka IR fentanylu nie je odvodzovaná z celkovej dennej dávky opioidu. Podľa efektu dávku postupne titrujeme od najnižšej po tolerovanú a účinnú. Ak pri titrácii dodržiavame odporúčený algoritmus a rešpektujeme individuálne špecifiká pacienta, je veľký predpoklad, že dosiahneme jeho spokojnosť s analgéziou. Existujú však pacienti, ktorí profitujú z vyšších úvodných dávok odvodených od bazálnej dávky (14).

IR transkuzálne formy sú výhodné pre pacientov s dysfágiou a limitovaným či nemožným perorálnym príjmom. Všeobecne sú určené pre pacientov, u ktorých nie je možné dosiahnuť včasnú a uspokojivú liečbu epizód prelomovej bolesti inou medikáciou.

Nesmieme však prehliadať aj prípadné nežiaduce účinky vyplývajúce najčastejšie z nesprávneho manažmentu liečby prelomovej bolesti.

Rýchly nástup účinku a tým rýchla úľava od bolesti ako i jednoduchá aplikácia však môže pacienta zvädzať k nadužívaniu. Dlhodobá aplikácia vysokých dávok a nadužívanie môžu mať fatálne následky.

Syndróm opioidmi indukovanej neurotoxicity a hyperalgézie ako jej najproblémovnejšie riešiteľného symptómu vyplýva z neadekvátne rýchlej eskalácie dávky a absencie adjuvancií v liečbe. U pacienta po prechodnom zmiernení bolesti dochádza k stavu nezvládnuteľnej bolesti, čím je výrazne zhoršená kvalita jeho života. Opioidmi indukovaná hyperalgézia predstavuje veľký terapeutický problém v následnom období. Odporúča sa preto opakovane prehodnotiť účinnosť a prípadné nežiaduce účinky liečby ako aj identifikovať problémové skupiny pacientov. Pomerne často sa zabúda na možnosť ovplyvniť prelomovú bolesť invazívnymi technikami. Pacientovi môžu priniesť veľmi kvalitnú a rýchlu úľavu od bolesti (15). Voľba výkonu, samozrejme, závisí od základnej diagnózy, pridružených ochorení a aktuálnych ťažkostí pacienta. Mnohé výkony sú v určitých prípadoch kontraindikované. V praxi najčastejšie používanými sú infiltrácie bolestivých a spúšťových bodov, paravertebrálne blokády, neuroaxiálne blokády s katéetrovými technikami, ktoré umožňujú bolusové podanie, blokády ganglií, plexov a periférnych nervov.

Záver

Napriek nejednotnosti v definícii či odporúčaní dávkovania nie je v praxi veľkým problémom prelomovú bolesť zvládnuť. Máme k dispozícii dostatočné množstvo molekúl

i liekových foriem na to, aby sme trpiacim pacientom zlepšili kvalitu života včasnou a účinnou medikáciou. Ponúka sa pomerne jednoduché riešenie využiť na predvídateľný atak bolesti liek s pomalším nástupom účinku a jeho podanie načasovať a na nepredvídateľný atak použiť liekovú formu s okamžitým nástupom účinku.

Dôležité je však myslieť aj na nežiaduce účinky vysokých dávok dlhodobo užívaných opioidov s ultrarýchlym nástupom účinku, zvlášť, ak sa podávajú v monoterapii a ak absentuje multimodálna analgéza, aj s prípadným využitím invazívnych postupov, ak je to zmysluplné.

Čo však zostáva naďalej problémom, je odmietanie skutočnosti, že v určitej chvíli prichádza čas dopriať terminálnemu pacientovi dôstojné a bezbolestné umieranie pomocou kombinácie viacerých liekových skupín, ideálne podávaných intravenózne perfuzorom s možnosťou promptnej úpravy dávkovacieho režimu či podania bolusu.

Prelomová bolesť je fenomén, kde môžeme pacientovi nastaviť kvalitnú analgézu „presne na mieru“, ak budeme pristupovať ku každému prísne individuálne a nebudeme ignorovať jeho reálne aktuálne potreby.

Literatúra

1. Davies AN, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain*. 2009;13(4):331–338.
2. Martuliak I. Patofyziológia bolesti pre klinickú prax. Banská Bystrica: Martimed, 2014. 20–25 s.
3. Hakl M, Ševčík P. Opioidní analgetika v léčbě chronické bolesti. *Remedia*. 2012;22(6):408–411.
4. Gómez-Batiste X, Madrid F, Moreno F, et al. Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(1):45–52.
5. Bennett D, Burton AW, Fishman S, et al. Consensus panel recommendations for the assessment and management of breakthrough pain: Part 2, Management. *Pharm-Ther*. 2005;30:354–361.
6. Portenoy RK, Payne D, Jacobson P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain*. 1999;81:129–134.
7. Mercadante S, Adile C, Torta R, et al. Meaningful cut-off pain intensity for breakthrough pain changes in advanced cancer patients. *Curr Med Res Opin*. 2013;29:93–97.
8. Mercadante S, Lazzari M, Reale C, Cuomo A, Fusco F, Marchetti P, Mediati RD, Chiurazzi B, Ciuffreda L, Caraceni A, Iaffaioli V, et al. IOPS Study Group. Italian Oncological Pain Survey (IOPS): a multicentre Italian study of breakthrough pain performed in different settings. *Clin J Pain*. 2015;31:214–221.
9. Mercadante S, Valle A, Porzio G, et al. Relationship between background cancer pain, breakthrough pain, and analgesic treatment: a preliminary study for a better interpretation of epidemiological and clinical studies. *Curr Med Res Opin*. 2013;29:667–671.
10. Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, et al. Breakthrough cancer pain: an observational study of 1000 European oncology patients. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46:619–628.

11. Mercadante S, Lazzari M, Reale C, et al. IOPS Study Group. Italian Oncological Pain Survey (IOPS): a multicentre Italian study of breakthrough pain performed in different settings. *Clin J Pain*. 2015;31:214–221.

12. Løhre ET, Klepstad P, Bennett MI, et al. European Association for Palliative Care Research Network. From „breakthrough“ to „episodic“ Cancer Pain? A European association for palliative care research network expert Delphi survey toward a common terminology and classification of transient cancer pain exacerbations. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51:1013–1019.

13. Rauck RL, Tark M, Reyes E, et al. Efficacy and long-term tolerability of sublingual fentanyl orally disintegrating tablet in the treatment of breakthrough cancer pain. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(12):2887–85.

14. Mercadante S. Rapid on set opioids for breakthrough pain: titrating or nontitrating, this is the question. *Eur J Pain*. 2011(suppl 2):443–448.

15. Lejčko J. Možnosti léčby nádorové bolesti. *Actamedicinae*. 2013;8:68–72.

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(1): 27–30

MUDr. Tatiana Geistová

Algeziologická klinika FNŠP F. D.

Roosevelta

Nám. L. Svobodu 1, 975 17 Banská

Bystrica

geistova@nspbb.sk

Korelácia stúpajúcej hladiny albumínu a naplnenia terapeutického cieľa pri parenterálnej nutričnej podpore

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

Úvod: Malnutrícia u onkologických pacientov zvyšuje riziko komplikácií, zhoršuje prognózu a kvalitu života (1, 2). Pri syndróme cytokinovej nádorovej kachexie pri nádorovom ochorení sa uplatňujú podobné patofyziologické mechanizmy ako pri PKM pri akútnom alebo chronickom zápalovom stave (3). Indikácia parenterálnej výživy (PV) u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením zostáva kontroverzným problémom. Ak je prítomná ireverzibilná dysfunkcia gastrointestinálneho traktu, PV je indikovaná len v prípade, že je prítomný anabolizmus. Faktor, na základe ktorého je možné sa rozhodnúť o ne/indikácii alebo ukončení PV, je utilizácia substrátov výživy, ktorá sa prejaví vzostupom albumínu, väzbovej bielkoviny, ktorej hladina je dostupná pri biochemickej analýze séra. Realizáciou terapeutického pokusu s podaním PV môžeme zistiť, či má pacient anabolický potenciál pre syntézu stavebných a väzbových bielkovín a či môžeme predpokladať klinický benefit so zlepšením funkčného stavu.

Materiál a metódy: V našej práci sme analyzovali súbor 57 pacientov s progredujúcim nádorovým ochorením, ktorým bola na Oddelení paliatívnej medicíny Národného onkologického ústavu podávaná parenterálna výživa v období od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2014. Pacienti dostávali parenterálnu nutričnú podporu pre obmedzenú funkčnosť tráviaceho traktu. V deň začiatku podávania PV sa stanovil terapeutický cieľ a vykonala sa odber na biochemické vyšetrenie (vstupná hodnota albumínu). V prvom týždni podávania parenterálnej výživy sa stanovila druhá hodnota albumínu. Tridsiaty deň od začatia podávania parenterálnej výživy sme zaznamenali naplnenie alebo nenaplnenie terapeutického cieľa a dosiahnutú hodnotu albumínu. Na základe dosiahnutia terapeutického cieľa sme vytvorili dve kohorty pacientov – v skupine Th1 sa terapeutický cieľ naplnil a u pacientov v skupine Th2 sa terapeutický cieľ nenaplnil. Pomocou štatistických metód sme analyzovali korelácie medzi iniciálnou zmenou hodnoty albumínu, definitívnou dosiahnutou hladinou albumínu s naplnením terapeutického cieľa a koreláciu medzi naplnením terapeutického cieľa a prežívaním.

Výsledky: V súbore 57 pacientov s pokročilým nádorovým ochorením bolo 28 pacientov, ktorí terapeutický cieľ naplnili (Th1 skupina) a 29 pacientov s nenaplneným terapeutickým cieľom (Th2 skupina). V Th1 skupine sme u 17 (60,7 %) pacientov zaznamenali počas podávania PV zvýšenie hladiny albumínu v porovnaní so 7 (24,1 %) pacientmi v skupine Th2. Daný rozdiel bol štatisticky významný ($p = 0,005$) a koreloval s naplnením terapeutického cieľa. Definitívna absolútna hodnota albumínu v tridsiaty deň podávania PV nekorelovala s naplnením terapeutického cieľa, v regresnej analýze však signifikantne korelovala s prežívaním ($p = 0,011$). Medzi skupinami Th1 a Th2 neboli prítomné štatisticky signifikantné rozdiely v BMI, aktivite cholinesterázy a absolútnych hodnotách hladín albumínu. Naplnenie terapeutického cieľa signifikantne korelovalo s prežívaním pacientov – v Th1 skupine bolo priemerné prežívanie 122,46 dňa (medián 90 dní) a v Th2 skupine bolo 30,72 dňa (medián 26,5 dňa) ($p = 0,002$).

Záver: Našou prácou sme potvrdili, že realizácia terapeutického testu (podávanie PV) a zhodnotenie dynamiky hladiny albumínu dokáže vydišcernovať pacientov, ktorí budú/nebudú profitovať z PV, a teda, že na podávanie PV sa možno pozeráť nielen ako na náš terapeutický zámer, ale aj ako na prostriedok, ktorý nám môže oddiferencovať pacientov s refraktérnym katabolizmom. Signifikantná korelácia naplnenia terapeutického cieľa s prežívaním potvrdzuje, že naplnenie terapeutického cieľa môže byť sľubným ukazovateľom v hodnotení paliatívnej liečby a vo výskume v paliatívnej medicíne. Výsledky našej analýzy musia byť potvrdené prospektívnou štúdiou.

Kľúčové slová: malnutrícia, parenterálna výživa, albumín, anabolizmus

Correlation of increasing albumin level and fulfillments of therapeutic goal at parenteral nutrition support

Introduction: Malnutrition among cancer patients can worsen prognosis, quality of life and cause significant complications (1, 2). Cancer cachexia pathophysiology mimics protein-caloric malnutrition in the course of an acute or chronic inflammatory state (3). Indication of parenteral nutrition (PN) among patients with advanced cancer is a controversial issue. PN can be administered to patients who are in anabolic state of metabolism in clinical situation with gastrointestinal tract dysfunction. It is the utilization of substrates we know that could increase the level of albumin (the binding protein easily measured in blood serum) in the anabolic state despite of gastrointestinal tract dysfunction. We can perform a test with parenteral nutrition and if the patient has an anabolic reserve for synthesis of building or binding proteins, we can anticipate the clinical effect of increased patient function.

Methods: We performed an analysis of 57 patients who were given parenteral nutrition by the Palliative care department of the National Cancer Institute in Bratislava. The analysis ran from 1. 1. 2012 until 31. 12. 2014. There were 57 patients with gastrointestinal dysfunction and advanced cancer that were given parenteral nutrition support. During the first phase of parenteral nutrition we established a treatment goal and performed a biochemical analysis on the level of albumin. A second level of albumin was obtained during the first week of parenteral nutrition. On day 30 we registered if the therapeutic goal of the patient was reached and obtained a final level of albumin.

We then categorized the patients into two groups. The first group of patients who achieved the treatment goal were labeled as Th1. The second group who did not fulfill the treatment goal were labeled Th2. We performed an analysis to correlate the initial level of albumin with the levels during the first week and the level of the fulfilled treatment goal. We also linked fulfillment of the treatment goal with the survival rate. We used a regression analysis linear model to correlate between figures in the group, which is expressed as p-value.

Results: We analyzed 57 patients with advanced cancer. In the Th1 group there were 28 patients who had the treatment goal fulfilled. The Th2 group had 29 patients who did not fulfill the treatment goal. In the Th1 group 17 (60.7 %) showed an increase albumin level while 11 (39.3 %) patients showed a decrease. In the Th2 group, 7 patients (24.1 %) showed an increase and 22 patients (75.9 %) showed decreased levels. The difference between groups was statistically significant ($p = 0.005$) and had a direct link with fulfillment of the treatment goal. The level of albumin on day 30 did not draw a parallel with the fulfillment of the treatment goal, but did (using regression analysis) correlate with survival ($p = 0.011$). When it comes to BMI, GPS, cholinesterase levels and levels of albumin there were no differences between Th1 and Th2. Statistically, there are significant differences of survival in groups Th1 and Th2. Mean survival in the Th1 group was 122.46 days (median 90 days) and mean survival in the Th2 group was 30.72 days (median 26.5 days) ($p = 0.002$).

Conclusion: Considering the results of our analysis, we can now change our view of patients with advanced cancer and the contribution of parenteral nutrition. We can use the outcome of PN during first week to differentiate the patients whose catabolism is in the refractory stage. Statistically, there is an important correlation between fulfilling the treatment goal and survival. Based on this association we can use the fulfillment of treatment goal as a relevant endpoint in palliative medicine research. It is essential that these results be further defined by a prospective study.

Key words: cachexia, malnutrition, parenteral nutrition, albumin, anabolism

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e33–e39

Úvod

Pri podávaní parenterálnej výživy (PV) u onkologických pacientov, hlavne u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením je problém nielen indikácie PV, ale aj jej ukončenia. Faktor, na základe ktorého je možné rozhodnúť sa o ne/indikácii alebo ukončení PV, je utilizácia substrátov výživy. Predpokladáme, že ak pacient po podaní PV substráty utilizuje, bude stúpať syntéza väzbových, svalových bielkovín, čo sa v laboratórnom obraze prejaví stúpnutím hladiny albumínu a v klinickom obraze zlepšením funkčnosti pacienta. Pokles hladiny albumínu po podaní PV a následné vytváranie edémov/anasarky je dôkazom toho, že pacient substráty PV neutilizuje a nebude z nich ani profitovať. Funkčnosť je ďalším kritériom, ktoré rozhoduje o ne/indikácii alebo nepokračovaní PV. V praxi sa o indikácii PV dá rozhodnúť tak, že realizujeme terapeutický pokus. Ak sa pacient klinicky zlepši, výsledok je jednoznačný. Otázkou ale ostáva, či existuje vhodný laboratórny parameter ako kritérium zlepšenia. Dá sa predpokladať na základe určitých parametrov naplnenie terapeutických cieľov? U pacientov so syndrómom kachexie s laboratórne a klinicky vyjadreným katabolizmom často nevieme rozlíšiť, či je katabolizmus reverzibilný alebo nie. Klinicky zjavný katabolizmus pri malnutriícii a pri syndróme nádorovej kachexie môže byť u pacienta so zachovanými rezervami, ale aj u pacienta bez zachovaných rezerv. U pacienta so zachovanými rezervami ho môžeme dočasne zvrátiť, pacient môže mať anabolický potenciál (4). Môžeme tým spôsobom získať čas na odstránenie príčiny katabolizmu. Ak máme kam, môžeme realizovať zmysluplné premostenie klinicky nepriaznivej situácie a tak naplniť terapeutický cieľ.

Ciele práce

V práci sme si stanovili tri ciele:

1. Hlavným cieľom práce je odsledovanie korelácie dynamiky hladiny albumínu pri terapeutickom teste s naplnením terapeutického cieľa u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením, teda identifikovať, či je dynamika zmien albumínu vhodný marker na selekciu malnutričného pacienta, ktorý bude/nebude profitovať z PV a napomôže tak v rozhodovacom procese u malnutričného pacienta.
2. Korelácia dosiahnutej záverečnej absolútnej hodnoty albumínu s naplnením/nenaplnením terapeutického cieľa.
3. Zistenie, či naplnenie/nenaplnenie terapeutického cieľa súvisí s celkovým prežívaním pacienta, teda či je naplnenie/nenaplnenie terapeutického cieľa vhodným ukazovateľom na hodnotenie výsledku u paliatívnych pacientov.

Metódy

Ide o observačnú kohortovú štúdiu, do ktorej boli zaradení pacienti hospitalizovaní na Oddelení paliatívnej medicíny Národného onkologického ústavu (NOÚ), ktorým bola podávaná parenterálna výživa.

V priebehu 3 rokov (2012 až 2014) bolo zaradených 70 pacientov, ktorí dostávali parenterálnu nutričnú podporu pre obmedzenú funkčnosť tráviaceho traktu.

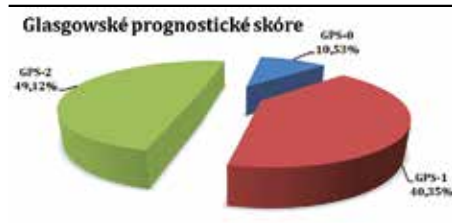
V deň začiatku podávania parenterálnej výživy sa vykonali odbery na biochemické vyšetrenie, pri ktorých boli zisťované hodnoty albumínu (v analýze ide o hodnotu „albumín 1“, cholinesterázy, CRP). Následne v prvom týždni od začiatku po-

dávania parenterálnej výživy sme z dostupnej dokumentácie zisťovali druhú hodnotu albumínu – v analýze ide o hodnotu „albumín 2“, čo umožnilo zaznamenať stúpajúcu/klesajúcu hodnotu. V 30. deň od začatia podávania parenterálnej výživy sme zhodnotili a zaznamenali naplnenie alebo nenaplnenie terapeutického cieľa a hodnotu albumínu – „albumín 3“. Pacientov sme ďalej sledovali a zaznamenali sme dĺžku prežívania. Údaje sme získali zo zdravotnej dokumentácie so súhlasom Etickej komisie Národného onkologického ústavu Bratislava.

Na základe naplnenia a nenaplnenia terapeutického cieľa zadaného pri začatí podávania parenterálnej výživy sme po 30 dňoch od začiatku podávania PV vytvorili dve kohorty pacientov. Pacienti v skupine Th1 terapeutický cieľ naplnili a pacienti v terapeutickú skupinu Th2 terapeutický cieľ nenaplnili. Obe skupiny sme iniciálne štatisticky vyhodnotili z pohľadu vstupnej charakteristiky pacientov (vek, hodnota albumín 1, aktivita cholinesterázy, BMI, GPS) a následne sme štatistickými metódami zisťovali koreláciu medzi dynamikou zmien hladiny albumínu s naplnením terapeutického cieľa, koreláciu dosiahnutej hladiny albumínu s dosiahnutím terapeutického cieľa a naplnenie terapeutického cieľa vo vzťahu s celkovým prežívaním u pacientov s pokročilým, progredujúcim ochorením.

Dáta sme spracovávali v tabuľkovom editore Excell 2013 – databáza, filtrácia dát, kontingenčné tabuľky, štandardné tabuľkové a grafické opisné charakteristiky skúmaného výberového súboru. Pokročilejšie štatistické analýzy sme vykonali pomocou štatistického softvéru Minitab 16.2.4 – opisná štatistika, histogramy, krabicové grafy, aritmetický priemer, medián, smerodajná

Graf 1. Rozvrstvenie pacientov podľa GPS v súbore



odchýlka, špicatosť, šikmosť, kvartilové rozpätie a intervaly spoľahlivosti. Na zisťovanie závislosti medzi znakmi v predmetnom štatistickom súbore sme použili koreláciu a regresnú analýzu – lineárny model. Intenzitu väzby korelácie vyjadruje korelačný koeficient. Potvrdenie alebo zamietnutie platnosti lineárneho modelu závislosti vyjadruje p-hodnota.

Charakteristika súboru

V priebehu 3 rokov (2012 až 2014) bolo na Oddelení paliatívnej medicíny NOÚ hospitalizovaných 70 pacientov, ktorí dostávali parenterálnu nutričnú podporu pre obmedzenú funkčnosť tráviaceho traktu. Z tohto súboru sme vyradili dvoch pacientov, ktorí nemali onkologické ochorenie, a 11 pacientov so stabilizovaným alebo kuratívne vyriešeným onkologickým ochorením. Do záverečnej analýzy bolo teda zaradených 57 pacientov s pokročilým, progredujúcim nádorovým ochorením. Z hľadiska typu malignity išlo o nádorové ochorenie žalúdka (19 pacientov), hrubého čreva (13 pacientov), vaječníkov (5 pacientov), pankreasu (4 pacienti), pažeráka (4 pacienti), pečene a žlčových ciest (3 pacienti), krčku a tela maternice (3 pacientky), jazyka (1 pacient), pľúc (1 pacient), obličky (1 pacient), 1 pacient mal karcinóm z neznámeho zdroja a dvaja pacienti mali pokročilý non-hodgkinovský lymfóm.

Priemerný vek pacientov bol 61,5 roka (rozmedzie: 23 – 87 rokov). V súbore bolo 29 (50,88 %) žien a 28 (49,12 %) mužov. Priemerný vek žien bol 62,2 roka, priemerný vek mužov v súbore bol 60,8 roka.

Body mass index (BMI) bol v priemere 20,08 (rozmedzie: 11,6 – 29,6), medián BMI bol 20. Ženy v súbore mali priemerné BMI 19,46, muži mali priemerné BMI 20,72. BMI pod 20 bol prítomný u 27 pacientov (47,3 %).

Hmotnostný úbytok nad 5 % malo v priebehu 6 mesiacov 47 (83,8 %) pacientov a 10 (16,2 %) pacientov malo hmotnostný úbytok pod 5 %.

Priemerná hladina cholinesterázy bola 100,2 μ kat/l (21,6 – 194 μ kat/l). Normálna aktivita cholinesterázy bola zaznamenaná u 15 pacientov (26,3 %), znížená u 31 pacientov (54,4 %) a nezistená u 11 pacientov (19,3 %).

Tabuľka 1. Porovnanie kohort skupina Th1 (naplnený terapeutický cieľ) a Th2 (nenaplnený terapeutický cieľ) – nesignifikantné (ns) rozdiely v sledovaných charakteristikách súborov

	Th 1 skupina	Th 2 skupina	p hodnota
Počet pacientov	28	29	
Vek (priemer/rok)	61,1	61,9	
Cholinesteráza	109,89 ukat/l	91,06 ukat/l	p = 0,351 (ns)
BMI	18,822	21,29	p = 0,229 (ns)
GPS	počet pacientov:	počet pacientov:	p = 0,531 (ns)
0	4 – 14,3 %	2 – 6,9 %	
1	12 – 42,85 %	11 – 37,9 %	
2	12 – 42,85 %	16 – 55,2 %	
Albumín 1			
priemer	26,57 g/l	28,03 g/l	p = 0,197 (ns)
medián	26,65 g/l	30,00 g/l	p = 0,17 (ns)

Z hľadiska stratifikácie pacientov podľa Glasgowského prognostického skóre (GPS) v skupine GPS-0 bolo 6 pacientov (10,5 %), z nich bolo 5 pacientov s poznámkou „dehydratovaný“, čiže hladina albumínu mohla byť prítomným zahustením séra skreslená (vyššia). V skupine GPS-1 bolo 23 pacientov (40,4 %) a v skupine GPS-2 bolo 28 pacientov (49,1 %). V našom súbore bola takmer polovica pacientov, ktorí by podľa prognostických parametrov vôbec nemali z podávanej PV profitovať (5). Rozvrstvenie pacientov v súbore podľa GPS je znázornené na grafe 1.

Na začiatku podávania parenterálnej výživy bol zaznamenaný terapeutický cieľ stanovený po komunikácii s pacientom a jeho súhlase s terapeutickým postupom a parenterálnou výživou. Terapeutické ciele stanovené na začiatku podávania parenterálnej výživy boli:

- absolvovanie rádioterapie (3 pacienti),
- zvrátiť hepatálne zlyhávanie (2 pacienti),
- zvrátiť metabolickú alebo infekčnú komplikáciu po operácii (3 pacienti),
- zaradiť pacienta do programu domácej parenterálnej výživy (DPV) pri syndróme krátkeho čreva (14 pacientov),
- zaviesť gastrostómiu ako podporu pri enterálnej výžive (7 pacientov),
- operačné riešenie (13 pacientov),
- nutričná podpora pri chronickom ileóznom stave pri malígnej črevnej obštrukcii (5 pacientov),
- pokračovanie v chemoterapii zlepšením výkonnostného stavu (10 pacientov).

Výsledky

Porovnanie kohort pacientov

Z celkového počtu 57 pacientov sme vytvorili dve kohorty – 28 pacientov naplnilo terapeutický cieľ (skupina Th1) a 29 pacientov terapeutický cieľ nenaplnilo (skupina Th2). Priemerný vek pacientov v skupine s naplneným terapeutickým cieľom (Th1) bol 61,1 roka a priemerný vek pacientov v skupine

s nenaplneným terapeutickým cieľom (Th2) bol 61,9 roka. Priemerný BMI pacientov v skupine Th1 bol 18,8 a v skupine Th2 bol BMI 21,3. Rozdiel medzi oboma skupinami v BMI nebol štatisticky signifikantný – pri hodnotení dvojitým testom zhody smerodajných odchýlok (p = 0,229).

Pacienti v skupine Th1 mali priemernú hodnotu cholinesterázy 109,89 μ kat/l a v skupine Th2 91,06 μ kat/l. Rozdiel v hodnotách cholinesterázy medzi oboma skupinami nebol štatisticky signifikantný: p = 0,351 pri hodnotení dvojitým testom zhody smerodajných odchýlok a p = 0,139 pri hodnotení dvojitým testom zhody strednej hodnoty.

Priemerná hodnota vstupného albumínu (albumín 1) v Th1 skupine bola 26,57 g/l a v skupine Th2 – 28,70 g/l. V hodnotách albumínu 1 v Th1 skupine a Th2 skupine nebol štatisticky signifikantný rozdiel (p = 0,197 pri hodnotení dvojitým testom zhody smerodajných odchýlok a p = 0,170 pri hodnotení dvojitým testom zhody strednej hodnoty).

Obe skupiny boli teda porovnateľné z hľadiska vekového zloženia, hodnoty BMI, hladiny vstupného albumínu, cholinesterázy aj GPS. Rozdiely medzi skupinami sumarizuje tabuľka 1.

Korelácia dynamiky albumínu s dosiahnutím terapeutického cieľa

V skupine Th1 bolo v prvom týždni u 17 (60,7 %) pacientov zaznamenané zvýšenie hladiny albumínu (hodnota albumín 2) a u 11 (39,3 %) pacientov bol zaznamenaný pokles hladiny albumínu. V skupine Th2 bolo u 7 (24,1 %) pacientov zaznamenané zvýšenie hladiny albumínu a u 22 (75,9 %) sme zistili zníženie hladiny albumínu. Súhrm dynamiky hodnôt albumínu po prvom týždni podávania PV je zaznamenaný v tabuľke 2. Chi-kvadrátovým testom sme verifikovali štatisticky signifikantný rozdiel dynamiky hladiny albumínu po prvom týždni podávania PV v Th1 a Th2 skupine. Štatistická signifikancia je na úrovni hodnoty p = 0,005.

Výsledky analýzy chí-kvadrátového testu sú znázornené na grafe 2.

Pri regresnej analýze korelácie hladín albumínu 1 a 2 s prežívaním je zaznamenaný nárast korelácie, pri ktorom sa zvýšila hodnota korelácie z -0,17 na hodnotu +0,20, čiže nárast o 185 %. To potvrdzuje, že vzostup hladiny albumínu v prvom týždni PV koreluje s prežívaním. Analýza korelácií hladín albumínu 1 a 2 s prežívaním je znázornená na grafoch 3 a 4.

Korelácia dosiahnutej hladiny albumínu s naplnením terapeutického cieľa

Priemerná hodnota albumínu 3, teda dosiahnutej hodnoty po 30 dňoch PV, bola v Th1 skupine pacientov 28,9 g/l a v skupine Th2 26,2 g/l. V hodnotách albumínu 3 nebol prítomný štatisticky významný rozdiel medzi skupinami Th1 a Th2 ($p = 0,300$ pri hodnotení dvojitým testom zhody smerodajných odchýlok a $p = 0,260$ pri hodnotení dvojitým testom zhody strednej hodnoty). Teda jeho hodnota nekoreluje s naplnením terapeutického cieľa.

Regresnou analýzou pacientov sme však zistili, že hodnota albumínu 3 koreluje s prežívaním pacientov ($p = 0,011$, korelácia 0,42), teda má prognostický význam. Analýza je znázornená na grafe 5.

Korelácia naplnenia terapeutického cieľa s prežívaním

Priemerné prežívanie pacientov bolo 75,79 dňa. Pacienti, ktorí naplnili terapeutický cieľ (Th1 skupina), prežili priemerne 122,46 dní a pacienti, ktorí nenaplnili terapeutický cieľ (Th2 skupina), prežili priemerne 30,72 dní. Rozdiel v prežívaní v skupine Th1 a Th2 bol štatisticky významný ($p = 0,002$ pri dvojitom teste zhody smerodajných odchýlok a $p < 0,001$ dvojitým testom zhody strednej hodnoty), ako je zobrazené na grafoch 6 a 7.

Regresnou analýzou sme potvrdili, že prežívanie pacientov koreluje s naplnením terapeutického cieľa, štatistická významnosť je na úrovni hodnoty $p < 0,001$. Regresná analýza prežívania pacientov a naplnenia terapeutického cieľa je znázornená na grafe 8.

Kaplan-Meierova krivka prežívania znázorňuje prežívanie pacientov v Th1 a Th2 skupine je vyobrazená na grafe 9.

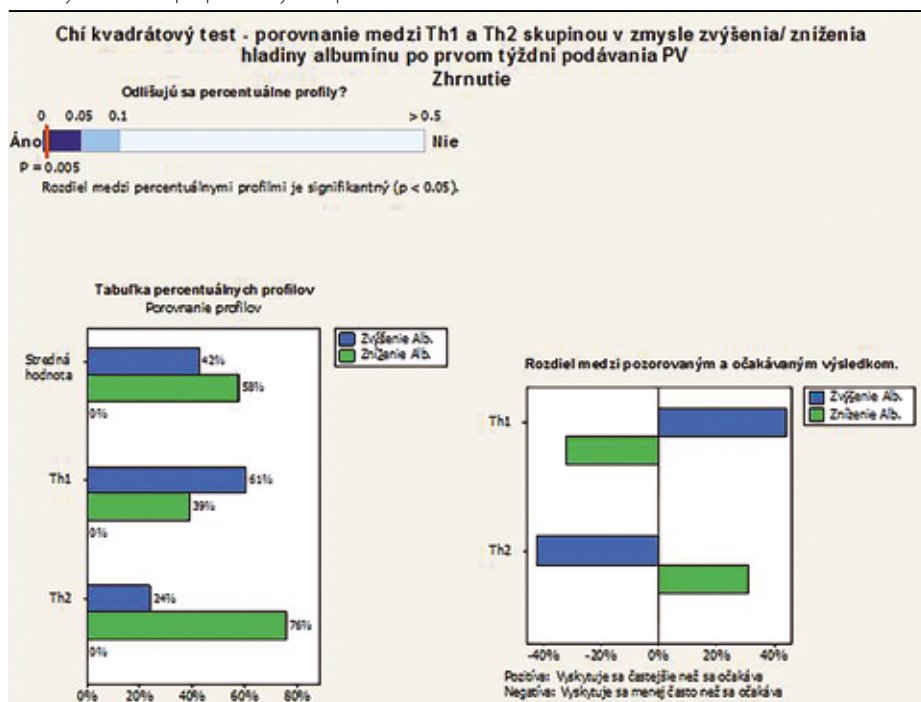
Diskusia

Kľúčom na dosiahnutie excelentných výsledkov v starostlivosti o paliatívneho pacienta je proces, ktorý zahŕňa precízne reflektovanie pacientových ťažkostí a anticipáciu problémov.

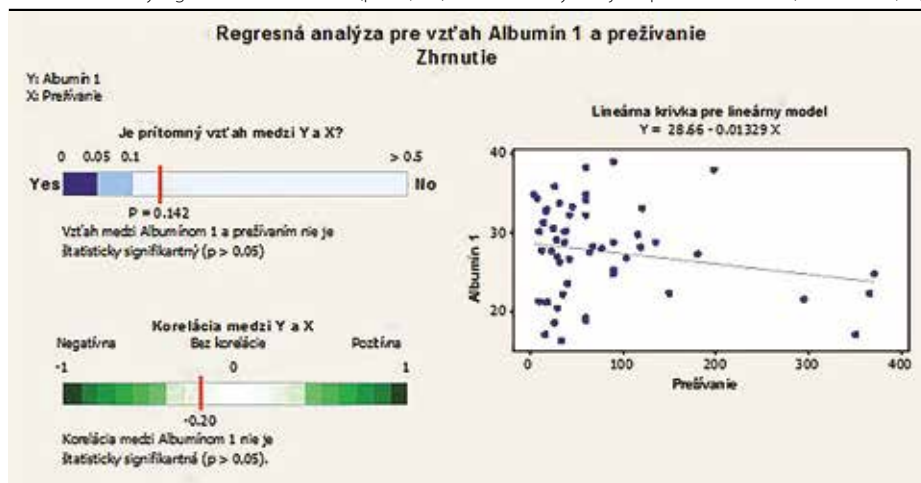
Tabuľka 2. Dynamika hladín albumínu po prvom týždni podávania PV v Th1 skupine (pacienti s naplneným terapeutickým cieľom) a v Th2 skupine (pacienti s nenaplneným terapeutickým cieľom)

	Th1 skupina	Th2 skupina	p hodnota
Počet pacientov	28	29	
Zvýšenie albumínu	17 pacientov (60,7 %)	7 pacientov (24,4 %)	$p = 0,005$
Zníženie albumínu	11 pacientov (39,3 %)	22 pacientov (75,6 %)	$p = 0,005$

Graf 2. Štatisticky významný rozdiel ($p = 0,005$) medzi Th1 a Th2 skupinou v zmysle dynamiky hladiny albumínu po prvom týždni podávania PV



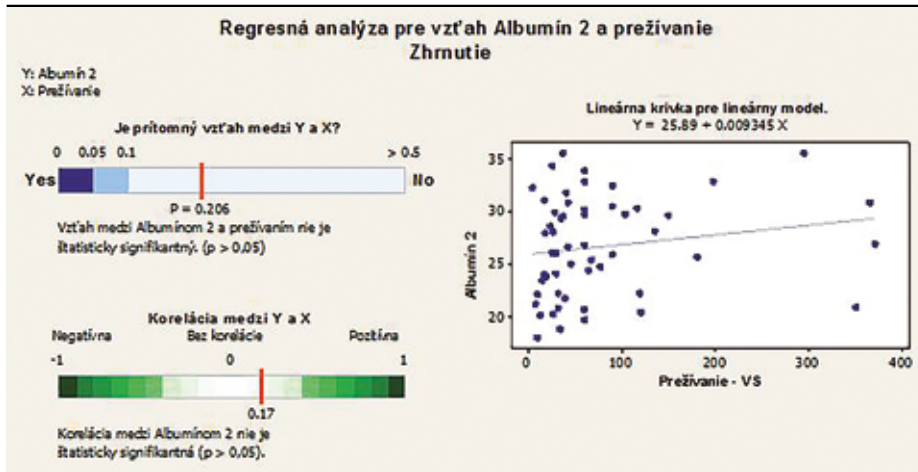
Graf 3. Regresná analýza korelácie medzi hladinou albumínu 1 a prežívaním v našom súbore. Nie je prítomná štatisticky významná hodnota ($p = 0,142$) a korelácia vykazuje zápornú hodnotu (korelácia -0,20)



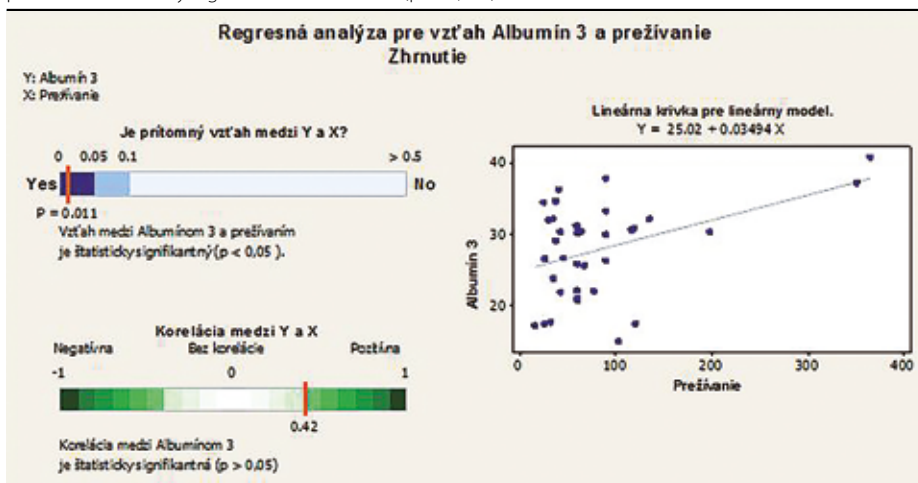
Starostlivosť o pacienta s ohrozením života by mala mať zameraný cieľ. Nevedieť, kam chceme pacienta našimi intervenciami posunúť, je neakceptovateľnou medicínskou praxou. Ak má pacient vážne, nevyliciteľné ochorenie s určitým časovým ohrozením, čiže môže v priebehu krátkeho času zomrieť, veľmi jednoznačným spôsobom je determinovaná a vážne kvalita jeho života. Ohrozenosť života pri nevyliciteľnom ochorení bude vplývať na meranie

kvality starostlivosti. Kvalitná starostlivosť zahŕňa akceptáciu pacientových preferencií pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V našej práci sme zvolili ako merateľnú hodnotu naplnenie terapeutického cieľa. Pri referovaní pacientov do paliatívnej starostlivosti pacient jednoznačne reflektuje, že sa končí určitý „aktívny“ prístup k ich problémom. V komunikácii s onkológom sa vždy sa väčšinou hovorí o ďalšej operácii, línii chemoterapie, čo istým spôsobom evokuje

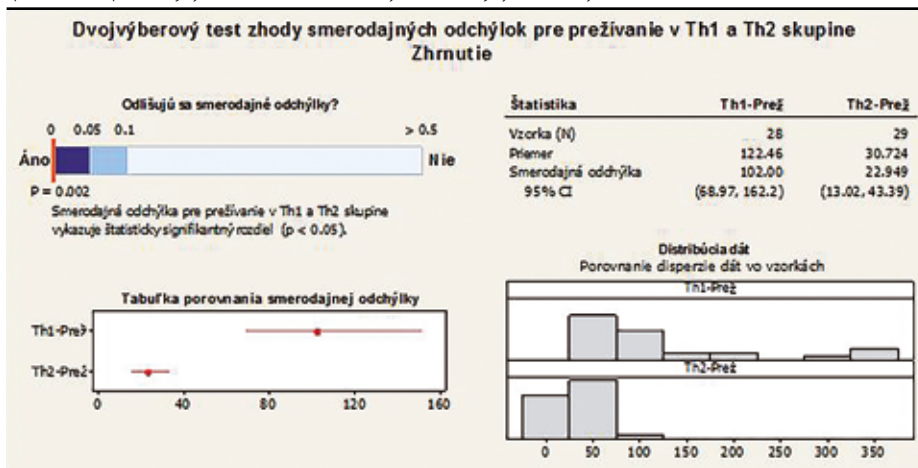
Graf 4. Regresná analýza korelácie medzi hladinou albumínu 2 a prežívaním v našom súbore. Nie je prítomná štatisticky významná hodnota ($p = 0,206$, korelácia 0,17)



Graf 5. Regresná analýza korelácie medzi hladinou albumínu 3 a prežívaním v našom súbore. Je prítomná štatisticky významná korelácia ($p = 0,011$)



Graf 6. Štatisticky významný rozdiel v priemernom prežívaní pacientov v Th1 a Th2 skupinách ($p = 0,002$) pri dvojitýberovom teste zhody smerodajných odchýlok



„nádej“, ktorú pacienti len neradi strácajú. Až v posledných rokoch po prebehnutí viacerých štúdií očasnej implementácii paliatívnej medicíny do starostlivosti o onkologického pacienta sa začalo hovoriť očasnej komunikácii terapeutických cieľov. Začína sa preferovať komunikácia s pacientom o terapeutických cieľoch hneď pri diagnóze nádorového ochorenia, eš-

te predtým, ako sa s ním budú komunikovať jednotlivé terapeutické intervencie (6). Tento spôsob komunikácie s pacientom napomôže k včasnému referovaniu pacientov do paliatívnej starostlivosti a tiež v ďalšej starostlivosti naňom možno postaviť komunikáciu o repriorizácii hodnôt na konci života. Stále je to komunikácia lekár – pacient. Vzhľadom na to, že ide o rozo-

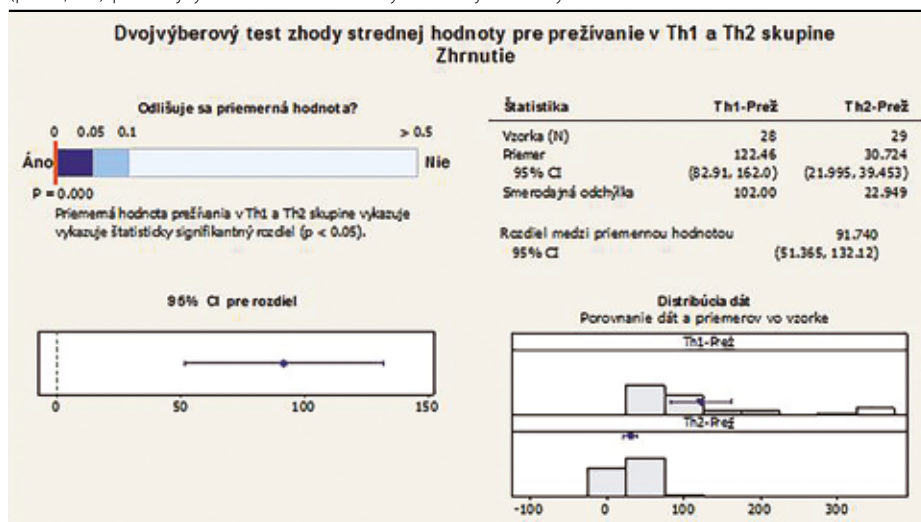
beranie terapeutického plánu, nie je možné túto komunikáciu nahradiť napríklad psychológom. Stanovenie terapeutického cieľa pri referovaní do paliatívnej starostlivosti, vopred stanoveného a odkomunikovaného s pacientom, je pre neho určitým spôsobom nadviazaním na doterajší spôsob komunikácie s onkológom. Naplnenie terapeutického cieľa ako spôsobu hodnotenia v klinickej štúdií rešpektuje problém heterogenity paliatívnych pacientov, je jednoducho merateľný, je minimalizovaný problém straty dát kvôli únave pacienta a zohľadňuje smrť pacienta ako možný scenár.

V našej práci sme skúmali, či koreluje zmena hladiny albumínu po podaní parenterálnej výživy a naplnenie terapeutického cieľa. Naplnenie terapeutického zámeru je vopred zadefinovaný úmysel, ku ktorému možno pacienta posunúť. Je zložité odhadnúť, či terapeutická možnosť, ktorá je pacientom s kachexiou teoreticky ponúknutá, môže zmeniť rozbehnutú trajektóriu pri progredujúcom katabolizme, zadefinovanú nízkou hladinou albumínu, stratou hmotnosti či nefunkčnosťou tráviaceho traktu. U pacientov s pokročilým nádorovým ochorením v paliatívnej starostlivosti je problém realizovať prospektívne randomizované klinické štúdie práve pre problematický jednoznačný výskumný zámer, ktorý nie vždy koreluje s klinickým benefitom. Napríklad hmotnostný prírastok u pacientov s malnutriciou a s progredujúcim onkologickým ochorením nemusí korelovať so zlepšením klinického stavu, ale s retenciou tekutín. Aj bez retencie tekutín nemusí priniesť zvýšenie hmotnosti klinický benefit (7). Ďalším problémom zadefinovania cieľa klinických štúdií v paliatívnej medicíne je heterogenita populácie (rôzny typ nádorového ochorenia, rôzne kombinácie symptómov pri progredujúcom nádorovom ochorení, rôzny bod v trajektórii priebehu ochorenia). Aby sme akceptovali heterogenitu pacientov zahrnutých do starostlivosti, bolo potrebné zadefinovať taký cieľ štúdie, ktorý by ju akceptoval, pričom by neskršoval výsledky. Naplnenie terapeutického cieľa ako definovaný cieľ štúdie odzrkadľuje problém v klinickej praxi, s ktorým sme sa často stretávali. Jednak sme si u každého pacienta s pokročilým nádorovým ochorením museli uviesť, že podávanie parenterálnej výživy je premostením existujúcej klinickej situácie. Ak je to premostenie, kam máme pacienta „premostiť“, posunúť? Čo je tým druhým brehom? Je to presne zadefinované? Je s tým pacient stotožnený? Nie je to len nezávažné prekreslenie trajektórie zomierania, ktoré pacienti neprinesie benefit v zlepšení funkč-

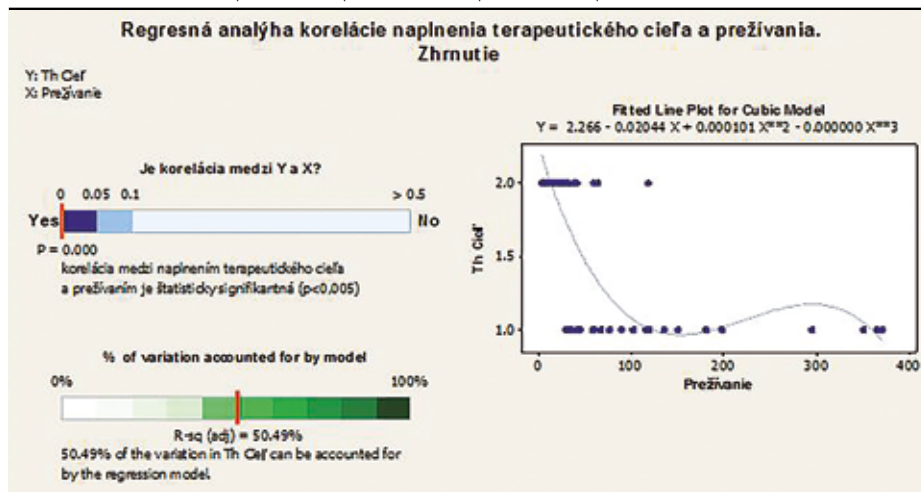
nosti? Zadefinovanie „druhého brehu“, respektíve terapeutického cieľa je súčasťou rozvahy pri indikácii nutričnej podpory hlavne u pacienta s pokročilým nádorovým ochorením. Ak je pre zlý nutričný stav kontraindikovaná aktívna protinádorová liečba, zmysluplným „druhým brehom“, terapeutickým cieľom môže byť chirurgická intervencia alebo systémová chemoterapia v intencii predĺžiť pacientovi život. Je dôležité zadefinovať aj stav, pri ktorom je samotná nutričná podpora predĺžením funkčnosti a/alebo života pacienta, napríklad formou domácej parenterálnej výživy pri poruche funkčnosti tráviaceho traktu. Pri retrospektívnom hodnotení súboru pacientov v našom výskume (iniciálne 70 pacientov) sme však zistili, že skupina pacientov nebola heterogénna v zmysle prognosticky negatívnych faktorov (dvaja pacienti nemali vôbec nádorové ochorenie a ďalších 11 pacientov malo nádorové ochorenie stabilizované alebo vyliečené). Naplnenie terapeutického cieľa sme použili ako faktor stratifikácie pacientov do kohort. Aby sme sa dopracovali k naplneniu zmyslu štúdie, sme ako cieľ štúdie použili priemerný čas prežívania a medián prežívania, čo súvisí so zistením Vickie Baracos, ktorá v súvislosti so štúdiami pri malnutriícii a kachexii považuje prežívanie za jediný zmysluplný cieľ. Komentuje tak, že nikto presne nevie, čo pre pacienta znamená 1,5 kg prírastok na hmotnosti. Ako presne z toho profituje pacient? Čo mu vlastne prírastkom na hmotnosti zabezpečíme? Je to vždy zlepšenie funkčnosti? Nástojí na tom, že zlepšovanie nutričného stavu by sa malo odraziť v predĺžení prežívania (8).

Podľa hodnôt BMI, hmotnostného úbytku a Glasgowského prognostického skóre v našom súbore išlo o skupinu pacientov, ktorí by mali mať horšiu prognózu a nemali by profitovať z parenterálnej výživy, a zrejme pri zvažovaní indikácie PV len z hľadiska prognostikácie by pacienti PV nemali dostávať (5). Hodnota vstupného albumínu bola u väčšiny pacientov nižšia, takmer všetci pacienti mali hmotnostný úbytok väčší ako 5 %. Pacienti z nášho súboru by sa dali zaradiť do štádia refraktérnej kachexie (9). Je však zrejme, že aj u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením existuje anabolický potenciál (4). Jediným jednoznačným rozlíšením od skupiny pacientov s rozvinutou kachexiou a pacientov s refraktérnou kachexiou je len v refraktérnom katabolizme. Ako vieme u pacienta zhodnotiť refraktérnosť katabolizmu? Nie je to možné zhodnotiť len retrospektívne? Skúsiť preto prognostikáciu nepoužiť ako aspekt indikácie, ale pozrieť sa na

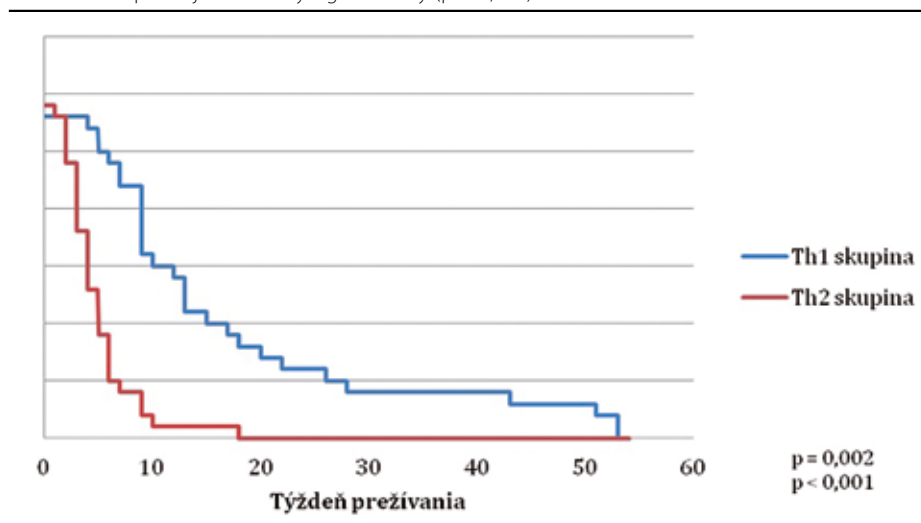
Graf 7. Štatisticky signifikantný rozdiel v priemernom prežívaní pacientov v Th1 a Th2 skupinách ($p < 0,001$) pri dvojvýberovom teste zhody strednej hodnoty



Graf 8. Korelácia medzi prežívaním pacientov a naplnením terapeutického cieľa



Graf 9. Kaplan-Meierova krivka prežívania pacientov v Th1 a Th2 skupine. Rozdiel v prežívaní medzi Th1 a Th2 skupinou je štatisticky signifikantný ($p = 0,002$)



danú klinickú situáciu inak: použiť ako aspekt indikácie odpoveď pacienta na podávanú PV a tak pacienta prognostikovať.

Skupina pacientov Th1 a Th2 súboru sa prakticky nelíšila v BMI, v aktivite cholíneste-

rázy a rozvrstvení pacientov podľa GPS. Nebol signifikantný rozdiel v oboch skupinách v iniciálnej hladine albumínu, ani v hladine albumínu po prvom týždni podávania PV, dokonca ani v hladine albumínu v tridsiaty deň podávania PV.

Hladina albumínu sama osebe nemusí odrážať refrakternosť katabolizmu. Obe skupiny sa však výrazne líšili v celkovom prežívaní.

Regresnou analýzou sme zistili, že **prežívania nekorreluje** s BMI ($p = 0,090$, korelácia $-0,26$), ani s aktivitou cholinesterázy ($p = 0,272$, korelácia $0,17$), ani – ako je uvedené vyššie – s hladinou albumínu 1 ($p = 0,142$, korelácia $-0,20$) a s hladinou albumínu 2 ($p = 0,206$, korelácia $0,17$). Prežívanie pri regresnej analýze **korreluje** s hladinou albumínu 3 – po mesiaci od začatia podávania PV. Pri regresnej analýze korelácie hladín albumínu 1, 2 a 3 s prežívaním je zaznamenaný **nárast korelácie** albumínu 1 a prežívania a albumínu 2 a prežívania, keď sa hodnota korelácie z $-0,17$ posunula na hodnotu $+0,20$, čiže o 185 %. Je tu viditeľná dynamika ďalšieho nárastu korelácie pri prežívaní a hodnote albumínu 3 ($+0,42$), čo je nárast korelácie o ďalších 137 %. Korelácia hladiny albumínu s prežívaním v našom súbore súvisí s dynamikou albumínu pri podávaní PV a od štatisticky nesignifikantnej negatívnej korelácie sa posunula do štatisticky signifikantnej pozitívnej korelácie. Čiže možno povedať, že práve dynamika, zmena hladiny albumínu nám bude viac hovoriť o anabolickom potenciáli pacientov s pokročilou nádorovou chorobou ako absolútne hodnoty nutričných parametrov. Samotná hladina albumínu nemôže odrážať zmenu v nutričnom stave kvôli eliminačnému polčasu albumínu (3). Albumín ako väzbová bielkovina s pomerne dlhým biologickým polčasom nie je dokonca relevantným markerom malnutície. Relevantnejším markerom malnutície je bielkovina s kratším biologickým polčasom, ako je napríklad prealbumín. V našej analýze sme sa však nezamerali na hodnotenie absolútnej hodnoty albumínu ako markera malnutície, ale hodnotili sme jeho vzostup alebo pokles ako odpoveď. Práve dynamika albumínu môže odrážať skutočnosť, či pacient má ešte anabolické rezervy, alebo či je katabolizmus už refraktérny. Skreslenie výsledkov môže byť spôsobené dehydratáciou pacienta. Naše výsledky sú napriek tomu štatisticky signifikantné v rozdiel medzi kohortami pri poklese/vzostupe hladiny albumínu a ne/naplnení terapeutického cieľa.

Práve zvýšenie hladiny albumínu odrážajúci posun v syntéze stavebných bielkovín a tým anabolický potenciál môže pacienta pomôcť lepšie zadefinovať v zmysle prognostikácie. Zodpovedať otázku, ktorý pacient s približne rovnakými biochemicko-klinickými charakteristikami má potenciál terapeutický cieľ naplniť alebo nie. V našej analýze sme sa pokúsili zadefinovať, na základe čoho by sme mohli rozpoznať,

kto bude patriť do skupiny s dlhým prežívaním alebo do skupiny s krátkym prežívaním.

Našou prácou sme tiež chceli objasniť, či je dosiahnutie terapeutického cieľa relevantným cieľom klinickej štúdie u paliatívnych pacientov – pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. Zohľadňuje heterogenitu pacientov s pokročilým nádorovým ochorením, bizarnosť príznakov spojených s pokročilým nádorovým ochorením, zjednodušuje komunikáciu s pacientom – je vtiahnutý do hodnotenia a môže byť aj motivovaný odkomunikovať dosiahnutie cieľa výskumníkovi (na rozdiel od odovzdania neosobných, často komplikovaných dotazníkov). To, čo však naplnenie terapeutického cieľa podporuje v relevancii cieľa klinickej štúdie, je fakt, že v našom výskume sme ho použili ako stratifikačný faktor a dokázali sme, že naplnenie a nenaplnenie terapeutického cieľa sa prejaví aj v prežívaní (štatisticky významný rozdiel medzi skupinami Th1 a Th2 v našom výskume a korelácia prežívania a naplnenia terapeutického cieľa). Výsledky nášho výskumu by mali byť potvrdené prospektívnou štúdiou.

Záver

Zhodnotením našich výsledkov sme potvrdili, že dynamika zmien albumínu po začatí PV u pacienta s pokročilým, progredujúcim nádorovým ochorením koreluje s dosiahnutím terapeutického cieľa – na hladine štatistickej významnosti $p = 0,005$. Ak sa máme rozhodnúť o tom, či má daný pacient anabolický potenciál, nebudú to statické hodnoty (albumín, CRP, cholinesteráza, BMI), z ktorých by sme sa to mohli dozvedieť, ale je to práve dynamika albumínu ako stavebnej bielkoviny v prvom týždni podávania substrátov PV.

Ďalej sme dokázali, že dosiahnutá absolútna hodnota albumínu po 30 dňoch podávania PV nekorreluje s dosiahnutím terapeutického cieľa, ale signifikantne koreluje s prežívaním ($p = 0,011$, korelácia $0,42$), teda má prognostický potenciál. Ako sme už spomenuli, absolútna hodnota takzvaných nutričných parametrov nie je schopná definovať refrakternosť katabolizmu u pacienta s pokročilým nádorovým ochorením, ale je to práve dynamika hodnôt stavebnej bielkoviny v čase po prívode substrátov, ktorá odhalí anabolické rezervy. Jediná hodnota, ktorá by mohla mať prognostický potenciál a štatisticky signifikantne korelovala s prežívaním, bola absolútna hodnota albumínu po 30 dňoch podávania PV, čo však u pacienta s obmedzenou expektáciou života praktický význam v danej klinickej situácii nemá.

Zistili sme, že dosiahnutie terapeutického cieľa signifikantne koreluje s prežívaním pacienta ($p < 0,001$), teda sa perspektívne javí ako vhodný ukazovateľ na hodnotenie výsledkov vo výskume v paliatívnej medicíne. Práve korelácia s prežívaním a praktická klinická relevancia naplnenia terapeutického cieľa ho robí použiteľným markerom u heterogénnej populácie náročných pacientov s ohraničenou dĺžkou života. Diskutovanie terapeutických cieľov u paliatívnych pacientov je prirodzenejším prechodom z „aktívnej“ onkologickej starostlivosti do „aktívnej“ paliatívnej starostlivosti. Paliatívna starostlivosť o pacienta by mala začať byť vnímaná ako aktívna starostlivosť (akou aj v skutočnosti je) a nie ako obmedzenie medicínskych možností. Spôsob komunikácie terapeutického cieľa tomu napomôže u pacienta a u lekárov z iných odborov snáď tiež.

Literatúra

1. Hauser CA, Stockler MR, Tattersall MHN. Prognostic factors in patients with recently diagnosed incurable cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2006; 14: 999–1011.
2. Norman K, Pichard C, Lochs H, et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2008; 27: 5–15.
3. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw Hill; 2012: 3583: 605–612, 2529.
4. Prado CM, Sawyer MB, Ghosh S, et al. Central tenet of cancer cachexia therapy: do patients with advanced cancer have exploitable anabolic potential? *Am J Clin Nutr*. 2013; 98(4): 1012–1019.
5. Bozzetti F, Santaripa L, Pironi L, et al. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: a multi-centre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *Ann Oncol*. 2014; 25: 487–493.
6. Kaldjian L. An Ethical and Practical Framework Approach for Exploring Goals of Care. [online]. 2015 ASCO Annual Meeting When More is Not Better: How to Integrate Goals of Care in Conversations about Stopping Chemotherapy. Education Session. *Patient and Survivor Care*. Available from: <www.meetinglibrary.asco.org>. Released May 30, 2015. Accessed December 18, 2015.
7. Ruiz Garcia V, López-Bri E, Carbonell Sanchi R, et al. Megestrol acetate for treatment of cachexia-anorexia syndrome (Review). *Cochran Db Syst Rev*. 2013; 3.
8. Baracos VE, Pichard C, Attaix D. 2012. Survival: the relevant primary outcome for nutrition therapy in cancer patients. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2012; 15: 211–212.
9. Fearon KCH, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011; 12: 489–95.

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

Oddelenie paliatívnej medicíny
a klinickej onkológie
Národný onkologický ústav
Klenová 1, 833 10 Bratislava
andrea.skripekova@nou.sk



Antibiotická liečba na konci života – kazuistika

MUDr. Ivan Dekánek

Oddelenie paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav, Bratislava

Ciel: Cieľom kazuistiky je prezentovať situáciu, s ktorou sa v onkológii často stretávame – pacient s nekontrolovaným nádorovým ochorením a infekciou. Nosnou časťou článku je diskusia, kde hľadáme s pomocou literatúry a štúdií odpoveď na otázku, pre ktorých pacientov na konci života má ešte antibiotická liečba zmysel.

Kazuistika: Popisuje pacienta s lokálnou recidívou karcinómu rekta, u ktorého sa po začatí protinádorovej liečby vytvorila rektovezikálna fistula, ktorá bola podkladom na vznik opakovaných cystitíd. Infekcie sme dlho úspešne preliečovali, následkom čoho pacient významnú časť života strávil v nemocnici. Po zhoršení výkonnostného stavu vplyvom progresie ochorenia, po rozvoji rezistencie baktérií a po vysvetlení situácie pacientovi sa rozhodujeme ďalšiu infekciu neliečiť antibiotikami. Pacientovi najprv vďaka antipyretickej liečbe ustupujú príznaky infekcie, onedlho sa však vracajú a pacient po pár dňoch zomiera.

Záver: Rozhodovanie o podaní či nepodaní antibiotickej liečby na konci života je zložitý a individualizovaný proces, do ktorého treba zapojiť aj pacienta. Výsledky štúdií naznačujú, že antibiotická liečba na konci života má mať za úlohu v prvom rade zvýšenie kvality života. Jej vplyv na dĺžku života je neistý.

Kľúčové slová: antibiotiká, koniec života, teploty, infekcia, hospic, paliatívna medicína, kazuistika

Antibiotic treatment at the end of life – a case report

Purpose: Purpose of this case report is to present a situation well known by oncologists - patient with uncontrolled cancer suffering from infection. With the help of literature and clinical trials we try to find out which patients at the end of their lives benefit from antibiotic treatment.

Case: We present a patient with local recurrence of rectal carcinoma. Rectovesical fistula formed owing to his treatment, causing subsequent recurrent urinary infections. Their successful treatment caused the patient to spend a significant portion of his life at the hospital. When his performance status declined due to progressive malignancy and bacteria causing infections became resistant to antibiotics and we informed him about his condition, we mutually agreed not to treat the subsequent infection. The next infection was at first successfully treated with antipyretics. Shortly, his symptoms recurred and the patient died in a few days.

Conclusion: Whether to treat or not to treat infections at the end of life is a complex and individual process and patient's preference should play an important role in decision making. Results of clinical trials suggest that the main role of antibiotics at the end of life is improvement of quality of life. Their impact on the length of life is unclear.

Key words: antibiotics, end of life, fever, infection, hospice, palliative care, case report

Úvod

Infekcie sú častou komplikáciou u onkologických pacientov na konci života. V týchto prípadoch nie je vždy jednoduché rozhodnúť, či je nutná antibiotická liečba. Vynárajú sa otázky ako „neskrátim výrazne pacientovi život, keď mu nepodám antibiotiká?“ alebo „nie je už u tohto pacienta antibiotická liečba zbytočná?“, „zlepším tomuto pacientovi kvalitu života, keď mu podám antibiotiká?“ Na tieto a podobné iné otázky sa pokúsime v tomto článku priniesť odpovede na poklade realizovaných štúdií a prezentácie pacienta, ktorý ku koncu života trpel opakovanými infekciami.

Prípad

56-ročný diabetik na diéte, s autoimunitnou tyreoiditídou v štádiu hypotyreózy so substitúciou tyroxínu, ktorému bol v roku 2011 diagnostikovaný karcinóm rekta, bol kuratívne operovaný s vyvedením axiálnej ileostómie a dostal adju-

vantnú chemoterapiu. Počas kompletnej remisie mu bola zariadená ileostómia, pre dehiscenciu anastomózy musel byť reoperovaný. Krátky súhrn začiatku liečby pacienta je uvedený v tabuľke 1.

V roku 2013 bolo na základe PET/CT vyšetrenia vznesené podozrenie na recidívu perirektálne, PET/CT v roku 2014 ukázalo progresiu nálezů, preto bola v marci 2015 vykonaná CT navigovaná biopsia perirektálneho ložiska a potvrdená recidíva karcinómu rekta. Následne pacient dostal rádioterapiu na malú panvu. Po roku sme pacientovi diagnostikovali mnohonásobný myelóm, pacient dostal 9 cyklov chemoterapie CVD Junior a dosiahol parciálnu remisiu (PR) s negatívnou trepanobiopsiou. Liečba bola ukončená vzhľadom na plánovanú liečbu progredujúceho karcinómu rekta. Súhrn ďalšieho manažmentu liečby pacienta je opísaný v tabuľke 2 a 3.

V decembri 2016 bola rektoskopicky zistená lokálna progresia ochorenia karcinómu rekta, vzhľadom na infiltráciu nervových štruktúr a uzuráciu os sacrum pacienta neoperujeme.

Tabuľka 1. Súhrn začiatku liečby pacienta

- ca rekta, pT3pN3pM0, RAS mutovaný
- st. po operácii sec. Dixon, poistná ileostómia (2011)
- st. po adjuvantnej CHT XELOX + Avastin (04-09/2011)
- st. po oklúzii stómie komplikovanej peritonitídou, nutné reoperácie (2011)

Tabuľka 2. Liečba pacienta v rokoch 2015 – 2017

- recidíva ca rekta v panve (2015)
- st. po EXRT na malú panvu v TD 59,4 Gy (04-06/2015)
- mnohonásobný myelóm IgG lamda, DS I.A št (dg. 06/2016)
- st. po 9 cykloch CVD junior, efekt PR + negat. trepanobiopsia (06/2016-03/2017)

Tabuľka 3. Liečba pacienta v rokoch 2016 – 2017

- recidíva ca rekta v oblasti anastomózy a v malej panve (12/2016)
- st. po CHT FOLFOX 4 (od 10.4.2017)
- vznik rektovezikálnej fistuly, st.p. vyvedení axiálnej transverzostómie (22.5.17)
- pokračovanie CHT FOLFOX 4
- opakované cystitídy - CHT ukončená (09/2017)

Obrázok 1. CT zobrazujúce rektovezikálnu fistulu

Recidíva je asymptomatická, pokračujeme v liečbe mnohonásobného myelómu. V apríli 2017 začala lokálna recidíva spôsobovať ťažkosti – bolestivé tenezmy konečníka. Vtedy sme pacientovi nasadili paliatívnu chemoterapiu FOLFOX, po troch cykloch došlo k vytvoreniu rektovezikálnej fistuly – pacientovi začala odchádzať stolica cez močové cesty (obrázok 1). Preto sme indikovali operačné riešenie a pacientovi bola vyvedená axiálna transverzostómia. Pokračovali sme v podávaní chemoterapie (CHT) FOLFOX.

Podávanie chemoterapie bolo komplikované opakovanými infekciami, väčšinou močových ciest pri rektovezikálnej fistule, preto najprv redukuje dávku chemoterapie a nakoniec jej podávanie v septembri 2017 ukončujeme.

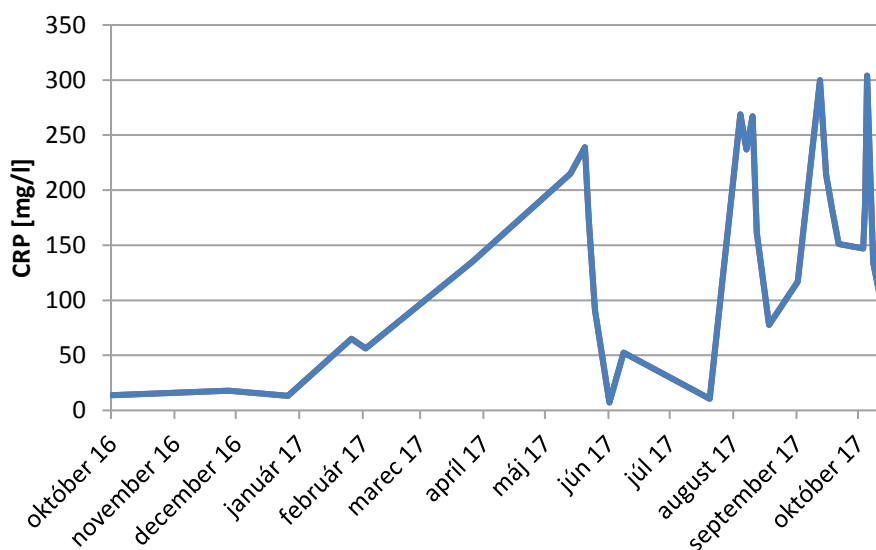
Napriek nepodávaniu chemoterapie sa znovu objavujú infekcie. Začiatkom októbra 2017 ešte preliečujeme cystitídu spôsobenú *E. coli* produkujúcou širokospektrálnu betalaktamázu cielene meropenémom. Krátko po ukončení antibiotickej (ATB) liečby sa u pacienta znovu objavujú triašky. Vzhľadom na opakované uroinfekty, ktorých výskytu nevieme zabrániť pre perzistujúcu rektovezikálnu fistulu, vzhľadom na multirezistentné baktérie spôsobujúce tieto infekcie, nekontrolované a neliečiteľné nádorové ochorenie a zlý výkonový stav sa po vysvetlení situácie a dohovore s pacientom rozhodujeme nepodávať ďalšiu ATB liečbu a pacienta odovzdávame do starostlivosti domáceho hospicu. Triašky vďaka antipyretickej liečbe prechodne ustúpili, no o pár dní sa objavili teploty nad 39 °C a pacient začiatkom novembra 2017 zomrel. Prehľad infekčných komplikácií u pacienta ukazuje tabuľka 4 a graf.

Diskusia

Výskyt infekcií u pacientov s nádorovým ochorením je častejší ako u zdravých ľudí (1). Podľa retrospektívnej štúdie realizovanej Vitetom et al. (2) bola diagnostikovaná infekčná

Tabuľka 4. Prehľad infekčných komplikácií u pacienta (rok 2017)

Dátum	Infekcia	Antimikrobiálna liečba
17. 5.	cystitída	ciprofloxacín, ampicilín + sulbaktám
29. 5.	infekcia operačnej rany	klindamycín
3. 7.	absces v jazve po laparotómii, spontánna drenáž	sulfametoxazol + trimetoprim
8. 8.	dif. dg.: respiračná inf.? cystitída? absces v panve? inf. CVK?	ciprofloxacín, vankomycín
5. a 9. 9.	občasné triašky bez febrilit	bez ATB
16. 9.	cystitída	piperacilín + tazobaktám
5. 10.	herpes labialis	valaciklovir
7. 10.	cystitída	meropeném, klindamycín
30. 10.	triašky, pravdepodobne cystitída	bez ATB

Graf. Vývoj CRP

Vzostupy CRP odrážajú výskyt infekcií u pacienta

komplikácia až u 36,3 % pacientov prijatých do hospicu. K zvýšenej incidencii infekcií prispieva často malnutícia, mikrobiálne osídlenie tumoru, imunosupresia spôsobená protinádorovou liečbou, zavedenie rôznych katétrův (v našom prípade centrálny venózný katéter nutný na podávanie chemoterapie) a komorbidity pacientov (v našom prípade diabetes mellitus).

Etiológia horúčky

K pacientom so zvýšenou teplotou v pokročilom štádiu nádorového ochorenia s nemožnosťou efektívnej protinádorovej liečby treba pristupovať individuálne. Teplota nemusí byť spôsobená iba infekciou, paraneoplastické teploty sú príčinou približne 7 – 31 % horúčok neznámeho pôvodu (3). Najčastejšie sa vyskytujú u pacientov s hematologickými malignitami, sarkómami, karcinómom obličky a u pacientov s pečenejovými metastázami, ale môžu sprevádzať aj iné malignity (3). Naopak, teplota nemusí byť vždy sprievodným javom infekcie (4), najmä ak pacient užíva antipyretiká či kortikoidy.

Aký je cieľ antimikrobiálnej liečby?

Pri zvažovaní nasadenia protinfekčnej liečby myslíme na to, aký cieľ chceme touto liečbou dosiahnuť: chceme predĺžiť život pacienta? Chceme mu zmierniť ťažkosti, ktoré mu infekcia prináša, napr. dysúriu, dyspnoe, kašeľ, teplotu, potenie?

Výsledky štúdií, ktoré porovnávajú prežívania pacientov s infekciou liečených a neliečených antibiotikami, sú nejednotné. Nemôžeme s istotou tvrdiť, že ATB liečba je u pacientov s krátkou expektáciou dožitia život zachraňujúca, resp. že nepodanie ATB liečby vedie k skráteniu života. V retrospektívnej štúdií u pacientov v ambulatnej paliatívnej či hospicovej starostlivosti dostali pacienti možnosť rozhodnúť sa, či chcú podstúpiť antimikrobiálnu liečbu pri infekcii alebo nie. V skupine, ktorá sa rozhodla podstúpiť antimikrobiálnu liečbu, bolo pre infekciu liečených 75 zo 176 pacientov. V skupine, ktorá nechcela antiinfekčnú liečbu, dostalo infekciu 31 zo 79 pacientov. Medzi oboma skupinami nebol významný rozdiel v mediáne prežívania, ktorý sa pohyboval okolo 30 dní (5).

Tabuľka 5. Kritériá na rozhodovanie o antimikrobiálnej liečbe

- je horúčka infekčného pôvodu paraneoplastická?
- aký je cieľ liečby:
 - kontrola príznakov: býva úspešná pri uroinfekcii, pri iných infekciách býva úspešná menej
 - predĺženie života: sporné údaje
- kvalita života: toxicita antimikrobiálnej liečby vs. benefit
- pranie pacienta

Iná retrospektívna štúdia porovnávala okrem iného aj prežívanie pacientov s febrilnou epizódou liečenou antibiotikami ($n = 79$) a neliečenou antibiotikami ($n = 14$). Prežívanie pacientov bolo signifikantne kratšie v skupine bez ATB liečby (priemer 8,7 vs 14,6 dňa) (6). V článku nie sú udané dôvody, prečo nebola jedna skupina pacientov liečená ATB.

Bolo realizovaných viacero štúdií zaoberajúcich sa vplyvom antimikrobiálnej liečby na zmiernenie symptómov infekcie. Jedna z najväčších sledovala 1 731 pacientov v domácej či ambulantnej hospicovej starostlivosti, z ktorých 623 bolo liečených antimikrobiálnou liečbou pre infekciu. Ústup symptómov infekcie bol zaznamenaný u 79 % z 265 pacientov s infekciou močových ciest, u 43 % z 221 pacientov s infekciou dýchacích ciest, u 46 % z 63 pacientov s infekciou ústnej dutiny, u 41 % z 59 pacientov s infekciou kože alebo podkožného tkaniva a u žiadneho z 25 pacientov liečených pre bakteriémiu (7). Možno teda konštatovať, že antimikrobiálna liečba zmierňuje alebo eliminuje príznaky infekcie u väčšiny pacientov s infekciou močových ciest, naopak, v prípade respiračných a iných infekcií zmierňuje príznaky infekcie u menej ako polovice pacientov.

Nežiaduce účinky ATB liečby

Pri rozhodnutí o nasadení ATB liečby treba myslieť aj na jej nežiaduce účinky, ktoré môžu výrazne znižovať kvalitu života. V štúdiu (8) sa nežiaduce účinky ATB liečby prejavili až u 20 % hospitalizovaných pacientov. Najčastejšie neži-

aduce účinky boli gastrointestinálne (nauzea, vracanie, neklostrídiová hnačka; v 42 %), renálne (zhoršenie funkcie obličiek; v 24 %) a hematologické (cytopénie; v 15 %).

Pranie pacienta?

Pri rozhodovaní o začatí antimikrobiálnej liečby (tabuľka 5) nemôžeme zabúdať ani na pranie pacienta. Ide o pacientov s výrazne zhoršenou kvalitou života, kde antimikrobiálna liečba nemusí viesť k jej zlepšeniu ani k výraznému predĺženiu života. Je prekvapivé, aká výrazná skupina pacientov nechce dostávať antimikrobiálnu liečbu pri infekcii.

V už spomenutej štúdiu (5) bolo zahrnutých 309 pacientov s pokročilým nádorovým ochorením, ktorí vstupovali do ambulantnej paliatívnej či hospicovej starostlivosti a mali odhadovanú prognózu prežitia pod 6 mesiacov. Pri vstupe do programu si mali vybrať 1 z 3 možností: A – antimikrobiálna liečba pri infekcii či podozrení na infekciu, B – antimikrobiálna liečba iba na zlepšenie symptómov infekcie, C – odmietnutie antimikrobiálnej liečby za každých okolností. Možnosť A si zvolilo 20,8 % pacientov, možnosť B 48,2 % pacientov a antimikrobiálnu liečbu odmietlo 31,0 % pacientov.

Záver

V súvislosti s antimikrobiálnou liečbou u prezentovaného pacienta sa vynára viacero otázok:

Dokedy sme mali podávať ATB? Mali sme ukončiť ich podávanie skôr? Vzhľadom na uvedenú štúdiu (5) by sme tým pacientovi nemuseli skrátiť život. Možno by sme mu tým zvýšili kvalitu života, lebo by nemusel tak často dochádzať na parenterálnu ATB liečbu. Mohli sme pri infekcii podávať iba perorálne antibiotiká, na ktoré patogény boli horšie citlivé? Znížili by sme tým bakteriálnu nálož a s ňou spojené nepríjemné symptómy (slabosť, potenie, teploty) a zvýšili kvalitu života v domácom prostredí? Alebo sme mali, naopak, pokračovať v ATB liečbe dlhšie a ďalšiu infekčnú komplikáciu riešiť hospitalizáciou so širokospektrálnou ATB liečbou a nie

iba symptomatickou liečbou? Nežil by takto pacient dlhšie?

Jednoznačné odpovede na tieto otázky, žiaľ, nemáme. Osobne si myslím, že naša snaha o liečbu infekčných komplikácií bola dostatočne dlhá a rozhodnutie nepokračovať v liečbe bolo vzhľadom na nízku kvalitu života, zlý výkonnostný stav (ECOG 3), neliečiteľnosť nádorového ochorenia a veľmi časté opakovanie infekcií správne. Za dôležité považujem, že sme s pacientom hovorili o príčine infekcií, prognóze a zahrnuli sme ho do rozhodovania o podaní či nepodaní ATB liečby.

Možným invazívnym riešením opakovaných cystitíd v našom prípade by mohlo byť vyvedenie terminálnej sigmoidostómie a vytvorenie derivácie moču do druhej stómie.

Literatúra

1. Dragoňa L. Praktický pohľad na diagnostiku a liečbu infekcií onkologických pacientov. *Via pract.* 2007;4(S2):24–30.
2. Vitetta L, Kenner D, Sali A. Bacterial Infections in Terminally Ill Hospice Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2000;20(5):326–334.
3. Kudlowitz D. Neoplastic Fever: Pathophysiology, Clinical Features, And Diagnostic Assessment. *The NYU Langone Online Journal of Medicine*; August 13, 2014.
4. Strojnik K, Mahkovic-Hergouth K, Novakovic BJ, et al. Outcome of severe infections in afebrile neutropenic cancer patients. *Radiol Oncol.* 2016;50(4):442–448.
5. White PH, Kuhlenschmidt HL, Vancura BG, et al. Antimicrobial Use in Patients with Advanced Cancer Receiving Hospice Care. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(5):438–443.
6. Chen LK, Chou YC, Hsu PS, et al. Antibiotic prescription for fever episodes in hospice patients. *Support Care Cancer* 2002;10:538–541.
7. Reinbolt RE, Shenk AM, White PH, Navari RM. Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30(2):175–182.
8. Tamma PD, Avdic E, Li DX, et al. Association of Adverse Events With Antibiotic Use in Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med.* 2017;177(9):1308–1315.

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(6): 398–400

MUDr. Ivan Dekánek
 Oddelenie paliatívnej medicíny,
 Národný onkologický ústav
 Klenová 1, 833 10 Bratislava
 ivan.dekanek@nou.sk



Zohledňují zdravotnická zařízení manželské či jiné partnerské vztahy seniorů?

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.^{1,2}, Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.¹

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín

²Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Umístění jednoho anebo obou životních partnerů-seniorů do zdravotnického zařízení anebo do zařízení sociální péče může vést k dlouhodobému či doživotnímu odloučení. Autoři uvádějí tři kazuistiky ze zařízení hospicové paliativní péče, kde se po řadě měsíců nucené izolace podařilo seniorské páry sloučit a umožnit jim společně strávit poslední období života. Autoři diskutují o morálních aspektech nuceného odloučení seniorských párů.

Klíčová slova: hospic, paliativní péče, manželství, partnerské vztahy, seniori

Do health care institutions respect matrimonial or other forms of partnership of the senior people?

Setting of the one or both of the senior partners to the health care or social care institution can cause their long time or everlasting separation. Authors introduce three case reports from the hospice, where after months of involuntary separation the senior partners were joined together to enable them to spend their last period of the life without unfavourable isolation. Authors debate about moral aspects of the senior partners involuntary separation.

Key words: hospice, palliative care, matrimony, partnership, seniors

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e43–e44

Úvod

Závažné onemocnění nezřídka přináší životním partnerům-seniorům po desetiletích společného života dlouhodobé anebo i doživotní odloučení. Umístění jednoho z partnerů do zdravotnického zařízení anebo do zařízení sociální péče může při obtížné mobilitě zdravějšího z nich, který zůstává v domácím prostředí, být nepřekonatelnou překážkou znemožňující vykonání běžné návštěvy. Stejný problém vzniká při jejich umístění do různých zdravotnických či sociálních zařízení.

V Hospici na Svatém Kopečku je tomuto problému v rámci uplatňovaného bio-psycho-socio-spirituálního přístupu věnována zvýšená pozornost. Uvedeny jsou příklady kazuistik, kdy se podařilo seniorským párům zajistit společné prožití posledních dnů života. Sdělení se netýká těch seniorských párů, kdy byl jeden z partnerů pacientem hospice, ale druhý z partnerů byl v dobré zdravotní kondici a doprovázel nemocného v hospici formou častých návštěv anebo trvalou přítomností na přistýlce.

Kazuistika 1

77letá nemocná byla přeložena do hospice ze spádové nemocnice, kde jí byl zjištěn karcinom rekta ve stádiu vylučujícím jakoukoli kauzální léčbu. Vzhledem k pokročilosti onemocnění a celkovému zdravotnímu stavu byla indikována paliativní hospicová péče. Pracovníci hospice získali informaci, že se manžel nemocné trpící

Parkinsonovou chorobou nachází v péči vzdálené léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Po devíti týdnech pobytu nemocné v hospici byl ve spolupráci zaměstnanců hospice a pracovníků LDN zajištěn překlad manžela do hospice, kde byl pro oba manžele připraven dvoulůžkový pokoj.

Setkání manželů proběhlo vzhledem k 6měsíčnímu odloučení a změnám, které choroby zanechaly na jejich vzezření, velmi dojemně. Po týdnu společného soužití v hospici nemocná své chorobě podlehla. Ovdovělému manželovi, jehož zdravotní stav se podařilo alespoň částečně stabilizovat, byla zajištěna péče v sociálním zařízení nedaleko místa jeho trvalého bydliště.

Kazuistika 2

78letá kardička s projevy oběhového selhávání a nálezem adenokarcinomu ledviny ve stádiu generalizace byla přijata do hospice k poskytnutí paliativní péče. Nemocnou doprovázel její 80letý druh, který s ní žil řadu desetiletí. Jeho úmyslem bylo sdílet s nemocnou společný pokoj jako doprovázející návštěvník nevyžadující zdravotní ani sociální péči. Již v den přijetí jeho družky do hospice se u něj projevil symptomy kardiální insuficience, známky deorientace a nejistota při chůzi se sklonem k pádu. Nemocný si nepřál odeslání do zdravotnického zařízení akutní péče. Z tohoto důvodu mu byla poskytnuta hospicová péče, se kterou projevil

souhlas. V rámci pobytu v hospici byla zajištěna konzultace kardiologa. Jeho zdravotní stav se na čas stabilizoval. Přes přechodné zlepšení se však po několika měsících stav opět začal zhoršovat a po 11 měsících trvajícím pobytu v hospici skončil. Stav jeho družky se navzdory pokročilosti choroby a přidruženým závažným diagnózám podařilo stabilizovat do té míry, že po 5 měsících uplynulých od úmrtí druhu byla přeložena do penzionu pro seniory k zajištění navazující sociální péče.

Kazuistika 3

86letý muž byl přijat k paliativní hospicové péči pro diagnózu karcinomu prostaty s metastázami ve skeletu. Během hospitalizace se podařilo úspěšně potlačit intenzivní bolesti. Po třech měsících pobytu v hospici byla do hospice přijata i jeho manželka, která v důsledku povšechné aterosklerózy trpěla demencí, a právě prodělala amputaci pravé dolní končetiny s dosud nezhojenou operační ránou. Vzhledem k jejím nočním delirantním stavům byli manželé umístěni na jednolůžkové pokoje. Manželovi bylo vždy během dne umožněno navštěvovat zcela imobilní manželku na jejím pokoji, k tomuto účelu využíval kolečkové křeslo. Po 5 týdnech setkávání se stav nemocného zhoršil, byl trvale upoután na lůžko. O týden později zemřel. Jeho manželka byla ve stabilizovaném stavu přeložena do péče psychiatrické léčebny.

Diskuze

Předmětem paliativní hospicové péče je všestranný zájem o pacienta se snahou zajistit péči v celém bio-psycho-socio-spirituálním spektru potřeb (1). Standardně je rodinným příslušníkům umožňován pobyt na pokoji spolu s nemocným včetně noclehu. Za běžných podmínek je rodinný příslušník plně soběstačný a z hlediska hospicové péče je pokládán za návštěvníka nevyžadujícího zdravotnickou péči. Vzhledem k charakteru hospicových zařízení převládají mezi nemocnými pacienti vyšších věkových skupin, kteří v mnoha případech žijí v manželském vztahu s partnerem trpícím také celou řadou zdravotních obtíží a omezení.

Přes obecně známou krizi, která ve vyspělých zemích v posledních letech postihuje manželské a rodinné vztahy, přináší každodenní zkušenosti z paliativní hospicové péče poznatek, že partnerské vztahy seniorů bývají velmi pevné a představují pro oba partnery jednu ze základních životních hodnot. Každodenní praxe zabývající se péčí o seniory přináší několik vcelku typických situací:

1. Nemocný senior je z lůžka akutní zdravotní péče přeložen do léčebny dlouhodobě nemocných vzdálené mnoho desítek kilometrů, často s obtížnou dopravní obslužností. Pro obtížně mobilního seniora, který zůstává ve svém bydlišti, tak může vyvstat situace, kterou lze shrnout do zoufale znějící věty: „...vždyť já už ho (ji) nikdy nevidím!“.
2. Oba partneři se v krátkém časovém úseku stávají pacienty či klienty různých lůžkových či zdravotnických zařízení s vyhlídkou, že další společný domácí pobyt je ze zdravotních důvodů vyloučen.

3. Oba partneři se stali klienty zařízení sociální péče, které neumožňuje sdílet společný pokoj. Setkávání partnerů je umožněno pouze ve společenské místnosti sloužící všem klientům, což nezaručuje potřebné soukromí. Všechny uvedené situace přináší do života seniorů stresující zážitky. Je samozřejmé, že optimální by byl pobyt seniorů v domácím prostředí, což však bývá vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nereálné. Za určitých okolností (samozřejmě zdaleka ne ve všech případech) lze nabídnout pomoc ve využití paliativní hospicové péče. Jednou z podmínek je splnění základního indikačního kritéria k přijetí do hospice, tj. neléčitelné onkologické, ale i neonkologické onemocnění se špatnou prognózou. Při splnění této podmínky bývá jeden z partnerů přijat do hospice na zdravotnické lůžko. Druhý, zdravější a soběstačný partner, může sdílet patientský pokoj na lůžku pro návštěvy, a to s plným zajištěním týkajícím se stravování. V případě onemocnění obou seniorských partnerů lze oba umístit na dvoulůžkový pokoj. Samozřejmostí je splnění indikačních kritérií, kdy účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí, jak uvádí *zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Je nutno zdůraznit, že dle díky této legislativní normy se nejedná pouze o onkologické nemocné (2).

V jednom z případů byl vzhledem k prudkému zhoršení zdravotního stavu doprovázející senior přijat hned při první návštěvě hospice na zdravotnické lůžko, stal se tedy pacientem hospice, ve kterém o několik týdnů později i zemřel.

Délka pobytu párů uvedených v kazuistikách výrazně překračuje běžný standard (průměrná délka pobytu nemocných v hospici se pohybuje mezi 3 – 4 týdny). Tato poměrně dlouhá doba, kterou nebylo možno dopředu předpokládat a vzhledem k vstupnímu zdravotnímu stavu byla do značné míry překvapením, umožnila sloučit nemocné partnery do jednoho zdravotnického zařízení.

Zajistit společný pobyt životních partnerů-seniorů v závěru jejich života by mělo být předmětem zájmu všech pečujících institucí. Také v případech, kdy tito partneři neuzavřeli regulérní manželský svazek, ale mají za sebou mnoho let společného života, je vhodné zajistit těmto nesezdaným partnerům možnost dalšího společného soužití. Je žádoucí, aby o tento cíl usilovala všechna zdravotnická zařízení či zařízení sociální péče vždy, pokud to okolnosti dovolí. Tento postup pokládáme za výsostně etický a vidíme v něm jeden ze způsobů, kterým lze upevnit důstojné postavení seniorů ve společnosti.

Literatura

1. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén; 2007.
2. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
Hospic na Svatém Kopečku
Sadové náměstí 24, 772 00 Olomouc-
Svatý Kopeček
drkala@centrum.cz



Supervize jako jedna z možných podpor pracovníků v hospicích České republiky

Mgr. et Mgr. Martina Pižlová

Vyšší odborná škola sociálně právní, Praha

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda mají pracovníci hospiců zájem o supervizi, zda ji vnímají jako účinný nástroj podpory. V případě, že se účastní pravidelných supervizí, za jakých podmínek supervize probíhají a jaká témata zde mohou otevírat. Výzkum byl realizován smíšenou metodou. Nejprve byl proveden kvalitativní výzkum ve dvou hospicích. Z tohoto pak vyplynuly oblasti, na které jsme se zaměřili v elektronickém dotazníku zaslaném do 34 hospiců v České republice. Supervize jako účinný nástroj podpory si pravděpodobně dosud nenašla v českých hospicích své místo. Pracovníci mají účast v supervizi spíše povinnou, nejčastěji se jí účastní zdravotní sestry a management organizací.

Klíčová slova: supervize, hospic, podpora, ošetrovatelská péče, supervizor

Supervision as an effective support tool of hospices' employees in Czech Republic

The main goal of this research was find out, if hospices' employees are interested in supervision and if they see it as an effective support tool. In case that they are participating on regular supervision sessions, how these are led and which topics may be opened. Research was realized with mixed method. Qualitative research was made in two hospices first. Based on this, electronic questionnaire was sent to another 34 hospices in Czech Republic. Supervision is probably not accepted as an effective support tool in Czech hospices yet. Participation of employees on supervision is mostly mandatory and most often is attended by nurses and organizations' management.

Key words: supervision, hospice, support, nursing care, supervisor

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e45–e48

Úvod

Podstatnou součástí personální práce je podpora pracovníků. Podpora pracovníků v hospici je však specifická a vyžaduje větší rozsah. Pracovníci hospiců se setkávají se smrtí, což je existenciální a emocionálně náročný okamžik, který bývá v moderním světě vytlačován mimo každodenní skutečnost. Pracovníci proto potřebují rozsáhlou podporu v oblasti kvalitního zvládnutí výkonu své práce při doprovázení pacientů, ale i jejich blízkých osob. Pracovníci multidisciplinárního týmu se mohou vzájemně obohacovat, ale může dojít k situaci, kdy jejich činnost povede k nedorozumění v přístupu k pacientům či jejich blízkému okolí. V těchto případech může právě management organizace poskytovat velkou míru podpory vedoucí k otevřené komunikaci na pracovišti. Tato komunikace se může odehrávat v rámci společných porad, může mít podobu týmové supervize, intervize, ale může probíhat i neformálně, například realizací mimopracovních aktivit pro pracovníky hospice.

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, zda mají pracovníci hospiců zájem o supervizi, zda ji vnímají jako účinný nástroj podpory. V případě, že supervize navštěvují, za jakých podmínek probíhají, jaká témata zde mohou pracovníci otevírat. Cílem dvou případových studií je kromě výše uvede-

ných témat zjistit, jaké postoje k supervizi zaujímají respondenti a jaký pro ně má supervize význam. Posledním cílem bylo identifikovat roli supervizora.

Metody

Výzkum byl realizován jako smíšený. Vycházíme z definice Hendla (1), který definuje smíšený výzkum jako: „obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmata v rámci jedné studie“. Kvalitativní výzkum byl zvolen pro hlubší orientaci v problematice poskytování paliativní péče ve dvou hospicích, přiblížení se pracovníkům v přímé obslužné péči a pochopení kontextu, ve kterém se supervize poskytuje. Kritériem výběru zařízení bylo to, zda pracovníci docházejí na pravidelnou supervizi. V obou zařízeních si autoři zajistili stáž na oddělení. Z důvodu zachování anonymity zařízení v textu uvádíme pouze zkratky hospiců, H1 a H2. Pozice, na kterých participanti pracují, a integraci supervize do organizace uvádíme v tabulce 1.

V rámci kvantitativní studie jsme obeslali 34 hospiců v České republice (ČR). Dotazník byl spolu s průvodním dopisem adresován řediteli organizace. V případě, že na webových stránkách hospice nebyl uveden kontakt přímo na ředitele, tak některému z pracovníků managementu. Seznam hospiců v jsme vyhledali na webových stránkách www.hospice.cz, kde

Tabulka 1. Přehled respondentů a zařazení organizace, ve které pracují

Hospic H1	Přijímá supervizi
Sociální pracovníce, zdravotní sestra a koordinátorka dobr., mobilní hospic	Ano
Sociální pracovníce, koordinátorka dobr., lůžkový hospic	Ano
Vrchní sestra, lůžkový hospic	Ano
Ošetrovatelka, lůžkový hospic	Ano
Zdravotní sestra, lůžkový hospic	Ano
Ředitelka	Ano
Hospic H2	Přijímá supervizi
Vedoucí sociálního úseku	Ano
Sociální pracovník	Ano
Zdravotní sestra mobilního hospice	Ne
Vrchní sestra lůžkového hospice	Ano
Staniční sestra	Ano
Ošetrovatel lůžkového hospice	Ne
Psycholožka lůžkového hospice	Ano
Ředitel	Ano

si mohou zájemci o paliativní péči vyhledat kontakty jednotlivých organizací. Za účelem výzkumu byly kontaktovány lůžkové i mobilní hospice na území ČR. Odpovědi respondentů jsme zpracovali do samostatných tabulek uvedených v článku.

Výsledky

Zajištění pravidelných supervizí pro pracovníky hospiců

V jednom ze zkoumaných hospiců jsou supervize povinné pro všechny pracovníky (H1), ve druhém (H2) jsou zajištěny pro psychosociální pracovníky, kteří si je sami vyžádali (tj. psycholog, sociální pracovníce, pracovníce Denního centra) a zdravotním sestřím a ošetřovatelům jsou pouze nabízeny. Pravidelných supervizí se účastní též management organizace (ředitel, lékař, vrchní sestra, staniční sestry). Zdravotní sestry a ošetřovatelská složka týmu účast na supervizích odmítly vzhledem ke špatné zkušenosti se supervizorkou, která v minulosti vynášela informace ze supervizí směrem k vedení hospice.

Z obesaných 34 hospiců zareagovalo pouze 16. Z nich má 15 organizací supervize pro své pracovníky povinné, jedna z nich pod supervizí nepracuje a ani její zavedení nezvažuje. Supervizí se účastní v největší míře zdravotní sestry, sociální pracovníci, management organizace, dále pracovníci v sociálních službách (dle Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách) a lékaři. Na konci spektra jsou uvedeni ošetřovatelé, pastorační pracovník, psycholog, v jednom případě pracovníci fundraisingu či PR (tabulka 2).

Přijímání supervize pracovníky můžeme posoudit pouze z výstupů z rozhovorů s nimi. K tématu přijímání supervize se pracovníci často vyjadřovali na denních místnostech, sesternách, ale i při natáčení výzkumných rozhovorů.

Přijímání supervizí ze strany pracovníků přímé obslužné péče

V rámci shrnutí výstupů z kvalitativní studie musíme konstatovat, že i mezi pracovníky přímé obslužné péče byl postoj k supervizím spíše ambivalentní. Pro ošetřovatelky a zdravotní sestry (hospic H1) byl důležitější tým, ve kterém pracují, a skutečnost, jakou v něm mají oporu a zda mohou bez zábran projevit emoce. Supervize pro ně představovala jakýsi oficiálnější rámec, kam mohou přinášet svá témata. V rozhovorech zmiňovaly, že byly schopné pracovat i bez supervize. Jejich užitečnost spatřují spíše v podobě tzv. případové supervize. Nevýhodu supervize spatřovaly v její nepružnosti a plánovaných termínech. Nebylo možné v případě potřeby svolat tzv. krizovou supervizi.

Pracovníci druhého zkoumaného hospice (hospic H2) se shodují na tom, že supervize jsou pro ně nepružné a vzhledem ke směnnému provozu nereálné. „Když se něco stane, musí se

Tabulka 2. Pravidelných supervizí v hospici se účastní zástupci těchto profesí

Management	Lékaři	Zdravotní sestry	Sociální pracovníci	Pracovníci v sociálních službách	Ošetřovatelé	Pastorační	PR
11	5	15	13	10	5	1	1

V případě této otázky mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Supervizí se nejčastěji účastní zdravotní sestry (15 organizací). Protože z dotazníku není patrné, která z organizací zaškrtnla více či méně odpovědí a spektrum pracovníků, kteří v určité organizaci docházejí na supervize, může být buď celé, nebo jsou supervize jen pro určité pracovníky, můžeme si zde udělat alespoň představu, které profese a zástupci organizací se nejčastěji účastní supervizí.

Tabulka 3. Supervize probíhá v pracovní době zaměstnanců

V pracovní době	Mimo pracovní dobu, čerpají náhradní volno	Dobrovolná účast zaměstnanců
10	4	1

Supervize pracovníků probíhá nejčastěji v jejich pracovní době. 10 z 15 organizací zajistilo pracovníkům supervizi v jejich pracovní době. Ve 4 organizacích supervize probíhá mimo pracovní dobu zaměstnanců, ale ti mohou dobu, kterou tráví na supervizi, čerpat jako náhradní volno. V jednom ze zařízení se zaměstnanci supervizí účastní dobrovolně a nežádají náhradu mzdy.

Tabulka 4. Zaměření supervize

Případová sup.	Vzdělávání	Tvorba pravidel	Týmová sup.	Krizové situace	Psychohygienu
10	2	4	9	12	1

V případě dotazu na zaměření supervizí měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Docházející supervizor může mít se zařízením dohodáno více oblastí, na které se v supervizích zaměřuje, či které vylynou v průběhu supervizí z praxe. Ve dvanácti případech pracovníci v rámci supervize řeší krizové situace. V deseti případech jsou tématem supervizí případy z praxe. Případová supervize bývá obvykle vnímána a označována jako bezpečná pro pracovníky i pro tým. Zástupci zařízení také uváděli, že pracovníci se účastní týmových supervizí (9 odpovědí). Supervize bývá také využívána ke tvorbě a zavedení vnitřních pravidel (4 odpovědi) a ke vzdělávání pracovníků (2 odpovědi). Jeden ze zástupců organizace uváděl, že tématem supervize je psychohygienu pracovníků.

to řešit hned, ne po šesti týdnech na supervizi, pracovníci to řeší mezi sebou, žádného supervizora nechtějí, říkají, že když tu není někdo hned, tak jim to je potom k ničemu” – vrchní sestra H2. Jako významný prvek podpory v tomto hospici byla vnímána a často označována psycholožka hospice. Pracovníci vůči ní pocítovali důvěru, vnímali ji jako podporu uvnitř zařízení, která ví, o čem hovoří. Z rozhovorů vyplynulo, že ji častěji vyhledávali zdravotničtí pracovníci, tedy ti, kteří odmítli účast na supervizích. V zařízení, kde jsou supervize pro všechny pracovníky povinné, identifikovali některých z nich supervizi jako místo, kde mohou ventilovat své emoce a sdílet problémy vycházející z práce.

Ošetřovatelé a některé zdravotní sestry hovoří o supervizi spíše s despektem. Je velmi podstatné, jakou zkušenost učinil pracovník se supervizorem v minulosti. Myslíme, že osobnost supervizora a jeho nastavení je pro proces zásadní. Někteří z pracovníků hodnotili supervizi jako prostor, kde dění získá „oficiálnější rámec”. „Tady (v zařízení) můžeme s kolegyněmi probrat spoustu věcí, i právě těch pracovních, řekneme si to mezi sebou na sesterně, takže v té supervizi je to takové oficiálnější. Nevidím v tom, ale, příznám se, diametrální rozdíl” – zdravotní sestra H1. Tým pracovníků zde vnímá účast na supervizi spíše jako povinnost, ale i nutnost v případě, že se otevře

téma práce s pacientem. Výstupy z případových supervizí jsou pro pracovníky přínosnější. Případová témata byla pracovníky označována jako bezpečnější.

Tým a role pracovníků v týmu

V hospici poskytuje odbornou péči o pacienty multidisciplinární tým. V obou zkoumaných hospicích bylo zaznamenáno, že práce sociálních pracovníků spočívala především v poradenství a administrativě, která provázela proces přijímání, průběh péče a ukončování pobytu pacienta. Sociální pracovníci představovali propojení mezi pacienty, jejich rodinami a dalšími institucemi. V případě, že jim to míra vytíženosti umožnila, koordinovali dobrovolníky, popřípadě organizovali setkání pro pozůstalé. Sociální pracovníci ale v rozhovorech často zdůrazňovali své zatížení administrativou a nedostatek času pro přímou práci s pacienty. V obou zkoumaných hospicích tráví nejvíce času s pacienty především zdravotní sestry a ošetřovatelé a jsou to právě oni, kdo předává informace do týmu, nebo v případě potřeby zprostředkují návštěvu sociálního pracovníka u pacienta.

Při mapování vztahů pracovníků v obou organizacích jsme často naráželi na témata konfliktů mezi sociálními pracovníky a zdravotnickým či ošetřovatelským týmem. Problémy vycházely

Tabulka 5. Vzdělání a zaměření supervizora

Psychoterapeut	Supervizor se supervizním výcvikem	Klinický psycholog
7	11	1

V dotazu na vzdělání docházejícího supervizora měli respondenti možnost zaškrtnout více možností. V jedenácti případech se jednalo o supervizora se supervizním výcvikem. V sedmi případech byla označena profese psychoterapeuta. Tento výsledek lze odůvodnit tím, že jsem v dotazníku jasně nedefinovala obě profese, ale také tím, že dle Českého institutu pro supervizi například supervizoři tohoto institutu mají dokončený psychoterapeutický výcvik akreditovaný Českou psychoterapeutickou společností a v rámci supervizního výcviku absolvují 140 hodin přímé výuky a dalších 400 hodin aktivit spojených se supervizním tématem (8).

především ze skutečnosti, že sociální práce sama o sobě není měřitelná a její výstupy se obtížně definují. Z výpovědi jedné z pracovnic vyplývá, že: „sestřičky mohou mít pocit, že se sociální pracovnice nepředřou... papírová a vztahová práce není tolik vidět“ – sociální pracovnice H1. Ve druhém hospici identifikovala obdobnou situaci jedna ze zdravotních sester: „Potřebovali bychom nějaký spojovací materiál mezi profesemi. Vše dobře funguje na odděleních, ale ne tak dobře s jinými než zdravotnickými pracovníky. Tam bychom uvítali nějaký tmel“ – staniční sestra H2. Situaci cítila obdobně i sociální pracovnice z téhož zařízení.

Nejčastější zaměření supervize

Zaměření supervize a témata, která mohou pracovníci do supervizí přinášet, byla mapována v rámci kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Ve dvou zkoumaných hospicích probíhaly především případové supervize, neboť byly pracovníky vnímány jako bezpečnější. V rámci kvantitativního výzkumu bylo vyhodnoceno, že se pracovníci nejčastěji účastní supervizí, v nichž je řešena krizová situace. Z dotazníku bohužel nelze zjistit, zda jsou tyto supervize realizovány v rámci pravidelných termínů, či je možné supervizora požádat o termín podle aktuální situace. Pracovníci též docházejí na supervize případové, ale i týmové (tabulka 4).

Vzdělání a osobnost supervizora

Představy o ideálním supervizorovi se v rámci kvalitativních studií příliš nelišily. Toto téma bylo v dotazníku uchopeno tak, že byl dotaz zaměřen k upřesnění kvalifikace supervizora. Pracovníci v rámci rozhovorů spíše upozorňovali na osobnostní kvality supervizora. Pro ošetřovatele, ale i zdravotní sestry bylo podstatné, aby se supervizor dokázal týmu přiblížit, nevnucoval jim své strategie řešení, byl pro tým důvěryhodný. Pracovníci, kteří vycházeli z vlastních negativních zkušeností, často kladli důraz na diskretnost supervizora. Ostatní organizace, které dotazník vyplnily, spolupracují se supervizory, kteří jsou psychoterapeuty či supervizory se supervizním výcvikem (součástí supervizního výcviku je i sebezkušenost v rámci psychoterapeutického výcviku) (tabulka 5).

Diskuse

Přijímání supervizí ze strany pracovníků

Supervize v sociálních a zdravotních organizacích je vnímána dle Koláčkové (2) jako: „celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí“. Podle Procházkové (3) byla supervize nejprve nezbytnou součástí psychoanalýzy. Teprve od 80. let 20. století jsou do praxe vnášeny tzv. Balintovské skupiny. Tento supervizní systém byl nejprve vypracován M. Balintem pro praktické lékaře. Procházková uvádí, že: „obsahem a náplní supervize je zvažování nejen kvality péče o klienta samotného, ale i dané péče celkově. Smyslem supervize je tedy pomáhat pracovníkům a klientům i celému zařízení. Nástrojem supervize je především zaměřené pozorování a cílené otázky. Vztahuje se k cíli práce. Děje se tak skrze zjišťování, ověřování, uvědomování procesu a především vztahů“. Supervizi se v českém prostředí věnuje i Z. Havrdová, Z. Hajný.

Z pohledu přijímání supervize pracovníky hospiců je nezbytné zdůraznit několik faktorů, které je ovlivňují. Pro zavedení supervize do organizace bylo zásadní nastavení komunikace v rámci managementu, ale i mezi managementem a pracovníky a pracovníky mezi sebou. Například Proctorová (1997) upozornila na: „negativní vliv na supervizi ze strany manažerů organizací, kteří často nemají o supervizi jasnou představu. Očekávají nějakou formu kontroly a usměrňování jejich zaměstnanců, což u nich vyvolává hostilitu a nejistotu“ (4). Supervize v organizaci může mít řadu podob. Ve zkoumaných organizacích pracovníci docházeli především na případové supervize, v některých organizacích měla supervize podobu spíše týmovou nebo řešila krizové situace. O supervizi hovoří Z. Havrdová (5), když uvádí, že: „v praxi je optimální, aby supervize byla pravidelná a stala se součástí průběžného zlepšování kvality práce i duševní obnovy pracovníků. Výjimečně může jít též o příležitostnou supervizi (vhodnou třeba u mimořádně obtížných případů u zkušeného pracovníka), či o krizovou supervizi

(použije ji třeba manažer, když mu šest pracovníků dá výpověď“). Významným výstupem z kvalitativního výzkumu byla poptávka zdravotnické a ošetrovatelské složky obou zkoumaných zařízení po tzv. krizové supervizi, kdy se jednalo o mimořádné události týkající se práce s pacienty.

V průběhu analýzy dat byly spatřovány rozdílné přístupy psychosociálních pracovníků a zdravotnické složky organizace k supervizím, ale též v přístupu k pacientům a jejich okolí. K tomuto tématu se vyjadřuje například M. Přidalová (6), která uvádí, že: „v paliativní péči spolu koexistují profese, které zastupují dva rozdílné světy – svět přírodních a humanitních věd. Zástupci humanitních oborů nutně trpí komplexy, když ve srovnání s lékaři, zdravotními sestrami a ošetrovatelkami nemohou někdy jasně vykákat efekt vykonané činnosti“. Z tohoto důvodu je možné, že právě někteří pracovníci v organizacích pociťují nízké hodnocení své práce. Především pracovníci přímé obslužné péče vykonávající svou činnost v přímém kontaktu s pacientem mohou vnímat svou práci jako náročnou nejen psychicky, ale i fyzicky. Na druhou stranu jsou výsledky jejich práce patrné, pacienti a jejich blízcí jim poskytují okamžitou zpětnou vazbu. Čeští autoři (7) vnímají sociální pracovníky v prostředí hospiců ČR tak, že: „je sociální pracovník členem multidisciplinárního týmu, který poskytuje paliativní péči. Uplatňuje se v lůžkových hospicích, v domácích (mobilních) hospicích, v nemocnicích, v LDN, jako koordinátor sociálních služeb, jako koordinátor dobrovolníků a svépomocných skupin pro pečující a pozůstalé a pod. Hlavním zájmem sociálního pracovníka v paliativní péči se stává zlepšení kvality života nemocného a jeho rodiny v kontextu psychosociálním“. V obou zkoumaných hospicích bylo zmapováno, že práce sociálních pracovníků spočívala především v poradenství a administrativě, která provázela proces přijímání, průběh péče a ukončování pobytu pacienta. Sociální pracovníci zajišťovali propojení mezi pacienty, jejich rodinami a dalšími institucemi. V případě, že jim to míra vyčerpání umožnila, zastávali roli koordinátora dobrovolníků, případně organizovali setkání pro pozůstalé.

Závěr

Cílem příspěvku bylo přiblížit situaci využití supervize v hospicích ČR. Při zpracování tématu autoři vycházeli z kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum nás uvedl především do problematiky práce v hospici, kde jsme se snažili důkladně poznat týmy pracovníků, zmapovat jejich potřeby pro výkon profese a její náročnost. U zástupců jednotlivých profesí

v hospici jsme se pokusili zjistit jejich názor na supervize, které v hospici již probíhají, nebo pohled vycházející z jejich osobní či zprostředkované zkušenosti. Ačkoli při vyhodnocování výstupů z kvantitativního výzkumu vycházíme pouze z malého vzorku respondentů, nyní shrneme podstatné jevy, a tam, kde to bude možné, je propojíme s výstupy z kvalitativních studií.

Supervize v hospicích ČR pravděpodobně dosud nenašla své místo jako forma podpory pracovníků. Ze 34 obesaných organizací se vrátilo pouze 16 vyplněných dotazníků a pouze z jednoho z nich vyplývalo, že v organizaci supervize neprobíhá. Ve čtrnácti organizacích jsou supervize pro pracovníky povinné. Jedna organizace supervizi pracovníkům nabízí, ale ne všichni ji využívají. Vzhledem k tomu, že dotazníky vyplňovali ředitelé hospiců, nebo jejich zástupci, nezjišťovali jsme přímo od pracovníků, zda je pro ně supervize vyhledávaná a přínosná forma podpory. Z hospiců zahrnutých do kvalitativní studie organizace H2 nabízela supervizi na vyžádání pracovníků jako dobrovolnou. Nabídku využili psychosociální pracovníci. V organizaci H1 je účast na supervizi povinná. Z kvantitativního výzkumu vyplývá, že v patnácti organizacích je účast na supervizi povinná nebo nabízena. V jedné organizaci se pracovníci účastní supervize dobrovolně ve svém volném čase (tabulka 3).

Při kontaktu s pracovníky dvou zkoumaných organizací bylo zjištěno, že pro ně bylo důležité spíš prostředí a tým, ve kterém pracují a mohou ihned sdílet své prožitky. Pro pracovníky bylo obtížné probírat téma na supervizi až po několika týdnech. Toto téma koreluje s kvantitativními studií a oblastí zaměření supervize. Nejvíce organizací vyplnilo možnost, že supervize se týká řešení krizových situací. Nevíme ale, zda je možné supervize sjednat pružně. V textu je tato supervize označena též jako krizová. Pracovníci dále označovali jako přínosnou supervizi, která se týkala řešení případů z praxe. Případová su-

pervize bývá i v odborné literatuře uváděna jako nejvíce „bezpečná“. Někteří pracovníci se účastní týmové supervize, ale setkávání může mít i podobu vzdělávací, či zajišťovat psychohygienu. Ve čtyřech organizacích supervize představovala prostředí, kde se mohou tvořit nová pravidla organizace.

Výsledky ukázaly, že se supervizi nejčastěji účastní zdravotní sestry. Je to překvapivé zjištění, protože z kvalitativního výzkumu vyplynulo, že pro zdravotní sestry a členy ošetrovateľského týmu supervize není příliš vyhledávaným prostředkem podpory.

Společně s nimi též supervize využívají sociální pracovníci, méně zastoupení jsou bohužel lékaři, ale i pracovníci v sociálních službách či ošetrovateľé. Právě zástupci těchto profesí jsou nejbližší u pacientů, ale i u širšího sociálního zázemí pacienta, kde jsou to nejčastěji oni, kdo poskytuje podporu, ale i doprovází pacienta při umírání.

Poslední okruh, na nějž jsme se soustředili, byla právě osobnost supervizora, který do zařízení dochází. Ve většině organizací se jednalo o člověka, který absolvoval supervizní a sebezkušenostní (psychoterapeutický) výcvik (tabulka 5). Při kontaktu s pracovníky vyplynulo, že je pro ně důležité, aby si dokázal tým „získat“, zajistil bezpečí v prostoru, kam mohou pracovníci přinášet svá témata.

V závěru článku tedy můžeme shrnout, že v hospicích ČR je supervize jako nástroj podpory teprve v počátcích. Je třeba, aby pracovníci postupně poznávali její přínosy a možnosti, které jim může tato forma podpory nabídnout. K tomu je ale nezbytné, aby se naučili efektivně komunikovat, vyjadřovat své potřeby, ale i to, aby na druhou stranu cítili odezvu a podporu ze strany managementu.

Studie byla provedena podle základních pravidel Helsinské deklarace (2002). Respondenti byli informováni o cíli výzkumu, svým podpi-

sem souhlasili s účastí. Ve studii byla zachována anonymita zkoumaných hospiců, respondenti si mohli zvolit, zda souhlasí s uvedením své pozice v organizaci.

Výzkum byl financován z grantu FHS UK PRVOUK, projekt FHS_P19_2014_068.

Poděkování: Za podnětné připomínky a konzultace děkuji Mgr. Blance Tollarové, Ph.D.

Literatura

1. Hendl J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, s. r. o.; 2005: 60.
2. Matoušek O, et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, s. r. o.; 2003: 349.
3. Vodáčková D, et al. *Krizová intervence, Krize v životě člověka: Formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Remedium Praha; Portál, s. r. o.; 2002, 2007, 2012: 180.
4. Havrdová Z, et al. *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy; 2011: 21.
5. Havrdová Z, Hajný M, et al. *Praktická supervize: Průvodce supervizi pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén; 2008: 57.
6. Student JCh, Múhlum A, *Student U. Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská, s. r. o.; 2006: 19.
7. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén; 2007: 333.
8. Český institut pro supervizi. *Supervize, Stránky pro supervizory a supervidované* [online]. Available from: <<http://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervisor>>. Accessed August 24, 2017.

Mgr. et Mgr. Martina Pižlová

*Vyšší odborná škola sociálně právní
Jasminová 3166/37a, Praha 10
martinapizlova@seznam.cz*

Dermatologická konzilia v hospici prostřednictvím internetové sítě

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.^{1,2}, MUDr. Zora Poláčková³, Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.¹

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín

²Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

³Klinika chorob kožních a pohlavních, Fakultní nemocnice v Olomouci

Nemocní, kterým je poskytována paliativní hospicová péče, trpí velmi často kožními afekcemi a konzultace ze strany dermatologa může být nezbytná. Převoz pacientů, kteří se nacházejí v těžkém klinickém stavu, je příliš zatěžující, ale zajištění včasné osobní návštěvy dermatologa u lůžka může být obtížné. Cílem autorů je poukázat na možnost provedení konzultací prostřednictvím internetového přenosu, kdy je zasílána písemná dokumentace a fotodokumentace do ambulance dermatovenerologa, který po vyhodnocení nálezu odešle stejnou cestou zpět lékařskou zprávu s příslušným doporučením. Autoři uvádějí dvě vlastní kazuistiky.

Klíčová slova: dermatologická péče, paliativní péče, hospic

Dermatological consultation in hospice by the internet

In patients in palliative hospice care suffering by dermatological diseases dermatological consultation can be needed. Transportation of the patient to dermatological clinic is very stressful for bad clinical patient state but to ensure dermatological consultation in hospice can be difficult. Author's aim is to give a report on the possibility to ensure dermatological consultation by the internet when medical documentation with appropriate photos is sent to specialist. Two author's case reports are enclosed.

Key words: dermatological care, palliative care, hospice

Úvod

Kožní onemocnění u nemocných v paliativní hospicové péči jsou poměrně běžná. Někdy se jedná o primární kožní nádory. Výjimkou nejsou kožní nádory metastatické. U onkologických nemocných v pokročilých fázích choroby lze sledovat i nespecifické kožní projevy v podobě ikteru, pruritu anebo například lymfedém. V závislosti na úrovni ošetrovatelské péče a na stavu výživy bývají nemocní ohroženi vznikem dekubitů. Na druhé straně, pacienti s nejrůznějšími závažnými chorobami mohou trpět kožními afekcemi, které nemusí mít přímý vztah k základní diagnóze. Nejčastěji jsou zjišťovány dermatitidy (1) snižující jejich komfort, které ale lze vhodně zvolenou léčbou navzdory závažnému klinickému stavu poměrně výrazně ovlivnit, případně je zcela vyhojit (což nelze říci kupříkladu o hojení chronických ran) (2). Optimální řešení spočívá ve vyšetření odborným kožním lékařem. Pokud nelze zajistit jeho osobní přítomnost, stává se vhodným postupem konzultace pomocí internetového přenosu dat.

Kazuistika 1

80letá polymorbidní nemocná byla přijata k paliativní hospicové péči do Hospice na Svatém Kopečku po opakovaných cévních mozkových příhodách. V důsledku prodělaných atak se stala zcela imobilní, neschopna verbální komunikace,

inkontinentní, výživa byla zajištěna nazogastrickou sondou. V anamnéze byla uvedena alergie na antibiotika penicilinové řady a barbituráty. V oblasti zad a hýždí se během pobytu v hospici objevil exantém, který byl bez efektu léčen krémem s obsahem betamethasonu a gentamicinsulfátu. Vzhledem k částečně zachovanému vnímání nemocné a s předpokladem, že by exantém mohl být doprovázen pruritem, byla snaha navzdory celkově špatné životní prognóze dosáhnout lepšího terapeutického výsledku, proto byly fotografie postižené kůže a parere odeslány na ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních Fakultní nemocnice v Olomouci. Na uvedeném pracovišti byl nález označen jako statis dermatitis s mikrobiální nadstavbou při dlouhodobém ležení. Doporučena byla aplikace přípravku s obsahem chlorhexidinu v kombinaci chlorcresolem, hexamidinem a poté magistraliter připraveného krému, jehož hlavními účinnými složkami byl carbethopendecin bromid a dexamethason. Po necelých dvou týdnech došlo k výraznému ústupu exantému a posléze k jeho úplnému vymizení.

Kazuistika 2

V Hospici na Svatém Kopečku byla hospitalizována 79letá polymorbidní pacientka. Její základní diagnózou byl karcinom prsu ve fázi generalizace s mnohočetnými metastázami do plic. Vzhledem k pokročilosti choroby byla trvale

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e49–e50

upoutána na lůžko a používala inkontinenční pomůcky. Během hospitalizace se u nemocné rozvinul svědivý a bolestivý exantém v perianogenitální krajině. Obtíže popisovala jako úporné a velmi nepříjemné a vždy je v rámci svého celkového zdravotního stavu uváděla na prvním místě. Zprvu byla jako příčina označena mykotická infekce, a proto byl nasazen krém na bázi clotrimazolu. Po pěti dnech byla terapie označena za neúčinnou, a proto byla telefonicky kontaktována ambulance Kliniky chorob kožních a pohlavních Fakultní nemocnice v Olomouci, kam byly prostřednictvím internetu zaslány fotografie postižené krajiny spolu s příslušným parere. Kožní lékařka vyhodnotila afekci jako mikrobiální ekzém a doporučila oplachy hypermanganem s následným potřením krémem obsahujícím betamethason a gentamicin. Po zahájení uvedené léčby velmi rychle odezněly lokální projevy onemocnění (úplné zhojení do 10 dnů) včetně velmi obtěžujících subjektivních obtíží. Nemocná zemřela o dva měsíce později na základní onkologické onemocnění.

Diskuze

Možnost konzultovat dermatologa prostřednictvím mailové korespondence využíváme v Hospici na Svatém Kopečku již řadu let. Předpokladem dobré spolupráce je provedení kvalitní fotografie při dobrém osvětlení a vyso-

kém rozlišení, což vzhledem k všeobecně dobře přístupné technice není v dnešní době problém. Nezbytnou část zasílaných informací tvoří parere zahrnující zejména údaje o případných alergiích, seznam podávané medikace a samozřejmě výpis údajů o základním onemocnění a přidružených chorobách.

Při přenosu dat prostřednictvím internetu je nezbytné mít na paměti ochranu těchto dat před zneužitím, jak to ukládá vyhláška č. 98/2012 Sb. (3), která vyžaduje zabezpečení výpočetní techniky softwarovými a hardwarovými prostředky před přístupem neoprávněných osob ke zdravotnické dokumentaci. Zde je třeba zdůraznit, že mailová korespondence slouží pouze k přenášení dat po trajektorii: lékař hospice – dermatologická ambulance – a zpět. K přenášení informací jsou používány běžné maily využívající služební adresy lékařů. Přístup do počítače je u obou komunikujících lékařů chráněn hesly. Z důvodu zajištění bezpečnosti a ochrany dat

si dermatolog údaje o nemocném zaslané přes mail přenesou do informačního systému zdravotnického zařízení a mail poté smaže. Stejně tak i lékař hospice si vytiskne lékařskou zprávu, kterou mu prostřednictvím mailu zaslal dermatolog, a mail opět z počítače odstraní. Nejde o neregistrovanou lékařskou péči – pacient se tímto způsobem stává ambulantním pacientem příslušného dermatovenerologa. V záležitosti informovaného souhlasu nemocného rovněž postupujeme zcela standardně dle platné legislativy.

Komunikace lékaře hospice s ambulancí dermatovenerologa se ukazuje být efektivním a užitečným prostředkem ke zvýšení úrovně poskytované péče. Lze připustit, že diagnostické posouzení kožní afekce pouze z monitoru počítače může mít omezenou validitu. Z tohoto důvodu je vhodná obezřetnost v případech, kdy by mohl být přehlédnut například svrab, jehož výskyt v zařízeních zdravotnických a v zařízeních

sociální péče nelze vyloučit. V opodstatněných případech může být dermatologické konzilium s přímou účastí dermatologa nezbytné.

Literatura

1. Neloska L, Damevska K, Kuzmanova A, et al. Dermatological diseases in palliative care patients: a prospective study of 271 patients. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017; 15(6): 621–627. doi: 10.1111/ddg.13236. Epub 2017 May 17.
2. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J.* 2010; 7(4): 214–35. doi: 10.1111/j.1742-481X.2010.00682.x. Epub 2010 May 28.
3. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Hospic na Svatém Kopečku
Sadové náměstí 24, 772 00 Olomouc-
Svatý Kopeček
drkala@centrum.cz



Predchádzajúce pranie a pranie nebyť resuscitovaný v právnom poriadku Slovenskej republiky

JUDr. Lucia Laciaková, PhD.¹, doc. JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD. et PhD.^{1,2}, MUDr. Norbert Moravanský, PhD.^{1,3}

¹forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz, s. r. o., Bratislava

²Katedra trestného práva a kriminológie, Právnická fakulta Trnavskej Univerzity, Trnava

³Ústav súdneho lekárstva Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Bratislava

Inštitút predchádzajúceho prania je veľmi rozšírený v právnych poriadkoch jednotlivých štátov v rámci Spojených štátov amerických. V Európe je predchádzajúce pranie právne záväzné vo Veľkej Británii, Nemecku, Rakúsku, Španielsku, Belgicku, Holandsku, Maďarsku a vo Fínsku. Francúzske právo síce obsahuje takýto právny inštitút, ale považuje ho za odporúčaný, nie záväzný. Dohovor o ochrane ľudských práv a biomedicíne platný aj v Slovenskej republike tento inštitút obsahuje, a preto je priamo aplikovateľný aj v Slovenskej republike, avšak podrobná vnútroštátna úprava chýba. Autori sa venujú dôsledkom tohto stavu a navrhujú spôsob jeho legislatívnej úpravy.

Kľúčové slová: Slovensko, legislatíva a právo, predchádzajúce prania, pranie nebyť resuscitovaný

Previously expressed wishes and do-not-resuscitate order in Slovak law

Institute of previously expressed wishes is widespread within the laws of the United States. On the other hand, in Europe, previously expressed wishes are legally binding in the United Kingdom, Germany, Austria, Spain, Belgium, the Netherlands, Hungary and Finland. Although French law as well contains legal institute of this kind, it is considered be as recommendation, not legally binding. The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine contains this legal institute and is therefore directly applicable in the Slovak Republic. Unfortunately, detailed national legal regulation is missing. The authors elaborate on consequences of this legal state and propose the codification of the do-not-resuscitate order and previously expressed wishes.

Key words: Slovakia, legislation & jurisprudence, advance directives, do-not-resuscitate orders

Úvod

Predchádzajúce pranie býva definované ako rozhodnutie o súhlase alebo odmietnutí zdravotnej starostlivosti pre prípad zmeny zdravotného stavu vo vzdialenej budúcnosti. Obvykle má písomnú formu a obsahuje prejav vôle pacienta *pro futuro*, týkajúci sa liečebných postupov (najmä použitie nazogastrickej sondy na zabezpečenie výživy, použitie ventilátora v prípade zlyhania pľúc), zdravotných výkonov a resuscitácie v prípade, ak nastala situácia predvídaná v prejave vôle. Tento prejav vôle sa uplatní iba u osôb, ktoré v dôsledku terminálnej choroby alebo bezvedomia nie sú schopné svoju vôľu v rozhodujúcej chvíli prejaviť¹.

Mnohé štáty akceptujú písomné prehlásenia obsahujúce prejav vôle, ktorým pacient odmieta určité formy poskytovania zdravotnej starostlivosti, a majú vo svojej legislatíve aj príslušnú právnu úpravu. Takéto prehlásenia sa spravidla označujú ako „Living will“, „Declaration of desire for natural death“, „Directive to physicians“,

„Advanced directive“. V nemecky hovoriacich krajinách je to „Patientenverfügung“. V podmienkach Slovenskej republiky sa používa označenie „testament pacienta“ či „závet pacienta“. Na účely tejto publikácie budeme používať termín „predchádzajúce pranie“.

Vnútrotná filozofia inštitútu predchádzajúceho prania zdôrazňuje pacientovu autonómiu a slobodu rozhodovať o sebe v život ohrozujúcej situácii, čím je v priamom protiklade s dlho zaužívaným paternalizmom v medicíne. Ak vedie k vzájomnému rešpektu a spoločnému rozhodovaniu pacienta a zdravotníckeho pracovníka, môže dokonca zlepšiť medicínske výsledky nielen aktívneho pacienta. Takíto aktívny pacient nesie vyššiu mieru zodpovednosti za vlastné zdravie. Spoločné rozhodovanie tiež motivuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, aby hodnotili výsledky medicínskych zásahov z pacientovho uhla pohľadu².

Inštitút predchádzajúceho prania je veľmi rozšírený v právnych poriadkoch jednotlivých

štátov v rámci Spojených štátov amerických. V Európe predchádzajúce pranie považujú za právne záväzné vo Veľkej Británii, Nemecku, Rakúsku, Španielsku, Belgicku, Holandsku, Maďarsku a vo Fínsku. Francúzske právo síce obsahuje takýto právny inštitút, ale považuje ho za odporúčaný, nie záväzný.

Právna úprava predchádzajúceho prania

Východiskom pre vnútroštátnu právnu úpravu je Dohovor o ochrane ľudských práv a biomedicíne³ (ďalej len „Dohovor“). Dohovor v čl. 9 explicitne stanovuje, že: „U pacienta, ktorý v čase zákroku nie je v takom stave, že môže vyjadriť svoje pranie, treba prihliadať na pranie, ktoré vyslovil s vykonaním zákroku skôr.“ Právo konštituované

3. Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny. Dohovor Rady Európy zo dňa 04. 04. 1997, podpísaný v Oviende. Národná rada Slovenskej republiky vyslovila súhlas s dohovorom svojím uznesením č. 734 z 2. októbra 1997 a prezident Slovenskej republiky ho ratifikoval 22. decembra 1997. Uverejnený v Zbierke zákonov pod číslom 40/2000. Dohovor nadobudol platnosť pre Slovenskú republiku 1. decembra 1999.

1. Garner BA, ed. *Black's Law Dictionary*. 8th ed. St. Paul, Thomson West; 2004: 953.

2. Kuhse H, Singer PA. *Companion to Bioethics*. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2009.

čl. 9 pritom nie je možné obmedziť. Dohovor tak rámcovo zavádza do vnútroštátnej právnej úpravy všetkých štátov, ktoré k nemu pristúpili, inštitút predchádzajúceho prania, ponechajúc na jednotlivé štáty rozpracovanie uvedeného inštitútu a zákonnú úpravu jednotlivých podmienok jeho realizácie. Predmetný dohovor je medzinárodnou zmluvou, ktorá má podľa čl. 7 ods. 5 zákona č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky (ďalej len „Ústava“) prednosť pred zákonmi.

Okamihom ratifikácie predmetného dohovoru Slovenská republika *de facto i de iure* zaviedla inštitút predchádzajúceho prania do svojho právneho poriadku. Faktom však ostáva, že zákonodarca ďalej tento inštitút za viac ako 17 rokov od ratifikácie dohovoru nerozpracoval. V súčasnosti chýba úprava podmienok, za ktorých by bolo možné predmetný inštitút v medicínskoprávných vzťahoch realizovať. Chýbajúca právna úprava v praxi spôsobuje, že hoci *de iure* je inštitút predchádzajúceho prania súčasťou právneho poriadku Slovenskej republiky, *de facto* je jeho akceptovanie na území Slovenskej republiky pre zdravotníckych pracovníkov rizikové a vyslovene problematické. Ak by zdravotnícky pracovník predchádzajúce pranie pacienta akceptoval, mohlo by to mať celý rad právnych následkov vrátane možnosti trestného stíhania za trestný čin neposkytnutia pomoci v zmysle § 177 ods. 2 zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon (ďalej len „Trestný zákon“), prípadne až za trestný čin úkladnej vraždy v zmysle § 144 Trestného zákona.

Na základe vyššie uvedených ustanovení Dohovoru možno na úrovni všeobecných úvah akceptovať prakticky akýkoľvek skorší písomný prejav vôle (pričom Dohovor nevyklučuje ani ústny, respektíve konkludentný prejav vôle), ktorým pacient *pro futuro* odmietne určité medicínske zákroky pre prípad život ohrozujúcej situácie. Takýmto prehlásením môže pacient doceliť nezačatie, odmietnutie alebo prerušenie medicínskych postupov, ktoré odďalujú jeho smrť, predovšetkým pri terminálnom ochorení. Dohovor v tomto kontexte jednoznačne otvára cestu k odmietnutiu zdravotnej starostlivosti (a teda pasívnej vyžadanej eutanázií) aj pre pacientov, ktorí už nemôžu pre svoj zdravotný stav prejavíť svoj odmietavý postoj k ďalšej liečbe, ak takéto odmietnutie medicínskych postupov urobili právoplatne v minulosti⁴.

Čl. 9 Dohovoru obsahuje formuláciu „...treba prihliadnúť na pranie...“ (v anglickej verzii „shall

be taken into account“) a nie, že pranie pacienta musí byť akceptované za každých okolností. Právna teória pozná tzv. modality normatívnosti – objektívne (príkaz, zákaz, dovolenie) a subjektívne (oprávnenie, povinnosť). Z uvedenej dikcie „shall be taken into account“, respektíve „treba prihliadnúť na pranie“ však nie je jasné, o akú modalitu ide v prípade predchádzajúceho prania. Súhlasíme s názorom Policara, ktorý tvrdí, že ide o príkaz, ktorý však vo svojich následkoch nemusí byť absolútny. Ak má ošetrojúci zdravotnícky pracovník prihliadať na určité, skôr vyslovené pranie pacienta, znamená to, že v čase, keď uskutočňuje svoje rozhodnutie, či u pacienta uskutočniť určitý medicínsky zákrok, či nie, musí prihliadnúť na pacientovo pranie⁶. To znamená, že síce môže v konečnom dôsledku toto pacientovo pranie nerešpektovať, ale len za podmienky, že preváži iná, dôležitejšia, z právneho hľadiska relevantná skutočnosť⁷. Tomuto záveru nasvedčuje aj dôvodová správa k Dohovoru⁸, ktorá uvádza, že tá skutočnosť, že predchádzajúce pranie sa má zohľadniť, neznamená, že by muselo byť splnené za každých okolností. Pokiaľ bolo pranie vyjadrené dávno pred potrebným medicínskym zákrokom a veda medzitým pokročila, môžu existovať relevantné dôvody, aby pranie pacienta zdravotníckymi pracovníkmi nerešpektovali.

V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s názorom, že ošetrojúci zdravotnícky pracovník sa môže na predchádzajúce pranie pacienta spoľahnúť iba vtedy, ak si je istý, že pacient by sa v konkrétnej situácii, ktorá nastala, rozhodol rovnako⁹. To je však *via facti* možné, len ak sú ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi známe názory pacienta. To je však ťažko predstaviteľné v situácii, keď sa ošetrojúci zdravotnícky pracovník od začiatku stará o pacienta v stave, keď nie je schopný vyjadriť názor na čokoľvek (napríklad pacient v kóme; pacient v bezvedomí, privezený

záchrankou po polytraume; pacient pod vplyvom silných sedatív a podobne).

Pranie nebyť resuscitovaný

V medicíne sa môžu vyskytnúť situácie, v ktorých treba pacienta kardiopulmonálne resuscitovať (ďalej len „KPR“). KPR je nevyhnutná u osôb so zástavou srdca. Je tiež významná a dôležitá u pacientov s potenciálne reverzibilnou diagnózou. K takým patria napríklad infarkt myokardu ako neočakávaná komplikácia zdravotného stavu. Treba si položiť otázku, či je profesionálnym, právnym a morálnym záväzkom zdravotníckeho pracovníka resuscitovať každého pacienta, ktorého zdravotný stav si to vyžaduje, a či je pritom povinný brať ohľad na pranie samotného pacienta. V tejto súvislosti treba brať do úvahy koncept terapeutického proporcionality a márnosť a zbytočnosť liečby¹⁰.

V zmysle vyššie uvedeného treba poukázať na to, že v podmienkach Slovenskej republiky nemáme vo vnútroštátnej právnej úprave legálne zakotvenú možnosť odmietnuť život zachraňujúci medicínsky zákrok (teda aj KPR) vopred, t. j. *ex ante*, pred tou situáciou, ktorá si tento zákrok vyžaduje. Nakoľko ide o výslovnú žiadosť pacienta, aby ošetrojúci zdravotnícky pracovník v určitej, život ohrozujúcej situácii opomenul konanie, na ktoré je inak povinný, teda neresuscitoval pacienta, je možné tento inštitút považovať jednak za inštitút odmietnutia informovaného súhlasu a súčasne aj za pasívnu vyžiadajú eutanáziu.

Náš právny poriadok pritom obsahuje faktický zákaz eutanázie a asistovanej samovraždy¹¹, čo možno odvodiť z § 80 ods. 1 písm. e) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „ZoPZS“). Podľa citovaného ustanovenia v spojení s bodom 5 časti Zdravotnícky pracovník Etického kódexu v prílohe č. 4 ZoPZS je zdravotnícky pracovník *inter alia* povinný „vykonávať svoje zdravotnícke povolanie odborne,

10. Grupo de Estudios de Etica Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Cardiopulmonary resuscitation and do not resuscitate orders [online]. *Rev Med Chil*. 2007 May; 135(5): 669–79. Epub July 9, 2007. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17657338>>.

11. K tomu pozri Etický kódex v prílohe č. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. v platnom znení, v ktorom je v časti Zdravotnícky pracovník a výkon jeho povolania v bode č. 5 uvedené: „Zdravotnícky pracovník u nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie. Eutanázia a asistované suicidium sú neprípustné.“

4. Čl. 26 Dohovoru.

5. Kováč P. Eutanázia a asistovaná samovražda z hľadiska trestného práva. *Via Practica*. 2005; 2(4): 216–220.

6. Identicky vysvetľuje väzbu „take something into account“ *LONGMAN Dictionary of Contemporary English, New Edition for Advanced Learners*. 5.vyd. Harlow: Pearson Education Limited; 2009: str. 11.

7. Policar R. Rok splnených prání aneb hledání optimálního legislativního řešení vnitrostátního provedení čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíne. In: Humeník I. *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho prania*. 1. vyd. Bratislava: Eurokodex; 2011: 31.

8. *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* [online]. Available from: <<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/164.htm>>.

9. Šustek P, Holčápek T. *Informovaný súhlas*. Praha: Aspi; 2007: 143.

v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s etickým kódexom.“ Považujeme za problém, že na jednej strane ZoPZS zakazuje eutanáziu, avšak na strane druhej ju nijakým spôsobom nedefinuje. To by teoreticky mohlo viesť k aplikačným problémom. Delenie eutanázie na aktívnu/pasívnu a vyžiadajú/nevyžiadajú v literatúre predstavuje pri výklade dostatočnú oporu pre názor, že pasívna vyžiadaná eutanázia nie je v rozpore s platným právom.

Nakoľko v prípade prania pacienta nebyť resuscitovaný v živote ohrozujúcom stave, ide *de facto* o prejav vôle do budúcnosti, systematicky sa uvedený inštitút subsumuje pod inštitút predchádzajúceho prania. Ako už bolo vyššie uvedené, Dohovor tento inštitút fakticky zaviedol do našej právnej úpravy, avšak absentujúca vnútroštátna legislatíva spôsobuje faktickú nepoužiteľnosť predchádzajúceho prania v každom dennej praxi.

Je otázne, ako by súd posudzoval prípad, v ktorom by ošetrojúci zdravotnícky pracovník resuscitoval pacienta aj napriek jeho výslovnému predchádzajúcemu praniu, konajúc tak v súlade s vnútroštátnou právnou úpravou¹² a, naopak, prípad, v ktorom by ošetrojúci zdravotnícky pracovník pacienta neresuscitoval v súlade s jeho výslovným predchádzajúcim práním, konajúc tak v súlade s medzinárodnou právnou úpravou¹³. Judikatúra v tejto oblasti chýba. Akékoľvek teoretické závery o rozhodovaní súdu sú preto možné len na úrovni domnienok. V každom prípade by však súd musel brať prioritne do úvahy Dohovor, nakoľko ten má prednosť pred vnútroštátnou právnou úpravou. Zastávame názor, že to platí dokonca aj v prípade, ak vnútroštátna právna úprava absentuje úplne.

Ak neexistuje právna úprava týkajúca sa formy, obsahu, časovej platnosti a ďalších podmienok uplatnenia predchádzajúceho prania, súd by mal v zásade pri rozhodovaní len dve možnosti. Súd by mohol v prvej alternatíve konštatovať nemožnosť reálneho výkonu inštitútu predchádzajúceho prania v podmienkach Slovenskej republiky pre chýbajúcu vnútroštátnu právnou úpravu. Takéto rozhodnutie by mohol súd argumentačne založiť na názore, že síce Dohovor

má priamu aplikovateľnosť, avšak bez existencie zákona, ktorý by bližšie upravoval formu, obsah a konkrétnejšie podmienky aplikácie inštitútu predchádzajúceho prania (ktorý Dohovor zavádza len rámcovo) za účelom jeho platnosti a právnej záväznosti, je jeho aplikácia v praxi reálne nemožná. Táto argumentácia súdu by nepopierala fakt, že Dohovor priamo zakladá práva a povinnosti jednotlivcov, avšak vychádzala by z premisy, že na to, aby jednotlivci mohli tieto práva a povinnosti priamo aplikovať, je nutná nadväzujúca vnútroštátna právna úprava, ktorá by podrobne upravovala formu, obsah a ostatné podmienky aplikácie týchto práv a povinností, inak by bezbrehá aplikácia týchto práv a povinností jednotlivcami viedla až k právnej anarchii, pri ktorej by každý ľubovoľne mohol požadovať výkon svojich práv a povinností založených Dohovorom podľa svojich predstáv, za akýchkoľvek podmienok, akoukoľvek formou, špeciálne subjekty nevynímajúc (napríklad osoby mladšie ako 18 rokov a osoby staršie ako 60 rokov). Súd by v súlade s prvým variantom staval svoju argumentáciu na závere, že vyššie uvedenú situáciu nie je v 21. storočí možné dopustiť len z toho dôvodu, že štát zanedbá svoju povinnosť tým, že medzinárodný dokument síce ratifikuje, no ďalej z neho vznikajúce práva a povinnosti jednotlivcov bližšou vnútroštátnou právnou úpravou neupraví. Sme¹⁴ toho názoru, že jednotlivci majú v takom prípade apelovať všetkými dostupnými právnymi prostriedkami na štát, aby konal a zabezpečil im tým aplikovateľnosť ich práv a povinností vyplývajúcich z Dohovoru vnútorne konzistentnou a nadväzujúcou vnútroštátnou právnou úpravou. Ak by sa súd priklonil k tomuto variantu, potom by súčasne nevyhnutne tvrdil, že zákonodarcu môže svojou aktivitou alebo naopak pasivitou fakticky ovplyvňovať možnosť uplatnenia subjektívneho práva jednotlivca vyplývajúceho z medzinárodnej zmluvy.

Druhou alternatívou by bolo, že súd by sa priklonil k záveru, že Dohovor priamo zakladá subjektívne právo na predchádzajúce pranie jednotlivcov, pričom absencia vnútroštátnej právnej úpravy týkajúcej sa formy, obsahu, časovej platnosti a ostatných podmienok jeho uplatnenia zo strany zákonodarcu nemôže byť dôvodom na odopieranie možnosti tento inštitút využiť. Ako by sa však súd argumentačne vysporiadal s možnou situáciou spoločenského právneho bezvedomia, pri ktorom by si každý uplatňoval svoje subjektívne právo vyplývajúce priamo z Dohovoru podľa svojej ľubovôle, je otázne.

V tomto kontexte uvádzame Odporúčanie Slovenskej spoločnosti anesteziológie a intenzívnej medicíny a Sekcie paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti Slovenskej lekárskej spoločnosti¹⁵ (ďalej len „Odporúčanie“), ktoré formuluje postup pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia. Toto odporúčanie sa vzťahuje predovšetkým na prípady terminálne chorých pacientov, konkrétne na:

- Pacientov v hlbokom bezvedomí s príznakmi ireverzibilného poškodenia centrálného nervového systému, pri ktorom nie je možné odôvodnene predpokladať prinavrátanie vedomia a obnovenie mozgových funkcií.
- Pacientov s multiorgánovým zlyhávaním, u ktorých nie je možné liečebne ovplyvniť vyvolávajúcu príčinu alebo patofyziologický dej, ktorý je jej následkom. Zdravotný stav pacienta sa trvale zhoršuje alebo prinajmenšom nezlepšuje aj napriek primeranej liečbe alebo nahradení funkcie orgánov¹⁶.

Toto odporúčanie je v kontexte nášho príspevku dôležité z viacerých aspektov, predovšetkým preto, že v čl. 4, v ktorom sú upravené základné východiská postupu pri rozhodovaní o zmene intenzívnej liečby na liečbu paliatívnu u terminálne chorých pacientov, sa v písm. d) uvádza nasledovné: „Akékoľvek rozhodovanie v priebehu poskytovanej zdravotnej starostlivosti musí byť v súlade s existujúcimi právnymi predpismi a musí byť založené na odbornom a kvalifikovanom posúdení zdravotného stavu pacienta, pri plnom rešpektovaní základných etických princípov medicíny, predovšetkým uznávania ľudského života ako najvyššej hodnoty, práva na sebaurčenie (autonómiu) chorých a zachovania ich ľudskej dôstojnosti. V súlade s čl. 9 Dohovoru treba prihliadať na predchádzajúce pranie pacienta, ak je známe a nespochybniteľné.“ Na základe doslovného výkladu čl. 4 predmetného Odporúčania môžeme dospieť k záveru, že v prípade existencie predchádzajúceho prania by sa podľa názoru Slovenskej spoločnosti anesteziológie a intenzívnej medicíny naň mal brať ohľad. *De facto* tak spoločnosť vyslovila názor, že ak pacient spíše predchádzajúce pranie s tým, že tam uvedie, že v prípade život ohrozujúceho stavu si neželá byť resuscitovaný (formu

12. V zmysle § 80 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov je zdravotnícky pracovník povinný poskytovať bez meškania prvú pomoc každej osobe, ak by bez takejto pomoci bol ohrozený jej život alebo bolo ohrozené jej zdravie, ak je to nevyhnutné zabezpečiť podľa potreby ďalšiu odbornú zdravotnú starostlivosť

13. Čl. 9 Dohovoru.

14. Minimálne jeden zo spoluautorov.

15. Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia. Verzia prijatá výborom Slovenskej spoločnosti anesteziológie a intenzívnej medicíny dňa 20. 05. 2014. *Anesteziológia a intenzívna medicína*. 2014; 3(1).

16. Ibidem.

ani iné právne náležitosti takého právneho úkonu (Odporúčanie neuvádza), ošetrojúci zdravotnícky pracovník má naň brať ohľad a v rozhodujúcej chvíli môže upustiť od realizácie resuscitácie. Na čom stavia Slovenská spoločnosť anesteziológie a intenzívnej medicíny svoj názor nevedno¹⁷, nakoľko odôvodnenie nie je súčasťou predmetného Odporúčania a rovnako nie je verejne dostupné ani z iných zdrojov. Možno uvažovať, že Odporúčanie vychádza z názoru, ktorý sme uviedli vyššie, teda že Dohovor priamo zakladá subjektívne právo pacienta na rešpektovanie jeho predchádzajúceho prania, ak z okolností nevyplýva niečo iné. Ak by sme prijali vyššie uvedený prvý spôsob výkladu, Odporúčanie by si zdanlivo odporovalo priamo vo svojom znení, keďže sa v ňom uvádza „Akékoľvek rozhodovanie v priebehu poskytovanej zdravotnej starostlivosti musí byť v súlade s existujúcimi právnymi predpismi...“ Kladieme dôraz predovšetkým na prídavné meno „existujúcimi“. Na čo sa však predmetný článok Odporúčania odvoláva, keď v prípade predchádzajúceho prania príslušné právne predpisy neexistujú, nie je známe. Rovnako ostáva otáznou, čo sa v danej formulácii chápe ako „známe“ a „nespochybniteľné“ predchádzajúce pranie. Definičný pojem „známe“ je totiž tak extenzívny a zmätočný, že nie je jasné, či stačí vedomie jednej osoby o predchádzajúcom praní pacienta, eventuálne, či je potrebné, aby to predchádzajúce pranie bolo zverejnené v nejakej databáze za účelom jeho známosti a podobne. Pojem „nespochybniteľné“ je za súčasných podmienok absencie relevantnej právnej úpravy taktiež veľmi nešťastne zvolený. Každé predchádzajúce pranie môže byť podľa okolností spochybniteľné *per se*, nakoľko bez existencie právnej úpravy, ktorá by jednoznačne stanovovala podmienky a náležitosti jeho realizácie za účelom jeho záväznosti, nie je jasne a nespochybniteľne definované, ako má predchádzajúce pranie vyzerat' a čo má obsahovať tak, aby bolo právne záväzné. Opierat' sa o čl. 2 ods. 3 Ústavy sa v rámci argumentácie o forme a obsahu predchádzajúceho prania priam ponúka, avšak v tak citlivej problematike akou predchádzajúce pranie bezpochyby je, sa môže v praktickom živote právna teória tvrdo zraziť s trestnoprávnou realitou. Uvedená skutočnosť má za následok to, že každé jedno predchádzajúce pranie možno v stave absencie vnútroštátnej úpravy potenciálne spochybnit', čo je fakticky v priamom rozpore s podmienkou stanovenou v Odporúčaní.

17. Minimálne podľa tých spoluautorov, ktorí nie sú spoluautorami Odporúčania.

Ako by však zdravotnícky pracovník, ktorý by konal v súlade s predmetným Odporúčaním v prípade právneho sporu, obhájil svoje konanie a aké argumenty by pri svojej obhajobe použil, vychádzajúc len z Odporúčania, ktoré nemá právnu silu a zároveň upravuje jednotlivé podmienky realizácie predchádzajúceho prania veľmi vágne a miestami nejasne, ostáva otáznou.

Ďalším dokumentom, ktorý upravuje danú problematiku, je Charta práv pacienta¹⁸ (ďalej len „Charta“), ktorá však tiež nie je právne záväzným dokumentom, nakoľko bola prijatá iba ako uznesenie vlády a nikdy nebola publikovaná v Zbierke zákonov. Charta v čl. 8 uvádza: „Pacient má právo v nevyliciteľnom štádiu ochorenia na takú úľavu a zmiernenie bolesti, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich, na dôstojné umieranie a na dôsledné rešpektovanie písomnej žiadosti nebyť resuscitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov...“ Uvedený dokument tak posúva akceptovanie predchádzajúceho prania do roviny práva pacienta, pričom explicitne vyžaduje jeho písomnú formu. Konštrukcia obsiahnutá v Charte je však tiež len výsostne teoretická a na mimoprávnej úrovni, t. j. jej znenie nevyvoláva žiadne právne účinky a neospravedlňuje zdravotníckych pracovníkov z protiprávneho konania, v prípade, že by sa ňou riadili.

Z vyššie uvedeného vyplýva nebezpečenstvo absencie vnútroštátnej právnej úpravy inštitútu predchádzajúceho prania, ktoré vytvára nerovnovážny stav, v ktorom si každá medicínska spoločnosť prijíma svoje vnútorné právne dokumenty s vysvetlením postupu, ktorý je podľa nich správny. Nakoľko sa zdravotnícki pracovníci, ktorí nemajú právne vzdelanie, neorientujú dostatočne v spleti medzinárodných a národných právnych dokumentov upravujúcich predmetný inštitút, je absolútne pochopiteľné, že nekriticky prijímajú závery príslušnej medicínskej spoločnosti, ktorá ich zastrešuje. Nebezpečenstvo tohto postupu však spočíva v tom, že jednotliví zdravotnícki pracovníci si nevedomujú, že odporúčanie či akýkoľvek iný dokument medicínskej spoločnosti nemá potrebnú právnu silu, t. j. nie je prameňom práva. Preto argumentácia, že konali v súlade s takýmto dokumentom pred súdom neobstojí. Ich postup, t. j. rešpektovanie predchádzajúceho prania pacienta by mohlo byť za istých okolností považované za protiprávne s celým radom právnych následkov vrátane trestného stíhania za trestný čin neposkytnutia pomoci v zmysle § 177 ods. 2

18. Prijatá uznesením vlády SR č. 326, dňa 11. apríla 2001.

Trestného zákona¹⁹, prípadne až za trestný čin úkladnej vraždy v zmysle § 144 Trestného zákona. Zákon, ktorý by reflektoval Dohovor a s ním súvisiaci medicínskoprávny inštitút predchádzajúceho prania, dosiaľ neexistuje.

Sme toho názoru, že kým nebude existovať jednotná vnútroštátna právna úprava na úrovni zákona, ktorá by predmetný medicínskoprávny inštitút upravovala, sú zdravotnícki pracovníci vystavení obrovskému riziku, že budú *bona fidei* konať podľa odporúčaných postupov obsiahnutých v dokumentoch, ktoré nemajú právnu silu a mnohokrát nesprávne interpretujú platné právo. Uvedenú diskrepanciu dokáže odstrániť jedine jasná a zrozumiteľná právna úprava.

Návrhy de lege ferenda

Praktických dopadov absencie vnútroštátnej právnej úpravy inštitútu predchádzajúceho prania nájdeme v praxi niekoľko. Vzhľadom na vážnu hrozbu trestnoprávneho postihu, ako aj etické zásady lekárskeho povolania niet divu, že sa zdravotnícki pracovníci stavajú k uvedenému inštitútu negatívne. Na druhej strane však narastá záujem pacientov o rešpektovanie ich prejavenej vôle zdravotníkmi pracovníkmi, práve z toho dôvodu, že sa domnievajú, že na to majú právo a že inštitút predchádzajúceho prania je na Slovensku možný a bez akýchkoľvek problémov aplikovateľný. Jednoznačná odpoveď na to, ako by súd posudzoval takýto prípad balansovania na hrane, na jednej strane medzi právom pacienta nebyť liečený, ktoré by bolo zabezpečené *pro futuro* jeho písomným prehlásením, a na strane druhej medzi povinnosťou lekára liečiť, neexistuje. Každý prípad by sa posudzoval individuálne, berúc do úvahy dve varianty možného výkladu platného práva, a citlivo najmä preto, že hranice vyššie uvedeného individuálneho práva pacienta a povinnosti zdravotníckeho pracovníka dosiaľ jednoznačne vymedzené neboli. Každý súd pritom pri rozhodovaní prípadu musí brať do úvahy aj jeho precedenčný charakter pre budúce prípady.

Ako sme už vyššie uviedli, súčasný stav absencie právnej úpravy predchádzajúceho prania považujeme za extrémne nebezpečný, najmä z pohľadu zdravotníckych pracovníkov. Tí sú čoraz častejšie vystavovaní situáciám, že od nich pacienti požadujú rešpektovanie ich predchádzajúceho prania. Pacienti, ktorí považujú to,

19. V zmysle § 177 ods. 2 Trestného zákona kto osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí príznaky ťažkej ujmy na zdraví, neposkytne potrebnú pomoc, hoci je podľa povahy svojho zamestnania povinný takú pomoc poskytnúť, potrestá sa odňatím slobody na šesť mesiacov až tri roky.

že nebolo rešpektované ich predchádzajúce prianie za krivdu na ich osobe, môžu iniciovať proti príslušnému zdravotníckemu pracovníkovi súdne konanie z titulu porušenia svojich osobnostných práv a požadovať od zdravotníckeho pracovníka nemajetkovú ujmu v občianskoprávnom konaní. Vzhľadom na článok 23 a 24 Dohovoru nie je možné vylúčiť ani ich prípadný úspech v takomto konaní. Zdravotnícki pracovníci sa tak dostávajú do bezvýchodiskovej situácie, v ktorej im hrozí na jednej strane občianskoprávny spor za nerešpektovanie predchádzajúceho priania pacienta, a na strane druhej trestnoprávne konanie za rešpektovanie predchádzajúceho priania pacienta.

To, či v rámci Slovenskej republiky máme akceptovať predchádzajúce prianie pacienta alebo nie, spôsobuje nezhody aj v právnickej obci. Mnohé články, ktoré sa venujú téme predchádzajúceho priania v bežne dostupných populárnych časopisoch obsahujú vyjadrenia právnikov, ktorí jednoznačne tvrdia, že je možné na Slovensku uskutočniť predchádzajúce prianie vrátane priania nebyť resuscitovaný a zdravotnícki pracovníci naň musia brať ohľad. Dokonca niektorí zašli tak ďaleko, že spísali podmienky, ktoré musia byť naplnené, aby predchádzajúce prianie mohlo byť právnym titulom²⁰. Rovnako sa v každodennej praxi stretávame s právnikmi, ktorí na právnických fórach prezentujú názor, že predchádzajúce prianie je na Slovensku absolútne platné a záväzný právny inštitút. Argument, že Dohovor inštitút predchádzajúceho priania na základe priamej aplikovateľnosti medzinárodnej právnej úpravy zavádza aj do nášho právneho poriadku je absolútne legitímny (avšak tvrdiť vyššie uvedené skutočnosti s jednoznačnou istotou len na základe jedného argumentu, bez bližšej analýzy ďalších právnych súvislostí je v rozpore so všeobecnými výkladovými pravidlami práva a v konečnom dôsledku aj značne arogantné a zavádzajúce). Dohovor *de facto* inštitút predchádzajúceho priania skutočne zavádza (pri tomto argumente začína a končí všetka argumentácia osôb, ktoré tvrdia, že uvedený inštitút na Slovensku je platný a záväzný), avšak iba rámcovo a bez bližšej vnútroštátnej úpravy jeho formy, obsahu či podmienok uplatnenia je možnosť jeho reálnej aplikácie v bežnej praxi veľmi problematická. Dostávame sa tak do roviny dohadov, ako by také predchádzajúce prianie malo v praxi vyzeráť, aby sme ho mohli vo všeobecnosti považovať za

platné a záväzné (čo si však väčšina osôb, ktoré tvrdia, že uvedený inštitút je na Slovensku platný a záväzný, už neuvedomí, respektíve to ignoruje). Ďalšou skutočnosťou je to, že tie dohady sa môžu diametrálne líšiť od osoby k osobe. Okrem toho považujeme v tejto súvislosti za nevyhnutné poukázať na ten fakt, že jedine zákon môže stanoviť, čo sa bude považovať za právne záväzné a čo nie. Uvedené tvrdenia tak považujeme za nesprávne a obzvlášť zavádzajúce. Ako sme už podrobne uviedli, inštitút predchádzajúceho priania nemáme bližšie vo vnútroštátnej právnej úprave zakotvený a vykladať si podmienky týkajúce sa jeho formy, obsahu a ostatných náležitostí podľa individuálnych predstáv jednotlivcov považujeme za skutočne nebezpečné pre celú spoločnosť. Tejto možnosti sme sa ako jednotlivci zbavili okamihom vzniku parlamentnej demokracie, keď právomoc upravovať určité spoločenské konanie za spoločensky akceptované a záväzné prešlo do rúk zákonodarného orgánu, Národnej rady Slovenskej republiky. Jedine ona rozhoduje o tom, čo bude uverejnené v Zbierke zákonov ako záväzné a právne vynútiteľné konanie. A to sa vzťahuje aj na inštitút predchádzajúceho priania. Na to, aby sme mohli hovoriť o ňom ako o nepochybniteľnom a právne záväznom inštitúte, je potrebné jeho formu, obsah a ostatné náležitosti upraviť v zákone.

Sme toho názoru, že inštitút predchádzajúceho priania by mal byť aplikovateľný aj v rámci Slovenskej republiky, avšak z hľadiska právnej istoty treba, aby zákonodarca prijal potrebnú legislatívu, ktorá by explicitne upravovala formu, obsah a ostatné náležitosti tohto inštitútu, čím by sa zabezpečila jeho platnosť a záväznosť v rámci Slovenskej republiky. Konštatujeme, že podrobná právna úprava by sa mala týkať predovšetkým nasledovných bodov:

- **Forma predchádzajúceho priania**, t. j. zákon by mal jednoznačne stanoviť, či sa za každých podmienok obligatórne vyžaduje písomná forma predchádzajúceho priania (vzhľadom na možné právne následky sme toho názoru, že je potrebné uprednostniť písomnú formu predchádzajúceho priania, hoci za istých podmienok by bolo možné akceptovať aj ústnu formu so spísaním jeho obsahu do zdravotnej dokumentácie). Pripustenie konkludentnej formy sa nám javí z pohľadu možného právneho sporu ako nanajvýš problematické. Rovnako je v tejto súvislosti potrebné poukázať na to, že zákon by mal jednoznačne určiť, či sa za právoplatný prejav predchádzajúceho priania môže považovať aj iné písomné

prehlásenie priania pacienta ako písomný dokument (napríklad náramok s nápisom „neprajem si byť resuscitovaný“, tetovanie s obdobným nápisom a pod.).

- **Okruh spôsobilých subjektov, ktoré môžu predchádzajúce prianie uskutočniť**, pričom pozornosť treba venovať problematickým okruhom osôb, t. j. mladším ako 18 rokov, starším ako 60 rokov a podobne.
- **Zdravotné výkony, na ktoré sa predchádzajúce prianie vzťahuje**.
- **Obsah poučenia, ktoré musí byť osobe, ktorá predchádzajúce prianie uskutočňuje, poskytnuté**. S tým súvisí určenie osoby, ktorá je povinná toto poučenie poskytnúť.
- **Spôsob osvedčenia predchádzajúceho priania ako právneho úkonu**, t. j. úradne overený dokument, bez úradného overenia s podpisom svedkov, uverejnený vo verejnej databáze a podobne.
- **Okruh svedkov, ktorí môžu predchádzajúce prianie ako právny úkon potvrdiť**, ich počet, ako aj okruh osôb, ktoré nemôžu vystupovať v pozícii svedkov, pretože by to bolo kontraproduktívne s účelom predchádzajúceho priania a spôsobilo by to *ex lege* jeho neplatnosť (napríklad ošetrojúci zdravotnícky pracovník, riaditeľ právnickej osoby, v ktorej sa zdravotná starostlivosť pacientovi poskytuje a podobne).
- **Podmienky, za akých je ošetrojúci zdravotnícky pracovník povinný rešpektovať predchádzajúce prianie a in contrario podmienky, za akých udelené predchádzajúce prianie nesmie rešpektovať**.
- **Lehotu platnosti predchádzajúceho priania**, t. j. či platí neobmedzene od dátumu podpisu pacienta, alebo či platí len určité časové obdobie, po ktorom sa musí znovu obnoviť.
- **Dôkladnú dokumentáciu predchádzajúceho priania vzhľadom na dlhšie časové obdobie medzi prejavom vôle pacienta a časom jej možnej realizácie**.
- **Možnosť odvolania a zmeny predchádzajúceho priania pacientom bez časového obmedzenia**.
- **Jednoznačné zadefinovanie podmienok platnosti a účinnosti predchádzajúceho priania u pacientov, ktorí v čase medzi prejavom vôle a konkrétnym medicínskym zákrokom boli pozbavení právnej spôsobilosti, respektíve im bola táto obmedzená. Rovnako je potrebné mať na zreteli pacientov, ktorí stratili schopnosť chápať, usudzovať alebo vyjadrovať sa²¹**.

20. Daničová V. *Koniec na želanie: Dispozícia pacienta nie je eutanáziou* [online]. 2015. Available from: <<http://www.pluska.sk/izdravie/liecba/koniec-zelanie-dispozicia-pacienta-nie-je-eutanaziou.html>>.

21. Polícar R. Rok splnených prání aneb hledání optimálního legislativního řešení vnitrostátního provedení čl. 9 Úmluvy

■ *Konkrétnosť predchádzajúceho prania*, t. j. z predchádzajúceho prania musí byť zrejmé, či pacient v prípade život ohrozujúceho stavu odmieta akékoľvek medicínske výkony a postupy, medzi ktoré radíme aj podávanie analgetík, podávanie antibiotík, hydratáciu, výživu, no omnoho podstatnejšie, kardiopulmonálnu resuscitáciu a použitie ventilátorov alebo len niektoré z nich.

Rovnako ako v iných občianskoprávných vzťahoch aj v prípade vzťahov vznikajúcich z poskytovania zdravotnej starostlivosti nie je možné očakávať, že zákon pripraví podrobný manuál riešenia všetkých potenciálnych problémov. Odporúčanie riešenia takýchto situácií závisí od toho, koho postavenie sa má primárne chrániť. Ak postavíme rešpektovanie vôle pacienta nad povinnosť zdravotníckeho pracovníka liečiť, bude mať potenciálna právna úprava inštitútu predchádzajúceho prania diametrálne odlišný charakter, ako keď na prvé miesto postavíme ochranu zdravotníckych pracovníkov pred prípadnými žalobami zo strany pacientov.

o lidských právech a biomedicíne. In: Humeník I. *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho prania*. 1. vyd. Bratislava: Eurokodex; 2011: 31.

Záver

Inštitút predchádzajúceho prania je rozhodujúcim medicínskoprávnym inštitútom, prostredníctvom ktorého môžu pacienti realizovať svoje právo na sebaurčenie. Sme svedkami čoraz intenzívnejšej premeny paternalistického vzťahu medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom na partnerský, v ktorom je pacientovi priznané právo rozhodovať o svojom zdravotnom stave (inštitút informovaného súhlasu, negatívneho reverzu a podobne). Tomuto právu pacienta zodpovedá povinnosť zdravotníckeho pracovníka rešpektovať jeho rozhodnutie týkajúce sa jeho zdravotného stavu a v súlade s ním určité konanie, t. j. potrebné medicínske výkony a postupy uskutočniť alebo ich naopak opomenúť. Sme jednoznačne toho názoru, že táto problematika musí byť nevyhnutne upravená na úrovni vnútroštátnej legislatívy s cieľom zmeny etického, ale predovšetkým morálneho prístupu zdravotníckych pracovníkov, ako aj širokej verejnosti k inštitútu predchádzajúceho prania a k jeho vnútornej filozofii. V súčasnosti absencia vnútroštátnej legislatívy spôsobuje celý rad problémov, ktoré sme bližšie opísali v našom príspevku. Na záver dodávame, že jediným mož-

ným riešením danej situácie je dokonalá právna úprava inštitútu predchádzajúceho prania na úrovni zákona, ktorá by definitívne stanovila všeobecné náležitosti týkajúce sa formy, obsahu a podmienok uplatňovania predchádzajúceho prania tak, aby bolo *ex lege* záväzné a platné.

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-16-0106.

This work was supported by Slovak Research and Development Agency under the Contract No. APVV-16-0106.

Článok je prevzatý z:
Via pract., 2017, 14(4): 208–213

JUDr. Lucia Laciaková, PhD.

Doc. JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD. et PhD.

forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz, s. r. o.

B. Němcovej 8, 811 04 Bratislava

laciakova@forensic.sk

kovac@forensic.sk

Jak zajistit pacientům v hospici stomatologickou péči?

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.^{1,2}, MUDr. Vítězslav Zbořil, Ph.D.³, JUDr. Jan Mach⁴

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín

²Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

³Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie, Fakultní nemocnice v Olomouci, Olomouc

⁴Právní kancelář, Česká lékařská komora, Praha

Nemocní, kterým je poskytována paliativní hospicová péče, trpí nezřídka bolestivými stavy způsobenými odontogenními příčinami. Převoz pacientů, kteří se nacházejí v těžkém klinickém stavu, je příliš zatěžující, ale zajištění osobní návštěvy stomatologa u lůžka může být obtížné. Cílem autorů je poukázat na možnosti zajištění akutní stomatologické péče pacientům v hospici, kteří mají špatnou životní prognózu. Diskutovány jsou rovněž souvislosti spojené s platnou legislativou.

Klíčová slova: stomatologická péče, paliativní péče, hospic

How to ensure dental care for hospice patients?

In patients in palliative hospice care suffering by serious diseases acute dental care can be needed. Transportation of the patient to dental clinic is very stressful for bad clinical patient state but to ensure acute dental care in hospice can be difficult. Author's aim is to give a report on some possibilities to ensure dental care for hospice patients. To provide acute dental care immediately in hospice is quite legal and optimal solution.

Key words: dental care, palliative care, hospice

Úvod

Paliativní stomatologickou péči pravděpodobně poprvé definoval Wiseman (1, 2). Definuje ji jako péči o nemocné trpící onemocněním v dutině ústní, které je způsobeno buď pokročilým závažným onemocněním, anebo nežádoucím efektem prováděné léčby. Za cíl pokládá zvýšení kvality života. Tentýž autor upozorňuje na skutečnost, že paliativní týmy často péči o dutinu ústní podceňují navzdory skutečnosti, že mnozí nemocní trpí xerostomií, kandidózou, mukozitidou a narušením správné funkce chrupu. Cílem našeho sdělení je zaměřit se na skupinu pacientů, kteří prožívají své poslední životní období v lůžkovém zařízení paliativní hospicové péče a jsou konfrontováni s akutními bolestmi způsobenými odontogenními příčinami. Některé bolestivé stavy, jako například pulpitida či periodontitida vyžadují vzhledem k intenzivním algickým stavům co nejčasnější ošetření. Zkušenost ukazuje, že intenzita bolesti často převyšuje svou intenzitou bolest vyvolanou generalizovaným onkologickým onemocněním a že ani opioidy nepřinášejí potřebnou úlevu. Zajištění stomatologické péče u lůžka nemocného může být dle regionálních poměrů velmi obtížné či téměř nemožné. Komplikované převozy nemocných na odborné pracoviště je pro pacienty stresující.

Řada stomatologických pracovišť nepočítá s ošetřováním imobilních nemocných a je pak nezbytné překonávat četné architektonické bariéry způsobené inkapacitním výtahem či jeho úplnou absencí. V převážné většině případů nelze imobilní nemocné přemístit z lehátka do stomatologického křesla. Pro naléhavost, kterou prudká zubní bolest způsobuje, je však imperativem nalézt vhodné řešení, což nemusí být zdaleka snadné.

Možné způsoby zajištění stomatologické péče

1. Pokud byl pacient v péči stomatologické ambulance, kde je i nadále registrován, pak je vhodné, aby ošetřující lékař hospice kontaktoval jeho stomatologa a popsal mu celkový klinický stav a charakter aktuálních obtíží. Pozornost je třeba věnovat možnostem mobility pacienta či případně jeho plné imobilitě. Na základě domluvy lze často nalézt u stomatologa, který nemocného zná z dřívějších dob, dostatečnou empatii a pochopení a poté lze zpravidla pacienta odeslat do příslušné zubní ambulance. Dopředu je třeba zvážit všechny okolnosti manipulace s nemocným ležícím na lehátku. Při nepřekonatelných architektonických bariérách může být za některých podmínek ošetření provedeno v sanitním voze

(například extrakce viklavého zubu) anebo na lehátku v ambulanci, aniž by byl nemocný přemísťován na stomatologické křeslo. Vždy se vyplatí informovat předem rodinu nemocného, která zajistí nemocnému doprovod. Rovněž lze doporučit zajištění doprovodu zdravotnickým pracovníkem hospice.

2. Další možností je odeslání nemocného na stomatologické pracoviště zajišťující akutní zubní péči v příslušném regionu. Telefonické předjednání s popsáním celkového stavu pacienta je nezbytné. Opět je vždy nutné pečlivě zvážit veškeré architektonické překážky kladené manipulaci s imobilním nemocným. Určitou potíží může být neochota stomatologa vykonat ošetření za nestandardních podmínek, tedy například provést vyšetření v sanitním voze či ošetření nemocného na lehátku.
3. Optimální možností je vyšetření a případně i ošetření nemocného přímo na lůžku v hospicovém zařízení. Praktické zajištění této péče nebývá snadné. Ošetření na lůžku může být limitováno z hlediska ne zcela dostatečného technického vybavení, ale častým výkonem bývá právě extrakce postiženého zubu s výraznou úlevou po provedeném výkonu.

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e57–e58

Riziko komplikací

Nemocní hospitalizovaní v hospici v terminální fázi nezléčitelného onkologického onemocnění jsou v závěru života vystaveni obecně nejvyšším rizikům a stomatologické ošetření je tudíž zatíženo větší frekvencí komplikací, než by tomu bylo u běžných stomatologických pacientů v celkově dobré zdravotní kondici. Vzhledem k celkovému oslabení nemocného je vyšší riziko aspirace obsahu dutiny ústní včetně slin a zcela nedostatečné odkašlávání. Vyšší je i riziko komplikací krvácivých a vždy je třeba pamatovat, že mnohým těmto nemocným jsou podávány léky zvyšující krvácivost.

Právní hledisko

Dle Zákona č. 372/2011 Sb. (Hlava II, § 11, odstavec 5) *zdravotní služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb; to neplatí v případě zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí*. Dále dle téhož paragrafu odstavce 6 *zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno* (3).

Je otázkou, zda lze prostředí lůžkového hospice z tohoto pohledu pokládat za vlastní sociální prostředí. Na druhé straně lze šetření za účelem získání příspěvku na péči provést v místě bydliště pacienta a také v lůžkovém hospici, pokud je hospic registrován nejen jako zdravotnické zařízení, ale rovněž jako zařízení poskytující sociální péči. Šetření však nelze provést v jiném lůžkovém zdravotnickém zařízení, a to ani v léčebně dlouhodobě nemocných.

Platná legislativa však určité schůdné řešení přece jen nabízí. Podle § 5 odstavce 1 písmene a) výše uvedeného zákona č. 372/2011 Sb. o zdra-

votních službách se za neodkladnou péči považuje rovněž péče, *jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí*. Stav, kdy je pacientovi způsobena náhlá nebo intenzivní bolest vyžaduje tedy, podle zákona, neodkladnou zdravotní péči.

Kromě toho podle Listiny základních práv a svobod (článek 31, věta první), má každý právo na ochranu zdraví. Tedy i pacient v hospici má právo na poskytnutí zdravotních služeb, zejména pak neodkladné péče k odvrácení náhlé nebo intenzivní bolesti, kterou silná bolest chrupu nepochybně je.

Stomatologickou péčí pro pacienty v hospici je povinna zajistit příslušná zdravotní pojišťovna toho kterého pojištěnce. Pokud jde o vybavení stomatologa při poskytování této péče, pak je třeba vycházet z teleologického, nikoli z doslovného gramatického výkladu právních předpisů, jak vícekrát zdůraznil Ústavní soud České republiky. Stomatolog poskytující neodkladnou péči pacientovi v hospici, která by zpravidla měla spočívat v extrakci zubu, by tedy měl být povinně vybaven tak, aby zvládl příslušný zdravotní výkon, nikoli tak, jak musí být vybavena běžná ordinace stomatologa.

Je-li tedy ze zdravotního hlediska vyloučena doprava imobilního pacienta do stomatologické ordinace, rozhodně má pacient hospice právo na to, aby mu neodkladná stomatologická péče byla poskytnuta přímo ve zdravotnickém zařízení – hospici. Zajistit tuto péči kvalifikovaným poskytovatelem zdravotních služeb v oboru stomatologie je povinna zdravotní pojišťovna příslušného pojištěnce – pacienta hospice.

Závěr

Akutní bolestivé onemocnění v důsledku odontogenního postižení se nevyhýbá ani nemocným, kteří jsou v důsledku pokročilého onemocnění v péči zařízení poskytujícího paliativní lůžkovou péči. V dostupné literatuře je problematika řešení akutní a velmi intenzivní odontogenní bolesti u těchto nemocných opomíjena (4, 5). Zcela také chybí návrh praktického řešení těchto situací. Zajištění převozu zpravidla již imobilního nemocného do zubní ordinace a provedení odpovídajícího vyšetření a případně ošetření chrupu nebývá v praxi zcela snadné a pro nemocného je neúměrně zatěžující. Optimálním řešením z hlediska nemocného může být v některých případech ošetření v hospici, což platná legislativa umožňuje. Uvedenou stomatologickou péčí pro pacienty v hospici je povinna zajistit příslušná zdravotní pojišťovna.

Literatura

1. Wiseman M. Palliative care dentistry. *Gerodontology*. 2000; 17: 49–51.
2. Wiseman M. Palliative care dentistry: focusing on quality of life. *Compend Contin Educ Dent*. 2017; 38(8): 529–534.
3. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
4. Wiseman M. The treatment of oral problems in the palliative patient. *J Can Dent Assoc*. 2006; 72(5): 453–458.
5. Saini R, Marawar PP, Shete S, et al. Dental expression and role in palliative treatment. *Indian J Palliat Care*. 2009; 15(1): 26–29.

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Hospic na Svatém Kopečku
Sadové náměstí 24, 772 00 Olomouc-
Svatý Kopeček
drkala@centrum.cz



Fyzioterapia v paliatívnej starostlivosti

PhDr. Lucia Kendrová, PhDr. Wioletta Mikuláková, PhD., PhDr. Mgr. Petra Homzová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie

Paliatívna starostlivosť sa poskytuje človeku, ktorý trpí nevyliciteľnou chorobou v pokročilom alebo terminálnom štádiu. Jej cieľom je zmierňovať bolesť, dýchavičnosť a ďalšie telesné aj duševné útrapy, zachovávať pacientovu dôstojnosť, poskytnúť podporu jeho blízkym a udržať najvyššiu možnú kvalitu života pacienta až do jeho smrti. Paliatívna starostlivosť teda zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekármi (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, duchovnú podporu a ďalšie. Cieľom tohto článku bolo priniesť pohľad na paliatívnu starostlivosť z pozície fyzioterapeuta. Opisované štúdie hovoria o nutnosti participácie fyzioterapeuta v tíme paliatívnej starostlivosti. Najčastejšími fyzioterapeutickými metódami sú pohybová liečba, elektroliečba na tlmenie bolesti a respiračná fyzioterapia.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, fyzioterapia, bolesť

Physiotherapy in palliative care

Palliative care is provided to a person who is suffering from an advanced or terminal illness. Its goal is to alleviate pain, shortness of breath and other physical and mental hardships, maintain patient dignity, provide support to loved ones and maintain the highest possible quality of life for the patient until his death. Palliative care includes medical care provided by a doctor (diagnosis and treatment), nursing care, rehabilitation, psychological care, spiritual support, and more. The aim of this article was to gain insight into palliative care from the point of view of a physiotherapist. Described studies indicate the need for a physiotherapist to participate in palliative care. The most common physiotherapeutic methods are motion therapy, electrotherapy for pain relief and respiratory physiotherapy.

Key words: palliative care, physiotherapy, pain

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e59–e61

Úvod

Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronicky nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti. Je to prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje, neodkladne diagnostikuje, lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie (1).

Podľa Fabuša a Kulichovej (2) sa paliatívna starostlivosť definuje v dvoch dimenziách:

1. Kontinuálna paliatívna starostlivosť sa poskytuje po stanovení diagnózy nevyliciteľnej choroby v období, v ktorom zlyháva tzv. kauzálna, respektíve kuratívna liečba choroby. Jej cieľom je kontrola obťažujúcich symptómov choroby a predĺženie života pacienta s dosiahnutím jeho primeranej kvality (operáciou, podpornou ventiláciou, kyslíkovou liečbou, krvnými derivátmi, chemoterapiou, rádioterapiou a pod.). Kontinuálna paliatívna starostlivosť rešpektuje pranie chorého, ak sa dožaduje pokračovania v kauzálnnej liečbe choroby (i napriek jej neúspešnosti). Rešpektuje biologický strach zo smrti v čase, keď v chorobe už nie je možná záchrana života, ale chorý si až do posledných chvíľ zachováva túto nádej.

2. Hospicová starostlivosť začína vtedy, keď už nemožno dúfať v predĺžovanie života. Sústreďuje sa na kontrolu symptómov a zlepšenie kvality zostávajúceho života. Je charakterizovaná tímovým interdisciplinárnym prístupom so zabezpečením primerane možného komfortu, symptomatickou kontrolou, celkovou rehabilitáciou, dobrou komunikáciou, psychologickou podporou a radami pre rodinu. Poskytuje kvalifikovanú starostlivosť umierajúcemu a jeho pozostalým.

Podľa Marcanta a Rapina (3) je fyzioterapia v paliatívnej starostlivosti zameraná na poskytovanie maximálneho pohodlia pre pacienta pri zachovaní najvyššej možnej úrovni fyzickej funkcie tvárou v tvár progresii ochorenia. Fyzioterapeut musí byť opatrný pri podávaní procedúr u pacientov na konci ich života. Integrácia v tíme paliatívnej starostlivosti si vyžaduje hlbokú komunikáciu s pacientom, čo vedie k priamej reakcii na potreby pacienta. V ich štúdiu uvádzajú, že 44 pacientov trpiacich rakovinou absolvovalo respiračnú fyzioterapiu do posledných 24 hodín života.

Fyzioterapia v paliatívnej starostlivosti

Súčasťou liečebného procesu v hospicovom zariadení je fyzioterapia, ktorá má dve zložky: lôžkovú a ambulantnú. Fyzioterapia je dôležitou súčasťou komplexnej paliatívnej starostlivosti

o ťažko chorého človeka s cieľom udržať najlepšiu kvalitu života až do okamihu smrti, teda nejde o predĺžovanie života. Cvičenia prilákali zvýšený záujem o rehabilitáciu onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. Udržaniu a obnoveniu fyzickej funkcie pacientov s nevyliciteľným alebo nádorovým ochorením bolo venované pomerne málo pozornosti, čo sa týka paliatívnej starostlivosti (4). Cohen a Leis (5) zistili, že fyzické činnosti a fyzický stav patrili medzi najvýznamnejšie determinanty kvality života pacientov. U väčšiny pacientov v paliatívnej starostlivosti sa vyskytujú symptómy, ako je únava, bolesť, dýchavičnosť a nevoľnosť, ktoré prispievajú k zníženej fyzickej aktivite alebo nečinnosti a tým aj k zníženiu fyzickej funkcie. Pacientom s nádorovým ochorením sú pre veľké bolesti podávané opioidy. Dôjde k výraznému zníženiu bolesti, avšak nie k zlepšeniu fyzickej, sociálnej alebo emocionálnej oblasti. Tieto zistenia si vyžadujú systematický prístup, ako motivovať pacientov na zlepšení fyzickej výkonnosti (6).

Kumar a Jim (7) opisujú úlohu fyzioterapeuta v tíme paliatívnej starostlivosti. Využívajú sa aktívno-asistované cvičenia a pasívne cvičenia vo všetkých fyziologických smeroch. V rámci metodík je možné využiť proprioceptívnu neuromuskulárnu facilitáciu (PNF), dýchaciu gymnastiku, posturálny tréning a kongnitívno-behaviorálny tréning. Cvičenie slúži na rekon-

díciu a fyzickú kondíciu pacientov (8). Fyzikálna terapia je užitočná v liečbe bolesti. Využívajú sa TENS prúdy, ionoforéza, galvanické prúdy. V rámci kryoterapie sa využíva ľadová masáž a studená voda. Môžeme využiť aj svetloliečbu, a to hlavne biolampu, čiže polarizované svetlo, ultrafialové žiarenie a laser. Z mechanoterapie sa využíva klasická masáž (bez tepacích hmatov), mäkké techniky, kompresívna terapia (hlavne pri zvládaní lymfedému) a môže sa využiť aj tejpovanie. U pacientov s obmedzenými poznávacími schopnosťami je možné využiť biofeedback. V rámci kompenzačných pomôcok sa využívajú protézy, dlahy, invalidný vozík. Samozrejme sa využívajú palice, barly a chodítka, ako aj všetky pomôcky na sebaobsľuhu.

Rashleigh (9) uvádza, že v rámci fyzioterapeutickej liečby v oblasti paliatívnej starostlivosti o pacientov s onkologickým ochorením je možné využívať: pohybovú terapiu, respiračnú fyzioterapiu, elektroliečbu a mechanoterapiu. Tento výrok potvrdil aj Twycross (10), ktorý uviedol, že fyzikálne liečebné metódy, ako je masáž a teplé vankúšiky, sú účinnou metódou pri liečbe bolesti. Narayanan a Koshi (11) zdôraznili význam skupinového cvičenia. Boli účinné hlavne v prípade únavy u pacientov s rakovinou. Lyles et al. (12) uviedli, že liečba pomocou chemoterapie by mala byť doplnená o liečbu relaxačným tréningom. Jacobsen et al. (13) vykonali metaanalýzu, randomizovanú štúdiu u onkologických pacientov, v ktorej prišli k záveru, že nefarmakologická intervencia mala preukázateľne lepšie výsledky v zlepšení kvality života spojenou s únavou. Zatiaľ čo niektoré štúdie preukázali, že rehabilitácia môže výrazne prispieť k paliatívnej starostlivosti, iné poukazujú na rozdiely v odporúčajúcich procesoch (14). Montagnini et al. (15) vo svojej štúdii uviedli, že len 40 % pacientov hospitalizovaných na jednotkách paliatívnej starostlivosti v USA v priebehu 14 mesiacoch sa odvolalo na fyzioterapeuta.

Výsledky štúdie Carsona a McIlpatrick (16) poukazujú, že fyzioterapeuti v paliatívnej starostlivosti sa sústreďia na zlepšenie fyzického fungovania a nezávislosti pacientov, ako je napríklad mobilita, chôdza, cvičenie rovnováhy a pasívne cvičenia, taktiež sa zameriava na rodinnú výchovu. Okrem toho bolo cieľom zabezpečiť pohodlie pacienta a podporovať jeho nezávislosť. Formu rehabilitácie je ťažko stanoviť. Malý počet účastníkov v štúdii bolo schopných ponúknuť úroveň psychosociálnej podpory. Domnievali sa, že fyzioterapia bola na efektívne poskytovanie paliatívnej starostlivosti potrebná len v malej miere. Takýto prístup odráža celkovú filozofiu

paliatívnej starostlivosti. Je to pomoc, ktorá slúži nato, aby pacient maximalizoval svoj potenciál a žil, ako môže, hlavne z dôvodu všetkých existujúcich okolností (17).

Podľa Nemcovej (18) je farmakoterapia ťažisková v liečbe chronickej a onkologickej bolesti. Účinnosť farmakologickej liečby bolesti sa zvyšuje využívaním aj nefarmakologických prístupov a psychosociálnej podpory zo strany rodiny či profesionálov. Súčasťou nefarmakologickej liečby môže byť: fyzikálna terapia, alternatívna a psychoterapia a kognitívna a behaviorálna terapia. Využívanie nefarmakologických prístupov a techník pomáha znižovať množstvo podávaných analgetík a zároveň výskyt vedľajších účinkov. Dôležitú úlohu má nefarmakologická liečba pri odstraňovaní stresu, zlepšení nálady, tiež podporuje spánok pacienta. Fyzikálna liečba využíva fyzikálne vplyvy a metódy, ktoré môžu byť zacielené na zmiernenie bolesti, redukciu zápalu, uvoľnenie svalových spazmov a navodenie relaxácie. Využívanie terapeutickú masáže má pozitívny vplyv na bolesť, najmä uvoľňovaním spazmov svalových skupín. Vibračná terapia zmierňuje bolesť a upokojuje. Môže sa využívať aj pri nádorovej a chronickej bolesti. Ošetrojúci personál, rodinný príslušník alebo aj pacient pohybujú prístrojom najskôr pod alebo nad bolestivou časťou tela, pri tolerancii aj na mieste bolesti. Vibračnú terapiu je možné používať 2 – 4-krát denne počas 1 – 15 minút, rešpektujú sa pritom odporúčania lekára. Vibračná terapia sa nesmie používať, ak neprináša pacientovi úľavu a je pre neho skôr nepríjemná, má po nej neprimerane začervenanú pokožku, tromboflebitídu, ľahko sa mu tvoria podliatiny. Využívanie kognitívno-behaviorálnej terapie je v kompetencii psychiatrov, psychológov a psychoterapeutov. Terapeut spolu s pacientom sa usilujú o kontrolu nad situáciou, napríklad zvládanie bolesti, alebo ako zabezpečiť zvládanie bežných denných činností. Snahou je prežívanie, zmiernenia utrpenia, zlepšenie nálady a skvalitnenie života pacienta.

Relaxačné metódy

Bolesť je sprevádzaná svalovým napätím, úzkosťou a stresom. V rámci psychoterapie môžu byť využívané aj relaxačné metódy. Relaxáciou sa usilujeme dosiahnuť uvoľnenie kostrovo-svalových skupín. Súčasťou týchto cvičení je aj duševné cvičenie a kontrolované dýchanie. Pacient sa počas relaxačných cvičení sústreďuje na inštrukcie, čo pomáha odvádzať pozornosť od bolesti a pozitívne to ovplyvňuje zníženie vnímania bolesti a zvýšenie tolerancie bolesti.

U nás sa využívajú relaxačné metódy, ako sú: Schultzov autogénny tréning – nácvik pocitov tiaže, tepla v končatinách, pokojného dýchania, pokojnej srdcovej akcie, tepla v oblasti brušnej dutiny, pocitu chladu na čele a Jacobsonova progresívna relaxácia, pri ktorej nastáva postupné uvoľňovanie svalov rúk, nôh, trupu, očí, tváre. Na manažovanie bolesti využívame aj alternatívne metódy, ktoré pomáhajú pacientom zvládanie bolesti. Volíme tie, ktoré najviac vyhovujú pacientovi. Z najviac využívaných sú to: muzikoterapia a joga. Muzikoterapia sa môže používať pri znižovaní chronickej bolesti, ale aj ako podporná liečba u pacientov s onkologickým ochorením. Hudba môže ovplyvňovať vnímanie a vyjadrovanie bolesti. Joga je vhodná s ohľadom na to, že jej súčasťou je správne dýchanie, meditácia a postoj. Jej využitie v paliatívnej starostlivosti je dané skutočnosťou, že prispieva k zmierneniu bolesti a úzkosti (18).

Respiračná fyzioterapia

Nové a stále dokonalejšie diagnostické a terapeutické postupy umožňujú lepšie a presnejšie pracovať so samotným dýchaním aj v jeho patofyziologickej forme. Najzákladnejšími cieľmi respiračnej fyzioterapie je spomaliť znižovanie vitálnej kapacity, dosiahnuť a následne udržať čo najlepšiu priechodnosť dýchacích ciest, teda zaistiť ich maximálnu čistotu, redukovať chorobou porušené dýchanie do optimálneho stavu, zlepšiť mobilizáciu sekrétov a nasledovné vykašliavanie a zvýšiť kvalitu života u pacientov s chronickým respiračným ochorením (19).

Hygiena priedušiek sa vykonáva s cieľom mobilizácie nahromadených hlienov u pacientov, ktorí majú zvýšenú tvorbu hlienu. Jej cieľom je zlepšenie priechodnosti dýchacích ciest, osvojenie si správnych dychových a pohybových stereotypov a návykov. Polohová drenáž sa vykonáva na lôžku. Lôžko má byť upravené tak, že dolné končatiny sú vo zvýšenej polohe asi 15 – 25 cm. Túto polohu opakujeme 3 – 4-krát denne, približne 20 – 30 minút. Poloha pomáha vyčistiť dýchacie cesty tým, že hlieny vlastnou hmotnosťou stekajú smerom orálnym a následne ich pacient vykašlieva (20).

Drenážne techniky majú zaistiť optimálnu hygienu, dobrú priechodnosť dýchacích ciest a odstrániť nadmerné bronchiálne sekréty, nazývajú sa tiež expektoračné techniky. V centre ich pozornosti je symptóm, a to prítomnosť hlienu v dýchacích cestách (19).

Medzi drenážne techniky, ktoré sú vhodné pre pacientov s respiračným ochorením, patria: autogénna drenáž, PEP (positive expirato-

ry pressure – pozitívny expiračný tlak) systém dýchania, oscilujúci PEP systém, aktívny cyklus dýchacích techník. Flutter je jednoduchý malý prenosný nástroj, založený na princípe výdychu proti variabilnému odporu, pri ktorom vzniká v dýchacích cestách oscilujúci pozitívny výdychový tlak. Pri cvičení pacient vydychuje proti odporu, ktorý kladie kovová guľôčka vydychovanému vzduchu. Guľôčka sa pohybuje hore a dole a jej kmitavý pohyb v kóne striedavo uzatvára a následne opäť umožňuje prechod vzduchu nástrojom. To spôsobuje, že dýchacie cesty sú pri výdychu dlhší čas otvorené. Pacient cíti charakteristické jemné hĺbkové vibračné chvenie, ktoré uvoľňuje a následne uľahčuje odstránenie sekrétu a znižuje riziko kolapsu bronchov. Kombinácia fluttera s inhaláciou je terapeuticky a časovo veľmi efektívna. Flutter sa často kombinuje s autogénnou drenážou. Napriek všetkým výhodám sa odporúča úvodná inštruktáž pod vedením fyzioterapeuta, a to hlavne z dôvodu rizika ľahkého a rýchleho osvojenia chybných dýchacích návykov a nedodržania relatívne náročných pravidiel pre mimické svaly tváre a eventuálnou chybnou polohou jazyka (21). Flutter umožňuje pacientovi cvičebnú nezávislosť a samostatnosť a zvyšuje jeho sebestačnosť. Je obľúbený a jednoduchý na cvičenie všetkých vekových kategórií pacientov, a to kdekoľvek a kedykoľvek ho potrebujú (19).

Záver

Hlavnými špecifikami paliatívnej starostlivosti je zameranie na jednotlivcov s nevyliciteľnou onkologickou alebo chronickou pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, s časovo obmedzeným prežívaním s cieľom zaistiť opti-

málnu kvalitu života až do smrti. Výhodiskom je posudzovanie a intervencie na zmiernenie a elimináciu utrpenia, bolesti a iných obťažujúcich symptómov. Súčasne je potrebné podporovať jednotlivcov a pomáhať ich rodinám pri riešení súvisiacich psychických, sociálnych a duchovných problémov. Článok je zameraný na paliatívnu starostlivosť z pohľadu fyzioterapeuta. Štúdie, ktoré boli prezentované, nám ukazujú, že fyzioterapeut by nemal chýbať v tíme paliatívnej starostlivosti. Avšak úloha fyzioterapeuta je zameraná na fyzický stav pacientov v rámci celkovej starostlivosti a poskytovanie čo najväčšieho pohodlia, a podpornú starostlivosť.

Literatúra

1. World Health Organization. *Definition of Palliative care* [online]. 2002. Available from: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Accessed May 1, 2017.
2. Fabuš S, Kulichová M. *Paliatívna a hospicová starostlivosť* [online]. Martin, Slovenská republika: Nadácia „Hospice“; 2006. Available from: <<http://www.hospice-martin.szm.com/dokumenty/clanky/pdf/Paliat%EDvna%20a%20hospicov%E1%20starostlivost%9D.pdf>>.
3. Marcant D, Rapin CH. Role of the physiotherapist in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 1993; 8(2): 68–71.
4. Cheville A. *Rehabilitation of patients with advanced cancer*. 2001; 92: 1039–1048.
5. Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *J Palliat Care*. 2002; 18: 48–58.
6. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, Asp MB, Vidvei U, Wiken AN, Hjermstad MJ, Kaasa S. The Effect of a Physical Exercise Program in Palliative Care: A Phase II Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31(5): 421–430.
7. Kumar SP, Jim A. Physical Therapy in Palliative Care: From Symptom Control to Quality of Life: A Critical Review. *Indian J Palliat Care*. 2010; 16(3): 138–146.
8. American Physical Therapy Association. Who are physical therapists, and what do they do? A guide to physical therapist practice. *Phys Ther*. 2001; 81–39.
9. Rashleigh LS. Physiotherapy in palliative oncology. *Aust J Physiother*. 1996; 42: 307–12.

10. Twycross R. Factors associated with difficult-to-manage pain. *Indian J Palliat Care*. 2004; 10: 67–78.

11. Narayanan V, Koshy C. Fatigue in cancer: A review of literature. *Indian J Palliat Care*. 2009; 15: 19–25.

12. Lyles JN, Burish TG, Krozely MG, Oldham RK. Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1982; 50: 509–24.

13. Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol*. 2007; 26: 660–7.

14. Scialla S, Cole R, Scialla T, et al. Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care. *Palliat Med*. 2000; 14(2): 121–127.

15. Montagnini M, Lodhi M, Born W. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *J Palliat Med*. 2003; 6(1): 11–17.

16. Carson K, McIlpatrick S. More than Physical Function? Exploring physiotherapists' experiences in delivering rehabilitation to patients requiring palliative care in the community setting. *Journal of Palliative Care*. 2013; 36–44.

17. National Council for Palliative Care (NCPC), and NHS End of Life Care Programme. *Advance decisions to refuse treatment: a guide for health care professionals*. Leicester: NCPC; 2008.

18. Nemcová J. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: 2013: 89.

19. Smolíková L, Máček M. *Fyzioterapie a pohybová liečba u chronické obštrukčnej plicnej nemoci*. Praha: nakladateľstvo VLTAVÍN; 2002: 128.

20. Slováková V, et al. *Rehabilitácia pri ochoreniach dýchacieho ústrojenstva a hrudníka*. Bratislava. LIEČREH GÚTH. 2000; 33(3): 192.

21. Smolíková L. *Respirační fyzioterapie. Vybrané kapitoly se zvláštním zřetelom na fyzioterapii pacientů s cystickou fibrózou* [online]. 2006. Available from: <www.scumdoctor.com/images/Where-Are-The-Acupr>. Accessed May 12, 2017.

PhDr. Lucia Kendrová

Prešovská univerzita v Prešove,
Fakulta zdravotníckych odborov,
Katedra fyzioterapie
Partizánska 1, 080 01 Prešov
lucia.kendrova@unipo.sk

Úloha sestry v posúdení bolesti hlavy u pacientov s primárnym nádorom mozgu

Mgr. Dominika Kalánková, prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

Bolesť sa objavuje u prevažnej väčšiny onkologických pacientov. Je bežným nepríjemným, subjektívnym zážitkom, ktorý sprevádza pacientov v priebehu trajektórie ich ochorenia. Úloha sestry v posúdení bolesti je nezastupiteľná. V zahraničnej literatúre je posúdenie bolesti označované ako jedna z hlavných kompetencií sestry. Spočíva predovšetkým v posúdení jednotlivých aspektov bolesti s pomocou využitia hodnotiacich nástrojov. Pacienti s primárnym nádorom mozgu tvoria špecifickú skupinu, a to najmä z dôvodu prítomnosti jedného z majoritných príznakov – bolesti hlavy. Tá sa odlišuje od typickej bolesti hlavy v množstve aspektov, predovšetkým svojimi špecifickými znakmi. Rola sestry spočíva v identifikovaní týchto znakov, v stanovení a následnom využití vhodného hodnotiaceho nástroja, ktorý bližšie špecifikuje jednotlivé aspekty danej bolesti hlavy. Posúdenie, ako prvá fáza ošetrovateľského procesu, je podľa dohľadaných poznatkov východiskové a považované za nosné u pacientov s primárnym nádorom mozgu, a preto sa článok venuje práve tejto problematike. Jeho cieľom je predovšetkým poskytnúť štruktúrovaný prehľad hodnotiacich škál, ktorých znalosť môže byť pre sestry veľkým prínosom.

Kľúčové slová: bolesť hlavy, hodnotiace nástroje, ošetrovateľská starostlivosť, posúdenie, primárny nádor mozgu

The role of nurse in the assessment of headache in primary brain tumor patients

Pain occurs in the vast majority of cancer patients. It is a common unpleasant subjective experience that accompanies patients during the trajectory of their disease. The role of the nurse in the assessment of pain is irreplaceable. In foreign literature, pain assessment is referred to one of the nurse's key competencies. It consists primarily in the assessment of individual aspects of pain with application of measuring tools. Patients with a primary brain tumor are a specific group, especially due to the presence of one of the major symptoms – headaches. It differs from a typical headache in many aspects, especially with its specific features. The role of nurse lies in identifying these characters, defining and using a suitable measuring tool, which specifies particular aspects of that headache. The assessment as the first phase of the nursing process is based on the findings of knowledge and it is considered to be relevant in patients with primary brain tumor and because of this the article deals with this issue. Its aim is to provide a structured overview of the measuring scales whose knowledge can be the great benefit to nurses.

Key words: assessment, headache, measuring tools, nursing care, primary brain tumor

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e62–e64

Úvod

Bolesť je možné definovať ako nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok spojený so skutočným, prípadne možným poškodením tkaniva alebo je opisovaný v termínoch takéhoto poškodenia (1). Je častým, no vždy aktuálnym problémom. U pacientov s primárnym nádorom mozgu ide o jeden z majoritných symptómov. Bolesť hlavy sa objavuje u 53 – 77 % pacientov, pričom jej intenzita úmerne stúpa s vyšším stupňom malignity (III. – IV.). Priamo ovplyvňuje aktivity denného života a pacienti ju často uvádzajú ešte pred diagnostikovaním ochorenia (2). Bennett et al. (3) opisujú vplyv bolesti hlavy na život pacienta s primárnym nádorom mozgu hlavne ako nepriamy, v zmysle limitovania pacienta v sociálnych interakciách a ako bolestivú psychologickú pripomienku ťažkého nevyliciteľného ochorenia. Bolesť je často spôsobená práve zvýšeným intrakraniálnym tlakom v dôsledku rastu nádorovej masy, vznikom edému v okolí nádoru alebo konko-

mitantným hydrocefalom (4). Bolesť späť so zvýšeným intrakraniálnym tlakom je typická svojou závažnosťou, kontinuitnosťou a odolnosťou voči analgetickej liečbe (5). Rovnako tak je sprevádzaná nauzeou a vracaním. Tenzný typ bolesti hlavy (4) sa vyskytuje najčastejšie, a to až u 77 % pacientov (6). U 5 % pacientov sa však objavuje bolesť typu migrény (4). Vzhľadom na odlišné prežívanie môžeme konštatovať, že posúdenie bolesti u danej skupiny pacientov je veľmi náročné a problematické. Rola sestry v posúdení je jedinečná a neodmysliteľná. Podľa zahraničnej ošetrovateľskej literatúry je úlohou sestry nielen jej presné posúdenie bolesti na základe typických znakov bolesti u pacientov s primárnym nádorom mozgu, ale zároveň aj jej objektivizácia a využitie hodnotiacich nástrojov. Cieľom posudzovania je tak vytvorenie komplexného obrazu o pacientovej bolesti. V nasledujúcom texte sa budeme venovať posúdeniu bolesti, ktoré sme spracovali na základe zahraničných štúdií (7).

Posúdenie bolesti hlavy sestrou

Posúdenie bolesti je kľúčovým prvkom pri realizácii účinného manažmentu bolesti. Systematický proces posudzovania, hodnotenia a prehodnocovania bolesti zvyšuje možnosti dosiahnutia zmiernenia bolesti, zvýšenia komfortu, zlepšenia fyziologických a psychických funkcií a celkovej spokojnosti s manažmentom bolesti. V zahraničnej literatúre autori (8, 9) zdôrazňujú rolu sestry v posúdení bolesti u pacientov s primárnym nádorom mozgu. Úlohou sestry je rozpoznať typické znaky tejto bolesti, predovšetkým preto, aby ju vedela odlíšiť od bolesti nenádorového typu – migrenózneho bolesti.

V zdravotníckych zariadeniach bolestí v rámci diagnostikovania ochorenia posúdi lekár. Pre sestru sú tieto údaje od lekára iniciálne na jej ďalšie podrobné opísanie bolesti u pacienta. Iničiálne posúdenie sestrou musí prebehnúť do 24 hodín od začiatku hospitalizácie (10, 11). Sestra ďalej samostatne bolesť prehodnocuje v stanovených

intervaloch. Podľa Songovej et al. (10) by to malo byť minimálne jedenkrát každých 8 hodín a vždy pred a po realizácii intervencie zameranej na zmiernenie bolesti. Dôraz na posúdenie sa však kladie najmä na sestry poskytujúce domácu ošetrovateľskú starostlivosť. Často je táto starostlivosť poskytovaná geriatrickým pacientom, pacientom s neurologickým deficitom či inými pridruženými ochoreniami. Pacienti majú obavy opisovať svoje problémy či vyhľadať pomoc lekára. Sestra je teda v prvom kontakte s týmito pacientmi a prvá môže odhaliť a posúdiť začínajúci problém pacienta (10, 11). Pokiaľ sestra pracuje v akomkoľvek prostredí, v rámci posúdenia samostatne identifikuje a zaznamenáva všetky aspekty bolesti s dôrazom na typické prejavy u pacientov s primárnym nádorom mozgu. Prostredníctvom riadeného rozhovoru zisťuje základné charakteristiky bolesti. Na tento účel je vhodné využiť rýchle zhodnotenie bolesti podľa PQRST (place – lokalizácia bolesti, quality – kvalita bolesti, radiation – vyžarovanie, severity – intenzita, time – časové trvanie). Sestra počas vstupného posúdenia bolesti ďalej u pacientov identifikuje podrobnejšie charakteristiky bolesti. Pacienti opisujú, že sa u nich bolesť objaví ako akútna alebo nedávno prepuknutá, trvajúca dni, u niektorých pacientov i mesiace. Objavuje sa typicky po 50. roku života. Množstvo pacientov v čase diagnostikovania ochorenia už chronickou bolesťou trpí, preto je dôležité zamerať sa aj na zmeny v charaktere tejto bolesti. Ďalším prejavom môže byť náhle zvýšenie intenzity alebo frekvencie bolesti. Bolesť hlavy nádorového charakteru je spočiatku dobre ovplyvniteľná analgetikami, ale postupne sa stáva rezistentnou (12). Sestra spracuje u pacienta liekovú anamnézu a zameria sa na užívanie voľnopredajných analgetík vrátane pomocných liekov v liečbe bolesti (hlavne kortikosteroidy). Pacienti často udávajú, že táto bolesť ich prebúdza zo spánku, aj keď je mierna. Ráno sa však stupňuje, je ostrá, stredne závažná až závažná, difúzna, obvykle spojená s nauzeou a vracaním. Počas dňa jej intenzita klesá, no zostáva perzistentná. Najčastejšie je lokalizovaná do miesta nádoru, je vždy unilaterálna (13). Sestra vždy zisťuje, či sú u pacientov prítomné aj sprievodné fokálne príznaky (napríklad epileptické záchvaty, neurologický deficit). Tieto sa môžu rozvinúť v priebehu niekoľkých minút a trvať až jednu hodinu. Ďalej zisťuje sprievodné kognitívne alebo behaviorálne príznaky (zmeny nálad, agresivita, zvýšená iritabilita, strata koordinácie, zrakové zmeny, poruchy pamäti), ktoré sú často nesprávne zamieňané za prejavy demencie alebo psychiatrické poruchy, a to najmä u geriatrických pacientov.

Tabuľka 1. Prehľad hodnotiacich nástrojov (16, 17)

Nástroj	Autor, rok	Charakteristika nástroja
The Brief Pain Inventory (BPI)	Cleeland, 1989	Hodnotí intenzitu bolesti, vplyv bolesti na denné fungovanie, lokalizáciu, analgetickú liečbu, úľavu od bolesti v posledných 24 hodinách alebo za posledný týždeň. Je vhodný na použitie u onkologických pacientov, pacientov s chronickým ochorením, s pooperačnou bolesťou. Krátka verzia obsahuje 9 položiek, dlhá 17. Nástroj je sebaopisovací. Je dostupný slovenský preklad.
Memorial Pain Assessment Card (MPAC)	Fishman et al., 1987	Hodnotí intenzitu bolesti, úľavu od bolesti a náladu. Skladá sa z troch vizuálnych analógových škál (VAS). Je vhodný u pacientov s onkologickým ochorením. Administrácia netrvá viac ako 1 minútu.
Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)	Melzack, 1987	Hodnotí senzorické a afektívne aspekty bolesti. Pozostáva z 15 deskriptorov (11 senzorických, 4 afektívne), ktoré sú hodnotené na škále intenzity ako 0 = žiadny, 1 = mierny, 2 = stredný, 3 = závažný. Tvorí ho tiež PPI (Present Pain Intensity) index, ktorý je súčasťou štandardného MPQ a VAS. Je vhodný u pacientov s onkologickou bolesťou, u ktorých nie je možné použiť štandardnú verziu MPQ.
European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire (EORTC – QLQ)	Aaronson et al., 1993	Hodnotí kvalitu života pacientov s onkologickým ochorením. Pozostáva z 9 viacpoložkových škál – 5 funkčných škál, 3 škály zamerané na symptómy, 1 škála na kvalitu života a celkové zdravie. Celkom obsahuje 31 položiek. Je aplikovateľný na rôzne skupiny pacientov. Je dostupný slovenský preklad.
Functional Assessment of Cancer Therapy – General Version (FACT-G)	Cella et al., 1993	Hodnotí kvalitu života onkologických pacientov so zameraním na posúdenie oblastí – fyzické a funkčné zdravie, sociálne/rodinné zdravie, emocionálne zdravie a vzťah pacienta s ošetroujúcim lekárom. Obsahuje celkom 27 výrokov. U pacientov s primárnym nádorom mozgu je vhodné použiť dopĺňujúcu škálu FACT-Br (23 položiek). Je dostupný slovenský preklad FACT-G.
Medical Outcomes Study Short Form-36 Health Survey (SF-36)	Ware, Sherbourne, 1992	Hodnotí kvalitu života so zameraním na oblasť fyzického fungovania, fungovania jednotlivých rolí, sociálneho fungovania, mentálneho zdravia, vnímania zdravia a bolesti. Obsahuje 36 položiek, je sebaopisovací a vhodný u pacientov starších ako 14 rokov. Krátka verzia pozostáva z 20 položiek. Vhodný je pre onkologických pacientov.
Pain Disability Index	Tait, Chibnall, Krause, 1990	Hodnotí dopad bolesti na schopnosť človeka zapojiť sa do denných aktivít života. Obsahuje 7 položiek zahŕňajúcich denné fungovanie. Každá položka je zobrazená pomocou Likertovej škály, v ktorej sa hodnotí 0 = žiadna neschopnosť, 10 = úplná neschopnosť.
PQRST	Cullen, 1976	Hodnotí základné charakteristiky bolesti: place – lokalizácia bolesti, quality – kvalita bolesti, radiation – vyžarovanie, severity – intenzita, time – časové trvanie. Kladú sa dopĺňujúce otázky na provokujúce faktory a na zlepšujúce faktory. Je to rýchla a efektívna metóda.

Sestra zmapuje provokujúce faktory, medzi ktoré patrí hlavne kašeľ, poloha v predklone alebo celkovo cvičenie. Spolu s pacientom identifikuje zlepšujúce faktory. Najčastejšie pacienti udávajú pokojné, tiché prostredie a úľavovú polohu. Sestra môže pozorovať ich neverbálne a iné prejavy, ktoré naznačujú prežívanie bolesti. Je to najmä výraz v ich tvári, plačlivosť či zmenené správanie. Pacienti bývajú utiahnutí, trpia sociálnou izoláciou, prípadne sa obklopujú len rodinou. Prejavuje sa u nich bezmocnosť, úzkosť či depresia. Sestra by preto mala zaznamenať aj psychické prežívanie bolesti (1, 5, 9, 10, 11, 13, 14).

Využitie hodnotiacich nástrojov v posudzovaní bolesti hlavy

Využitie hodnotiacich nástrojov v posudzovaní bolesti je mimoriadne dôležité. Sestry používajú tieto nástroje ako doplnkovú metódu zberu údajov v prvej fáze ošetrovateľského

procesu – pri posudzovaní. Svoje využitie nachádzajú aj v iných fázach procesu, najvýraznejšie vo vyhodnotení. Pomáhajú načrtnúť komplexný pohľad na bolesť pacientov, niektoré získané údaje od pacientov objektivizujú. Takto získané údaje o bolesti sú pre sestru rozhodujúce pri vypracovaní nadväzujúceho písomného plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Hodnotiace nástroje sú významné pri prehodnocovaní bolesti a evaluácii efektivity ošetrovateľských intervencií. Aj v domácich podmienkach ošetrovateľskej praxe sa môžeme stretnúť s využitím unidimenzionálnych hodnotiacich nástrojov bolesti, ako je vizuálna analógová škála (VAS), verbálna deskriptívna škála (VDS), numerická škála (NRS) či tvárová škála bolesti a iné, ktoré posudzujú len jeden aspekt bolesti – intenzitu. Problematické je využitie multidimenzionálnych nástrojov, ktoré sú však v zahraničí bežnou súčasťou ošetrovateľskej praxe. Práve tieto nástroje sú

odporúčané u pacientov s primárnym nádorom mozgu, pretože majú vysokú senzitivitu a hodnotia niekoľko aspektov bolesti. Sestry tak môžu získať komplexnejší pohľad na bolesť pacienta. Niekoľko z nich prešlo jazykovou validáciou a sú dostupné i v slovenskom jazyku. Na podklade súčasných poznatkov uvádzame prehľad škál, ktoré je vhodné použiť u pacientov s primárnym nádorom mozgu (tabuľka 1) (12, 14, a15).

Záver

Bolesť hlavy je častým nepríjemným symptómom, ktorý sa objavuje u pacientov s primárnym nádorom mozgu už v čase diagnostikovania ochorenia a ďalej ich sprevádza počas trajektórie ich ochorenia. Je nezanedbateľným faktorom zhoršenej kvality života pacientov s primárnym nádorom mozgu. Má svoje charakteristické znaky, ktoré sestra musí identifikovať a vhodne bolesť posúdiť. Kompetencie sestry v posúdení bolesti v zahraničí a v Slovenskej republike sú však diferencielne odlišné. V zahraničnej odbornej literatúre je opisovaný dôraz na kvalitné posúdenie, ktoré by malo okrem základných častí obsahovať aj využitie vhodného hodnotiaceho nástroja, pričom výsledky takéhoto posúdenia slúžia na vytvorenie individualizovaného plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Bez dôkladného posúdenia by nebolo možné stanoviť špecifický, merateľný a reálny cieľ ošetrovateľskej starostlivosti, výsledné kritériá ani naplánovať adekvátne intervencie. Posúdenie je označované za najdôležitejšiu fázu ošetrovateľského procesu, pretože je komplexnou, presnou a úplnou databázou údajov. Je východiskové na realizáciu ďalších fáz procesu.

Záverom konštatujeme, že hlavným zdrojom informácií na posúdenie bolesti hlavy sú vždy subjektívne pocity pacienta, no na posúdenie jednotlivých aspektov bolesti sa odporúča využiť aj niektorý z hodnotiacich nástrojov, ktoré sme ponúkli v krátkom prehľade. Ako doplnková metóda zberu údajov slúžia na vytvorenie komplexného pohľadu na bolesť hlavy u pacientov s primárnym nádorom mozgu (3, 4, 5, 12, 14).

Literatúra

1. NANDA International. *Ošetrovateľské diagnózy: Definície a klasifikácie*, 2015 – 2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015: 464.
2. Cahill J, Lobiondo-Wood G, Bergstrom N, Armstrong T. Brain tumor symptoms as antecedents to uncertainty: an integrative review [online]. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012; 44(2): 145–155. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2012.01445.x. Accessed January 16, 2017.
3. Bennett RS, Cruickshank G, Lindenmeyer A, Morris SR. Investigating the impact of headaches on the quality of life of patients with glioblastoma multiforme: a qualitative study [online]. *BMJ Open*. 2016; 6(11): 1–7. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011616>. Accessed February 21, 2017.
4. Fritz L, Dirven L, Reijneveld JC, Koekkoek JAF, Stiggelbout AM, Pasman HW, Taphoorn MJB. Advance Care Planning in Glioblastoma Patients [online]. *Cancers*. 2016; 8(11): 1–9. doi: 10.3390/cancers8110102>. Accessed January 26, 2017.
5. Vargo M, Henriksson R, Salander P. Rehabilitation of patients with glioma. In: Beeger MS, Weller M. Gliomas. Amsterdam: Elsevier; 2016: 287–304. *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 134. Available from: <http://www.brainlife.org/full-text/2016/_Vargo_M160000.pdf>. Accessed March 13, 2017.
6. Lovely MP. Symptom management of brain tumor patients [online]. *Seminars in oncology nursing*. 2004; 20(4): 273–283. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15612603>. Accessed September 10, 2016.
7. de Magalhaes FSCK, Vaz JPM II, Gontijo PAM, de Carvalho GTC, Christo PP, Simoes RT, da Silva KR. Profile of patients with brain tumors and the role of nursing care [online]. *Revista brasileira de enfermagem*. 2016; 69(1): 138–143. doi:10.1590/0034-7167.2016690120i. Accessed January 5, 2017.
8. Nelson S, Taylor LP. Headaches in brain tumor patients: primary or secondary [online]? *Headache currents*. 2014; 54(4): 776–785. doi:10.1111/head.12326. Accessed June 11, 2016.

9. Omuro A, Deangelis LM. Glioblastoma and Other Malignant Gliomas: A Clinical Review [online]. *The Journal of the American Medical Association*. 2013; 310(17): 1842–1850. doi: 10.1001/jama.2013.280319. Accessed December 12, 2016.
10. Song W, Eaton LH, Gordon DB, HOYLE C, DOORENBOS Ardith Z. Evaluation of Evidence-based Nursing Pain Management Practice [online]. *Pain Management Nursing*. 2015; 16(4): 456–463. DOI: 10.1016/j.pmn.2014.09.001. Accessed February 6, 2017.
11. Wengström Y, Geerling J, Rustoen T. European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines [online]. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18(2): 127–131. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.11.009. Accessed February 26, 2017.
12. Taylor PL. Mechanism of brain tumor headache [online]. *Headache currents*. 2014; 54(4): 772–775. doi:10.1111/head.12317. Accessed March 19, 2017.
13. Khan K, Finkel A. It IS a Tumor-Current Review of Headache and Brain Tumor [online]. *Curr Pain Headache Rep*. 2014; 18(6): 1–8. doi: 10.1007/s11916-014-0421-8. Accessed September 29, 2017.
14. Kirby S, Purdy RA. Headaches and Brain Tumors [online]. *Neurologic Clinics*. 2013; 32(2): 423–432. doi: 10.1016/j.ncl.2013.11.006. Accessed September 29, 2017.
15. Xia Y, Yang Ch, Hu N, Yang Z, He X, Li T, Zhan L. Exploring the key genes and signaling transduction pathways related to the survival time of glioblastoma multiforme patients by a novel survival analysis model [online]. *BMC genomics*. 2017; 18(Suppl 1): 1–11. doi:10.1186/s12864-016-3256-3. Accessed March 14, 2017.
16. Hammer K, Segal EM, Aiwan L, Li S, Patel AM, Tran M, Marshall HM. Collaborative practice model for management of pain in patients in cancer [online]. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2016; 73(18): 1434–1441. DOI: 10.2146/ajhp150770. Accessed January 26, 2017.
17. Ogbeide S, Fitch-Martin A. Cancer Pain Management: Implications for Psychologists [online]. *Psychology, Community & Health*. 2016; 5(1): 61–79. doi:10.5964/pch.v5i1.144. Accessed August 28, 2017.

Mgr. Dominika Kalánková

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova
lekárska fakulta v Martine
Univerzita Komenského v Bratislave
Malá hora 5, 036 01 Martin
kalankova1@uniba.sk

Zo zahraničnej tlače:

Použitie paliatívnej ventilácie: možnosti a klinické dôkazy v paliatívnej starostlivosti

(Application of palliative ventilation: potential and clinical evidence in palliative care)

Mercadante S, Giarratano A, Cortegiani A, Gregiretti C.

In: Supportive Care Cancer. 2017; 25: 2035–2039. DOI 10.1007/s00520-017-3710-z.

Preklad: MUDr. Lucia Dzurillová

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1e): e65–e68

Úvod

Dyspnoe je nepríjemný pocit pri dýchaní, charakterizovaný kvalitatívne rôznorodými vnemami prejavujúcimi sa vo variabilnej intenzite (1). Môže byť spôsobený rakovinou samotnou alebo preexistujúcimi a komorbitantnými komorbiditami (2). Dyspnoe je spojené so slabosťou, úzkosťou, poklesom výkonnosti a kvality života a zvýšenou mortalitou (3, 4), a aj značným utrpením pacienta a jeho opatrovateľov. Tento symptóm má tendenciu zhoršovať sa v najnižšom výkonnostnom stave, najmä v poslednom týždni života (5). U pacientov v domácej starostlivosti je dyspnoe najčastejší dôvod vyšetrenia na pohotovosti (6) a úmrtia v nemocnici (7) a je najčastejším dôvodom paliatívnej sedácie (8).

Súčasný manažment dyspnoe vyžaduje liečbu akejkoľvek odstrániteľnej príčiny a podpornú liečbu minimalizujúcu vnímanie dyspnoe. Opioidy môžu pomôcť uľaviť od záťaže vyvolanej pocitom dyspnoe, najmä kým sa nerozvinulo akútne respiračné zlyhávanie, aj keď existujú len dôkazy nízkej kvality dokumentujúce priaznivý vplyv užívania orálnych alebo parenterálnych opioidov na paliáciu dýchavice (9). Nízky prietok kyslíka sa ukázal ako efektívny pri dyspnoe len u hypoxemických pacientov (10). Realitou však zostáva, že existujú pacienti, ktorí trpia perzistentnou dýchavicou napriek všetkým spomínaným intervenciám, najmä keď dyspnoe vyústi do zjavného respiračného zlyhania (11).

Koncept paliatívnej ventilácie

Nové liečebné možnosti, najmä liečba infekcií (nové antibiotiká a protívírusové lieky), nové diagnostické možnosti (používanie chránenej bronchoalveolárnej laváže), nové možnosti ventilácie, zlepšenie štandardných terapeutických postupov a spôsobov monitorovania priniesli lepšie výsledky v posledných rokoch. Jeden z najlepších príkladov zmien pozorovaných v posledných dekádach sú výsledky dokumen-

ované na onkologických pacientoch prijatých na jednotky intenzívnej starostlivosti (JIS) pre akútne respiračné zlyhanie v rôznych obdobiach (12). Na rozdiel od tradičnej invazívnej mechanickej ventilácie, neinvazívna ventilácia (NIV) neporušuje funkčnosť horných dýchacích ciest a hlasiviek. NIV znižuje námahu pri dýchaní a zlepšuje výmenu plynov, zatiaľ čo uchováva schopnosť kašľať, prehĺtať a hovoriť (13). Navyše, NIV predchádza iatrogénnym komplikáciám spojeným s endotracheálnou intubáciou a redukuje riziko pneumónie asociovanej s ventiláciou (14). V posledných rokoch sa NIV začala uplatňovať vo väčšej miere aj mimo JIS a aj v domácej starostlivosti (15, 16, 17, 18, 19). NIV sa na všeobecných oddeleniach tiež používa u pacientov, ktorí nie sú indikovaní na intubáciu. Je pozoruhodné, že približne 50 % pacientov prežije ataky akútneho zhoršenia (12, 20). NIV zahŕňa obe – neinvazívnu ventiláciu pozitívnym tlakom (NPPV) aj kontinuálny pozitívny tlak v dýchacích cestách (CPAP). Pri CPAP sa prietok a objem regulujú iba pomocou respiračných svalov pacienta. Počas NIV je vdychovaný prietok variabilne generovaný respiračnými svalmi a tlak je vyvíjaný ventilátorom (častočná podpora), alebo je prietok aj tlak generovaný ventilátorom (úplná podpora). U pacientov v terminálnej fáze ochorenia je cieľom NIV uľaviť od dyspnoe, podobne ako od bolesti, alebo ako terapeutická možnosť na získanie času na súhlas s diagnostickými alebo terapeutickými intervenciami, alebo jednoducho na odkomunikovanie krátkosti prognózy, keď sa náhle prechádza z intenzívnej na paliatívnu liečbu (16, 21). V čisto paliatívnom zámere, keď je hlavným cieľom uľaviť od závažného respiračného stresu u pacientov blízko smrti (22), CPAP sám nemá teoreticky žiadnu rolu v úľave od symptómov, lebo nezastupuje dýchacie svaly tak ako NIV.

Komerčne dostupné sú už zariadenia na vysokoprietokovú nazálnu liečbu (HFNT), ktoré

poskytujú vysoký prietok plne humanizovaného vdychovaného plynu (37 °C, 100 % relatívna vlhkosť, 44 mg H₂O/l) poháňaného malou turbínou až do 60 l/min, dodávaného nazálnym prístupom (23). Využitie HFNT je opodstatnené ako samostatná liečba alebo u pacientov, ktorí netolerujú NIV, lebo poskytuje rozhranie, ktoré je pre pacienta menej traumatizujúce a pre opatrovateľa menej náročné. HFNT je tiež vhodné ako liečba prvej voľby u pacientov s ťažkým dyspnoe v mnohých situáciách (24). HFNT sa používa aj u pacientov na JIS, u ktorých nie je indikovaná intubácia (25). Mechanizmus účinku HFNT umožňuje zvýšenie faryngeálnej koncentrácie kyslíka, zlepšenie mukociliárneho klírensusu a zvlhčovania, čím sa zvyšuje komfort pacienta a výkonnosť pri vyšších respiračných objemoch. HFNT tiež redukuje metabolickú náročnosť výmeny plynov počas normálnej respirácie, čo spätne znižuje produkciu CO₂ (26, 27, 28). HFNT môže zmenšiť inspiračnú rezistenciu vystužením nazofaryngeálnej bariéry, čím umožní plynulý prietok, poskytujúc adekvátne zohriaty a zvlhčený plyn, spúšťajúc aktiváciu nazálnych svalov, čím sa udržiavajú priechodné dýchacie cesty. Pri používaní HFNT sa tlak na začiatku nádychu udržiava nad atmosférickým tlakom počas dlhšej časti nádychu. Toto zvýšenie môže zlepšovať hnací tlak pri inspirácii (29). Navyše sa dokázalo, že HFNT môže zvýšiť expiračnú rezistenciu pomocou prúdového efektu, ktorý vytvára tlakový gradient medzi prietokom v nosovom segmente iným mechanizmom ako tradičný CPAP. Veľkosť nazálnej kanyly je kľúčový faktor vplyvajúci na pozitívny expiračný tlak v dýchacích cestách (EPAP), vytváraný pomocou HFNT, počas toho, ako EPAP vplyva na únik vzduchu okolo hrotov nazálnej kanyly. Výmena vzduchu v nazofaryngeálnom mŕtvom priestore je dôsledkom aplikácie HFNT (30). Rozdiely v porovnaní s CPAP sú evidentné: HFNT nielen zvyšuje expiračný odpor a znižuje inspiračný odpor celkom iným

spôsobom ako CPAP, ale tiež vedie k zmierneniu dyspnoe redukciami práce dýchacích svalov spôsobenej menšou potrebou zvyšovania alveolárnej ventilácie.

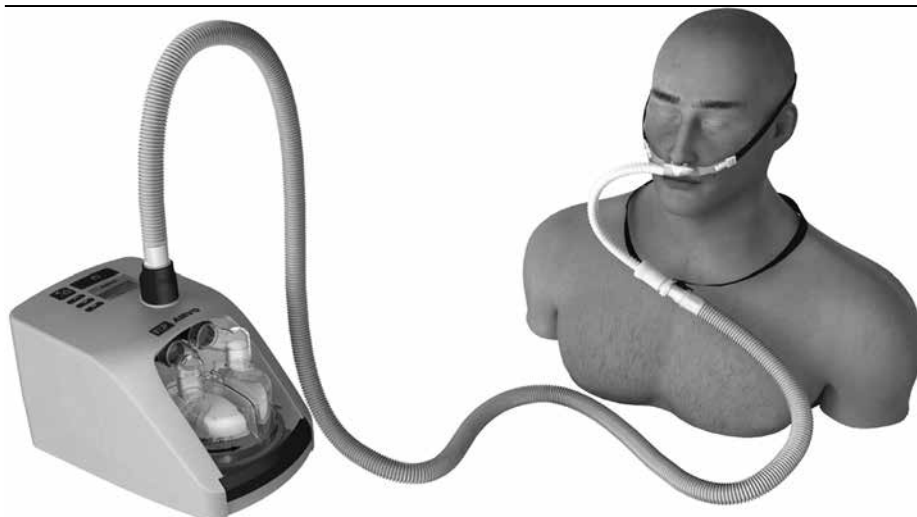
Klinické štúdie o paliatívnej ventilácii

Paliatívna ventilácia reprezentuje potenciálne veľký priestor na výskum pre skupinu pacientov s dyspnoe, u ktorých sa môže vyvinúť akútne orgánové zlyhanie, ktoré nemusí nutne súvisieť s miestom progresie nádorového ochorenia. Relatívne častou komplikáciou je napríklad skupina pacientov s chronickým pľúcny alebo kardiálnym ochorením, u ktorých môže akútna exacerbácia týchto chorôb viesť k akútnemu respiračnému zlyhaniu. Napriek tomu, že tieto epizódy môžu byť často pomerne rýchlo reverzibilné pri adekvátnej liečbe, títo pacienti často nedostanú ventilačnú podporu, pretože majú aj prebiehajúce nádorové ochorenie (12).

Existuje veľa podnetov navrhujúcich NIV ako alternatívnu možnosť na úľavu od dyspnoe aj u veľmi pokročilých pacientov (31). Táto skupina pacientov sú potenciálne ideálni kandidáti na NIV, keďže u väčšiny nie je indikovaná intubácia. V skutočnosti veľa pacientov nie je intubovaných pre krátku predpokladanú dĺžku prežitia a veľký nedostatok lôžok na JIS.

Prvýkrát sa NIV použila v štúdiu na väčšej skupine pacientov s pokročilým nádorovým ochorením s akútnym respiračným zlyhaním, u ktorých ošetrojúci onkológ indikoval paliatívnu liečbu. Hlavné inklúzne kritériá na zaradenie do štúdie boli $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ pomer < 25 , $\text{pH} < 7,35$ s parciálnym arteriálnym tlakom CO_2 (PaCO_2) > 50 mmHg, používanie pomocných dýchacích svalov alebo paradoxné dýchanie u pacientov hlásiacich subjektívny pocit diskomfortu a/alebo dyspnoe. Dĺžka trvania NIV bola okolo 6 dní. Väčšina pacientov bola ventilovaná v „chráne-nom“ prostredí okrem štyroch, ktorí boli priamo na jednotke paliatívnej starostlivosti. NIV bola ukončená u desiatich pacientov pre intoleranciu, progredujúce zhoršovanie výsledkov analýzy krvných plynov, PaO_2 alebo pH , náhlu smrť, vracanie alebo potrebu sedácie kvôli bolesti. Dvaja pacienti boli zaintubovaní, traja dostávali NIV ad libidum a ostatní boli liečení podpornou liečbou. Použitie NIV zlepšilo okamžitý stav u pacientov, ktorí by nedostali inú formu ventilačnej podpory, ale nemalo žiaden pozitívny vplyv na dlhodobé prežívanie. Avšak NIV bol dostupný a užitočný spôsob, ako rýchlo uľaviť od dyspnoe onkologickým pacientom v terminálnom štádiu ochorenia s respiračným zlyhaním.

Ilustračný obrázok. HFNT – vysokoprietoková nazálna liečba



Následne prebehla randomizovaná kontrolovaná štúdia u pacientov s nádorovým ochorením v terminálnom štádiu s prítomným akútnym respiračným zlyhaním spojeným so závažným stresom (33). Pacienti boli randomizovaní podľa stavu hyperkapnie na rameno s podávaním kyslíka a na rameno s aplikáciou NIV, pričom subkutánny morfín bol v oboch ramenách podávaný podľa potreby. Pacientom v ramene s NIV sa rýchlejšie uľavilo od dyspnoe a najväčšou úľavou v prvej hodine podávania NIV a u hyperkapnických pacientov. Globálne PaO_2 , PaCO_2 , pH a frekvencia dýchania sa zlepšili u hyperkapnických pacientov, ktorí dostávali NIV v porovnaní s tými, ktorí dostávali len kyslík. Pozorovala sa aj nižšia spotreba morfínu v prvých 48 hodinách v skupine s NIV. Zaujímavé bolo, že počet úmrtí hyperkapnických pacientov bol nižší v skupine s NIV. NIV sa dobre tolerovala. Táto krátko trvajúca štúdia poukazuje na vyššiu efektivitu NIV v porovnaní s inhaláciou kyslíka v zmiernení dyspnoe a znižovaní dávok morfínu u pacientov v terminálnej fáze onkologického ochorenia. Problémom bolo rušenie v spánku, keďže niektorých pacientov aplikácia NIV vyrušovala a budila zo spánku. Potenciálne zlepšenie kvality spánku by mohla priniesť vysokoprietoková nazálna kanyla, ktorá tiež umožňuje odkašľať si, hovoriť a jesť, aj keď zatiaľ nie sú publikované dostatočné dáta na potvrdenie tejto možnosti

Niekoľko štúdií hodnotilo HFNC u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením s hypoxiou. HFNC u pacientov neindikovaných na intubáciu s hypoxemickým respiračným zlyhaním umožnilo dosiahnuť adekvátnu oxygenáciu a pokles dychovej frekvencie. Iba 18 % pacientov bolo potrebné previesť na NIV, pričom mortalita bola 60 %, čo podporuje možnosť, že NIV môže byť alternatívou pre pacientov neindikovaných

na intubáciu (34). V štúdiu na 183 pacientoch s nádorovým ochorením 72 % dostávalo HFNT na JIS pre hypoxiu. 41 % pacientom sa zlepšil stav alebo zostali stabilizovaní (44 %) počas podávania HFNT, zatiaľ čo 15 % sa stav zhoršil. 45 % pacientov prežilo a 55 % zomrelo. Medián podávania HFNT bol 3 dni (rozsah 1 – 27). 101 pacientov (55 %) podpísalo súhlas s neresuscitovaním buď pred (12 %), alebo po začatí liečby (43 %) (35). V randomizovanej štúdiu bolo 30 pacientov s pokročilou rakovinou a prítomným dyspnoe zaradených buď do ramena s HFNT, alebo do ramena s NIV (BiPAP hladiny) na 2 hodiny. Dyspnoe sa hodnotilo pomocou numerickej škály a modifikovanej Brog stupnice pred, počas a po intervencii. Zaznamenávali sa vitálne funkcie, transkutánne hladiny oxidu uhličitého a nežiaduce účinky. Oba, NIV aj HFNT, boli spojené so signifikantnou a výraznou úľavou od dyspnoe a zlepšením vitálnych parametrov bez signifikantných nežiaducich účinkov (36).

Klinické úvahy o využití paliatívnej ventilácie a možnosti výskumu

Stúpa využívanie NIV ako paliatívnej stratégie v prípadoch, v ktorých je endotracheálna intubácia vyhodnotená ako neadekvátna. Paliatívna ventilácia môže byť ponúknutá ako šanca na predĺženie prežívania, ak sa podarí zvrátiť akútne respiračné zlyhanie, napríklad v populácii hematologických pacientov (19), alebo ako možnosť na dosiahnutie úľavy od symptómov respiračného zlyhanie u zomierajúcich pacientov (12). Pacienti v terminálnej fáze môžu dostávať NIV doma už pred zhoršením stavu pre pľúcnu komorbiditu alebo už predtým ako podpísali rozhodnutie o neintubovaní/nezavedení tracheostómie. Častejšie sa však vyskytujú pacienti s respiračným zlyhaním pre

základné ochorenie alebo jeho komplikácie s prejavmi utrpenia pri ťažkom dyspnoe, ktoré neodpovedá na konvenčnú farmakologickú liečbu. Existuje tiež skupinka pacientov, ktorí sú dočasne liečení paliatívnou ventiláciou, zatiaľ čo čakajú na ďalšie rozhodnutie a primeranú komunikáciu pre náhlu zmenu liečby z intenzívnej na liečbu na konci života (21). U pacientov na dlhodobej domácej NIV je hlavným cieľom optimalizácia kvality života. Spôsob a miera NIV by mali byť optimalizované na dosiahnutie cieľovej saturácie kyslíkom okolo 90 %. Je tiež nevyhnutné venovať dostatočnú pozornosť tomu, ako pacient toleruje NIV. Retencia spúta by mala byť riešená manuálne alebo s mechanickou pomocou, alebo nazotracheálnym odsávaním. Nevyhnutným predpokladom pre začatie ventilácie v paliatívnom zámere je zhodnotenie prínosu pre pacienta, ako aj zhodnotenie zručnosti a skúsenosti opatrovateľov (22). Paliatívna ventilácia by nemala spôsobovať pacientovi diskomfort a kyslík by mal byť podávaný podľa pacientovho dyspnoe. Mali by byť vypnuté alarmy, lebo spôsobujú stres pacientovi aj rodine a vyvolávajú ešte väčšiu úzkosť. Skutočnou prioritou je uistiť sa, že pacient sa cíti komfortne, na zlepšenie pacientovej spolupráce najmä v prvých hodinách môže byť potrebná primeraná sedácia benzodiazepínmi a podávanie opioidov, kým sa dosiahne stabilizácia stavu. Aj keď sa NIV považuje za neagresívnu metódu, jej využitie v paliatívnej intencii zostáva diskutabilné (37, 38, 39). Zdá sa, že HFNC poskytuje výhodnú možnosť najmä pre akceptáciu a spoluprácu s pacientom a mala by predchádzať použitiu NIV. Priekopnícke, ale povzbudivé štúdie v paliatívnej starostlivosti o pacientov na konci života sú limitované a zväčša krátkotrvajúce.

Bolo by potrebné realizovať ďalšie štúdie zamerané na kvalitu života a typické situácie v paliatívnej medicíne, aby sa zistili ďalšie možnosti v zložitom klinickom kontexte, akým je respiračné zlyhanie s dyspnoe. Neexistuje dostatok informácií o kombinácii s bežne používanými liekmi na úľavu od dyspnoe, ako sú opioidy. Vhodnosť paliatívnej ventilácie by sa mala skúmať v štúdiách zameraných jednak na kvalitatívne kritériá (komfort pacienta, proces zomierania, záťaž na rodinu, uspokojenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) a jednak na kvantitatívne kritériá (miera využitia paliatívnej NIV a mortalita). Veľa pacientov a ich príbuzných sa potenciálne zaujíma o zaistenie a maximalizáciu komfortu v neskorých štádiách ochorenia. Zaujímavé je tiež, že vyjadrujú túžbu zachovať si vedomie a možnosť komunikovať (40). Avšak

v kritickom štádiu už pacient často viac nie je schopný spolupráce. NIV môže byť nekomfortná a môže spôsobovať neprijemné vedľajšie účinky, ako sú kožné lézie, iritácia očí, abdominálne nafukovanie, zriedkavo barotrauma. Teda akákoľvek paliatívna ventilačná intervencia by mala byť prediskutovaná s pacientom alebo aj s príbuznými, pokiaľ je to čo len trochu možné. Aj keď paliatívna ventilácia môže byť krátkodobou alebo dlhodobou prínosná, niektorí pacienti si môžu priať jej ukončenie alebo sa jednoducho môže stratiť jej účinnosť. Je potrebné získať viac dát na načrtnutie strategického plánu na prechodné alebo úplné zastavenie paliatívnej ventilácie. Odňatie akejkoľvek formy paliatívnej ventilácie prináša nezanedbateľné výzvy pre lekárov vzhľadom na emocionálne, praktické aj etické dôsledky (41). Etické a zákonné práva na odňatie liečby, diskusie s rodinou a kolegami, skúsenosti vychádzajúce z právnických rád a otázky prispievajúce k etickej komplexnosti sú najväčšou výzvou, ktorú je potrebné si predložiť (42).

Literatúra

- Mahler DA, O'Donnell DE. Dyspnea. Mechanisms, measurement, and management. Boca Raton: CRC Press; 2014. Google Scholar.
- Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *Lancet Oncol*. 2002; 3: 223–228. CrossRefPubMed Google Scholar.
- Hauser CA, Stockler MR, Tattersall MHP. Prognostic factors in patients with recently diagnosed incurable cancer: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2006; 14: 999–1011. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Reddy SK, Parsons HA, Elsayem A, Palmer JL, Bruera E. Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2009; 12: 29–36. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Mercadante S, Casuccio A, Fulfaro F. The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. *J Pain Symptom Manag*. 2000; 20: 104–112. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J Pain Symptom Manag*. 2012; 44: 295–300. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Mercadante S, Masedu F, Valenti M, Mercadante A, Aielli F. The characteristics of advanced cancer patients followed at home, but admitted to the hospital for the last days of life. *Intern Emerg Med*. 2016; 11: 713–718. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Casuccio A. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a prospective study. *J Pain Symptom Manag*. 2014; 47: 860–866. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 31(3): CD011008. Google Scholar.
- Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010; 4(376): 784–793. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Nava S, Cuomo AM. Acute respiratory failure in the cancer patient: the role of non-invasive mechanical ventilation.

- Crit Rev Oncol Hematol. 2004; 51: 91–103. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Azoulay E, Demoule A, Jaber S, et al. Palliative noninvasive ventilation in patients with acute respiratory failure. *Intensive Care Med*. 2011; 37: 1250–1257. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Gregoretti C, Mattei A, Carlucci A. Noninvasive Ventilation Outside the Critical Care Unit. In: Chiumello D, ed. *Practical Issues Updates in Anesthesia and Intensive Care*. Switzerland: Springer International Publishing; 2015: 139–47. Google Scholar.
- Boldrini R, Fasano L, Nava S. Noninvasive mechanical ventilation. *Curr Opin Crit Care*. 2012; 18: 48–53. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Nava S, Hill N. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Lancet*. 2009; 18(374): 250–259. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Elliott MW, Confalonieri M, Nava S. Where to perform non-invasive ventilation? *Eur Respir J*. 2002; 19:1159–1166. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Landoni G, Zangrillo A, Cabrini L. Non-invasive ventilation outside the ICU. In: Louis J, ed. *Annual update of intensive care and emergency medicine*. Berlin: Vincent. Springer-Verlag; 2012: 207–218. Google Scholar.
- Cabrini L, Antonelli M, Savoia G, Landriscina M. Non-invasive ventilation outside of the intensive care unit: an Italian survey. *Minerva Anesthesiol*. 2011; 77: 313–322. PubMedGoogle Scholar.
- Nava S, Mercadante S. NIV Outside the ICU. In: Azoulay E, ed. *Pulmonary Involvement in Patients with Hematological Malignancies*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2011: 623–9. Google Scholar.
- Nava S, Hill N. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Lancet*. 2009; 374: 250–259. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Mercadante S, Villari P, David F, Agazzino C. Noninvasive ventilation for the treatment of dyspnea as a bridge from intensive to end-of-life care. *J Pain Symptom Manag*. 2009; 38:e5–e7. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Perrin C, Jullien V, Duval Y, Defrance C. Noninvasive ventilation in palliative care and near the end of life. *Rev Mal Respir*. 2008; 25: 1227–1236. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Nagata K, Morimoto T, Fujimoto D, et al. Efficacy of high-flow nasal cannula therapy in acute hypoxemic respiratory failure: decreased use of mechanical ventilation. *Respir Care*. 2015; 60: 1390–1396. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Cirio S, Piran M, Vitacca M, et al. Effects of heated and humidified high flow gases during high-intensity constant-load exercise on severe COPD patients with ventilatory limitation. *Respir Med*. 2016; 118: 128–132. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Peters SG, Holsers SR, Gay PC. High-flow nasal cannula therapy in do-not-intubate patients with hypoxemic respiratory distress. *Respir Care*. 2013; 58(4): 597–600. Google Scholar.
- Chanques G, Constantin JM, Sauter M, et al. Discomfort associated with under humidified high-flow oxygen therapy in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2009; 35: 996–1003. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Maggiore SM, Idone FA, Vaschetto R, et al. Nasal high-flow versus Venturi mask oxygen therapy after extubation. Effects on oxygenation, comfort, and clinical outcome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014; 190: 282–288. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Dysart K, Miller TL, Wolfson MR, Shaffer TH. Research in high flow therapy: mechanisms of action. *Respir Med*. 2009; 103: 1400–1405. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Mündel T, Feng S, Tatkov S, Schneider H. Mechanisms of nasal high flow on ventilation during wakefulness and sleep. *J Appl Physiol*. 2013; 114: 1058–1065. CrossRefPubMedPubMedCentralGoogle Scholar.
- Möller W, Celik G, Feng S. *J Appl Physiol*. 2015; 11: 1525–1532. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

31. Elliott MW. Non-invasive ventilation: established and expanding roles. *Clin Med (Lond)*. 2011; 11: 150–153. Google Scholar.

32. Cuomo A, Delmastro M, Ceriana P. Noninvasive mechanical ventilation as a palliative treatment of acute respiratory failure in patients with end-stage solid cancer. *Palliat Med*. 2004; 18:602–610. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

33. Nava S, Ferrer M, Esquinas A, et al. Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial. *Lancet Oncol*. 2013; 14: 219–227. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

34. Peters SG, Holets SR, Gay PC. High-flow nasal cannula therapy in do-not-intubate patients with hypoxemic respiratory distress. *Respir Care*. 2013; 58: 597–600. PubMedGoogle Scholar.

35. Epstein AS, Hartridge-Lambert SK, Ramaker JS, Voigt LP, Portlock CS. Humidified high-flow nasal oxygen utilization in patients with cancer at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *J Palliat Med*. 2011; 14: 835–839. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

36. Hui D, Morgado M, Chisholm G, et al. High flow oxygen and bilevel positive airway pressure for persistent dyspnea in patients with advanced cancer: a phase II randomized trial. *J Pain Symptom Manag*. 2013; 46: 463–473. CrossRefGoogle Scholar.

37. Gregoretti C, Confalonieri M, Navalesi P, et al. Evaluation of patient skin breakdown and comfort with a new face mask for non-invasive ventilation: a multi-center study. *Intensive Care Med*. 2002; 28: 278–284. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

38. Selecky PA, Eliasson CA, Hall RI, American College of Chest Physicians, et al. Palliative and end-of-life care for patients with cardiopulmonary diseases: American College of Chest Physicians position statement. *Chest*. 2005; 128: 3599–3610. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

39. Perrin C, Jullien V, Lemoigne F. Practical and technical aspects of noninvasive ventilation. *Rev Mal Respir*. 2004; 21: 556–566. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

40. Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, Society of Critical Care Medicine Palliative Noninvasive Positive VentilationTask Force, et al. Noninvasive positive pressure ventilation in critical and pal-

liative care settings: understanding the goals of therapy. *Crit Care Med*. 2007; 35: 932–939. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

41. Faull C, Rowe Haynes C, Oliver D. Issues for palliative medicine doctors surrounding the withdrawal of non-invasive ventilation at the request of a patient with motor neurone disease: a scoping study. *BMJ Support Palliat Care*. 2004; 4: 43–49. CrossRefGoogle Scholar.

42. Phelps K, Regen E, Oliver D, McDermott C, Faull C. Withdrawal of ventilation at the patient's request in MND: a retrospective exploration of the ethical and legal issues that have arisen for doctors in the UK. *BMJ Support Palliat Care*. 2015 Sep 11. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000826.

Preklad: MUDr. Lucia Dzurillová

Oddelenie paliatívnej medicíny

a klinickej onkológie

Národný onkologický ústav

Klenová 1, 833 10 Bratislava

Emily Ackermanová: Tretí groš – Ako sa s láskou postarať o svojich starnúcich rodičov

Porta libri, 2015

Recenzia publikácie

Rozprávať otvorene o problémoch dospelých „detí“ so starostlivosťou o starnúcich rodičov s mnohými zdravotnými problémami je veľmi potrebné. Zväčša už rodičia a deti nežijú spolu a ťarcha zodpovednosti dopadá na strednú generáciu, ktorá má ešte rôzne ďalšie povinnosti. Táto kniha cielene hovorí o tom, ako to môže ísť bez ohrozenia duševného a fyzického zdravia opatrovateľov. Sú v nej praktické návody, ako sa správne rozhodovať a čo je v určitej chvíli najpodstatnejšie. Silou tejto knihy je jej hlboká väzba na kresťanskú vieru a Božiu ruku, ktorá veriaciach starostlivo chráni na tejto ceste. Túto dôveru v Božiu prozreteľnosť nemusí každý čitateľ zdieľať a ten zrejme knihu nedočíta.

Pre veriaciach kresťanov je dôležité aj poslanstvo, že aj opatrovateľ musí dbať o svoje fyzické a psychické zdravie a mať rád seba rovnako ako svojich blízkych. Ľudský život má rôzne obdobia a vždy sa môže stať, že nám niektoré povinnosti nadelia viac práce, ako by sme si priali. S otvorenosťou a s dôverou v seba a v Božiu prítomnosť je všetko možné zvládnuť.

MUDr. Kristína Križanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie

Národný onkologický ústav

Klenová 1, 833 10 Bratislava

kristina.krizanova@nou.sk

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e68



Zo zahraničnej tlače:

Otvorená pilotná štúdia podávania perorálneho vitamínu C ako opioid šetriaceho prostriedku u pacientov s chronickou bolesťou spôsobenou nádorovým ochorením

(An open-label pilot study of oral vitamin C as an opioid-sparing agent in patients with chronic pain secondary to cancer)

Pinkerton E, Good P, Gibbons K, Hardy J.

In: Support Care Cancer. 2017; 25: 341–343. DOI 10.1007/s00520-016-3472-z.

Preklad: MUDr. Lucia Dzurillová

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zhodnotiť účinnosť perorálne podávaného vitamínu C ako opioid šetriaceho prostriedku pri užívaní spolu s opioidmi a štandardnou koanalgetickou liečbou v manažmente chronickej nádorovej bolesti.

Metódy: Otvorená pilotná štúdia na pacientoch starších ako 18 rokov s chronickou bolesťou spôsobenou rakovinou a/alebo liečbou nádorového ochorenia pri skóre bolesti 3/10 a viac v Stručnom dotazníku bolesti (Brief Pain Inventory). Pacienti okrem opioidnej analgézie dostávali 1 g vitamínu C dvakrát denne počas 3 dní (celková denná dávka 2 g). Pacienti pokračovali vo svojej zvyčajnej medikácii vrátane liekov na prelomovú bolesť počas celého trvania štúdie. Primárnym cieľom bola celková denná dávka opioidov počas užívania vitamínu C v porovnaní s dávkou užívanou tesne pred vstupom do štúdie.

Výsledky: Do štúdie bolo zahrnutých 24 pacientov. 7 pacientov štúdiu nedokončilo. 17 hodnotiteľných pacientov malo medián dennej spotreby opioidov ekvivalentný 360 mg perorálneho morfinu v dňoch pred užívaním vitamínu C a 390 mg počas užívania vitamínu C.

Záver: Táto štúdia nedokázala žiaden klinicky významný benefit z užívania vitamínu C spolu s opioidmi pri nádorovej bolesti a nepodporuje začatie väčšej randomizovanej klinickej štúdie na určenie účinnosti.

Kľúčové slová: rakovina, bolesť, vitamín C, opioidy

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e69–e70

Úvod

Opioidy zostávajú jedinou skupinou liekov s možnosťou kontrolovať silnú nádorovú bolesť (1). Úzke terapeutické okno medzi nežiaducimi účinkami opioidov a kontrolou bolesti je dôvodom na hľadanie opioid šetriacich postupov.

Vitamín C (kyselina askorbová) má kľúčovú úlohu ako antioxidant, v aktivite cytochrómu P-450, detoxikácii exogénnych látok, metabolizme cholesterolu a syntéze neurotransmiterov (2). Vitamín C je užívaný vo veľkých množstvách, lebo je považovaný za zdraviu prospešný, je vo všeobecnosti dobre tolerovaný, aj keď pri užívaní vysokých dávok boli hlásené nežiaduce účinky, najmä gastrointestinálne (3). Medzi zriedkavú toxicitu sa radí zvýšená exkrécia oxalátu a kyseliny močovej, formovanie obličkových kameňov, erózia zubnej skloviny (4). Dávka 2 gramy za deň bola definovaná ako dávka bez nežiaducich účinkov, dávka 3 gramy za deň ako najnižšia dávka, pri ktorej boli pozorované nežiaduce účinky (5).

Štúdie s vitamínom C v liečbe svalovej bolesti asociovanej s cvičením mali rozporuplné výsledky (6, 7, 8). Suplementácia môže zohrávať rolu v rozvoji pankreatitídy (9) a osteoartrózy (10). Metaanalýza dokázala pokles syndrómu postoperačného komplexu regionálnej bolesti

po perioperačnom podávaní vitamínu C (11). V jednej štúdii bola zistená redukcia pooperačnej spotreby morfinu u pacientov randomizovaných na podanie jednej predoperačnej dávky 2 g vitamínu C pred laparoskopickou cholecystektómiou, zatiaľ čo iná štúdia nedokázala rozdiel (11, 12). Vitamín C znižoval toleranciu a závislosť od opioidov vo zvieracích modeloch (13, 14) a u závislých od heroínu (15).

Táto štúdia hodnotila vhodnosť perorálneho podávania vitamínu C spolu s opioidmi pri chronickej nádorovej bolesti.

Pacienti a metódy

Účastníci štúdie museli mať minimálne 18 rokov a viac, boli hospitalizovaní alebo ambulantní, s bolesťou vyvolanou nádorovým ochorením a/alebo jeho liečbou. Všetci dostávali opioidy (vrátane dávok na prelomovú bolesť), minimálne jedno vhodné koanalgetikum a mali priemerné skóre bolesti najmenej 3/10 v Stručnom dotazníku bolesti (BPI – Brief Pain Inventory). Základné demografické údaje, výkonnostný stav a komorbidity boli hodnotené na začiatku štúdie. Na hodnotenie bolesti sa používal Edmontonský klasifikačný systém nádorovej bolesti (ECS-CP) (16).

Nasledujúce dvojdňové vstupné obdobie, začali účastníci dostávať vitamín C v dávke 1 g dvakrát denne perorálne počas 3 po sebe nasledujúcich dní. Táto dávka bola vybraná ako maximálna dávka bez nežiaducich účinkov (6). Akékoľvek zhoršenie bolesti ako nová udalosť v štúdii viedlo k vylúčeniu zo štúdie. Nežiaduce udalosti sa vyhodnocovali denne (17).

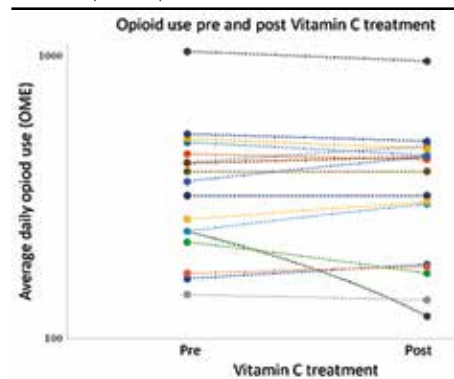
Zaznamenávala sa celková denná dávka opioidov (OME – ekvivalenty perorálneho morfinu) vrátane liekov na prelomovú bolesť počas dvoch vstupných dní aj počas troch intervenčných štúdiových dní. Denná OME dávka sa vypočítavala pomocou aplikácie na konverziu opioidov (18). Priemerná denná OME dávka užívaná počas dvoch vstupných dní sa porovnávala s priemernou dennou dávkou počas intervenčných dní pri užívaní vitamínu C a bola analyzovaná dvojitým párovým T-testom.

Výsledky

Do štúdie bolo zahrnutých 24 pacientov. Sedem nedokončilo štúdiu pre nestabilnú bolesť (1), progresiu ochorenia (1), nevhodnosť (1) a nespupnosť (4). Sedemnásť pacientov so širokým

spektrum malignít (najčastejšie malignity gastrointestinálneho traktu, gynekologické malignity a kar-

Obrázok. Porovnanie priemerného užívania opioidov ako ekvivalentov perorálneho morfinu v dňoch pred a po liečbe vitamínom C



cinóm prsníka) bolo zahrnutých a vyhodnotených (vek od 50 – 80 rokov). Medián výkonnostného stavu bol 60 % a medián komorbidít bol 6 (rozsah 3 – 11). Podľa Edmontonského klasifikačného systému nádorovej bolesti bola najčastejšou nociceptívna bolesť. Štrnásť pacientov dokončilo vstupnú fázu a tri intervenčné dni, traja pacienti dokončili vstupnú fázu, ale len dva intervenčné dni kvôli zmene zdravotného stavu.

Bazálna liečba bolesti pacientov zahnovala: transdermálny fentanyl (6), morfin s pomalým uvoľňovaním (1), metadón (3), oxykodón s pomalým uvoľňovaním (5), oxykodón v kombinácii s naloxónom s pomalým uvoľňovaním (3). Jeden pacient užíval kombináciu transdermálneho fentanylu a pomaly sa uvoľňujúceho morfinu. Liečba prelomovej bolesti zahŕňala sublingválny fentanyl (1), subkutánny fentanyl (1), rýchlo účinkujúci morfin (2), rýchlo účinkujúci oxykodón (16).

Obrázok zobrazuje strednú OME dávku u každého pacienta pred a počas užívania vitamínu C. Okrem jedného pacienta so zmiešanou nociceptívno-neuropatickou bolesťou, ktorý hlásil 40 % redukciu dávky počas intervenčného obdobia, sa u ostatných pacientov OME nezmenila alebo sa dokonca zvýšila. Počas vstupnej fázy bol medián OME dávky všetkých účastníkov štúdie 360 mg perorálneho morfinu na deň. Počas liečby vitamínom C bol medián OME mierne vyšší (390 mg), bez rozdielu v priemerných hodnotách pred a po štúdiu.

Osem pacientov hlásilo nežiaduce účinky vyššieho stupňa ako pri zaradení do štúdie: somnolencia (6), nauzea (5), zimnica (3), hnačka (2), zhoršenie úrovne sústredenosti (2), úzkosť (2), pálenie pri močení (1). Ani jednu nežiaducu udalosť nebolo jednoznačne možné pripísať štúdiu liečby.

Požadovala sa minimálne 25 % odpovedí na liečbu (čo je minimálna očakávaná účinnosť placebo), aby bolo možné oprávnenne pristúpiť k väčšej randomizovanej štúdiu (19). S presnosťou odhadu na úrovni signifikancie 5 % (jednostran-

nej pri predpoklade redukcije dávky OME) a 80 % sile, je potrebných 37 zhodnotiteľných pacientov. Pri interim analýze v približne polovici plánovanej veľkosti vzorky sa nezistil žiaden priaznivý efekt a veľmi malá pravdepodobnosť, že by pokračovanie v náboře prinieslo väčší efekt ako placebo, preto bola štúdia uzavretá.

Diskusia

Táto štúdia demonštruje, že vysoké dávky vitamínu C podávaného orálne v kombinácii s opioidmi bolo prijateľné s rozumnou mierou spolupráce, aj keď došlo k značnému úbytku pacientov zo štúdie aj počas len 5 dní. Počet nežiaducich udalostí sa prirodzene predpokladal v populácii s pokročilým ochorením, mnohými komorbiditami a konkomitantnou medikáciou. Žiaden nežiaduci účinok sa nepovažoval za priamo vyvolaný štúdiovým liekom a žiaden nevedel k ukončeniu účasti v štúdiu.

Limitom štúdie bolo stanovenie len jedného primárneho cieľa, teda celkovej dennej dávky opioidov, ale toto umožnilo variabilitu v užívaní liekov v skupine pacientov, v ktorej je ťažko dosiahnuť štandardizovanú medikáciu. Absencia akéhokoľvek významného rozdielu v tejto pilotnej štúdiu nevylučuje možný malý benefit, ktorý by sa mohol zistiť pri väčšej vzorke populácie. Tak či tak, okrem jednej výnimky podobný vzorec užívania analgetík jednotlivými účastníkmi počas 5-dňového obdobia štúdie dokazuje nepravdepodobnosť významného účinku. Skúsenosť z chirurgickej štúdie svedčila o rýchlom nástupe priaznivého efektu (12). Vysoké dávky vitamínu C môžu mať nejaký analgetický alebo opioid šetriaci efekt pri akútnej bolesti alebo pri niektorých typoch nenádorovej bolesti, ale efekt u pacientov so silnou a komplexnou nádorovou bolesťou je nepravdepodobný.

Literatúra

1. Gilson AM, Ryan KM, Joranson DE, Dahl JL, et al. A reassessment of trends in the medical use and abuse of opioid analgesics and implications for diversion control: 1997 – 2002. *J Pain Symptom Manag.* 2004; 28(2): 176–188. CrossRefGoogle Scholar.
2. González MJ, Miranda-Massari JR, Mora EM, Guzmán A, Riordan NH, Riordan HD, Casciarri JJ, Jackson JA, Román-Franco A. Orthomolecular oncology review: ascorbic acid and cancer 25 years later. *Integrative Cancer Therapies.* 2005; 4(1): 32–44. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
3. Johnston CS. Biomarkers for establishing a tolerable upper intake level for vitamin C. *Nutr Rev.* 1999; 57(3): 71–77. CrossRefPubMedGoogle Scholar.
4. NHMRC. Nutrient reference values for Australia and New Zealand including recommended dietary intakes. *Vitamin C.* 2005: 119–127. Google Scholar.
5. Bryer SC, Goldfarb AH. Effect of high dose vitamin C supplementation on muscle soreness, damage, function, and

oxidative stress to eccentric exercise. *USNEM.* 2006; 16(3): 270–280. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

6. Antioxidants PoD, Compounds R, Nutrients SoURLo, Interpretation So, DRIs Uo, Intakes SCotSEoDR, et al. Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. *IOM.* 2000. doi:10.17226/9810Google Scholar.

7. Connolly DAJ, Lauzon C, Agnew J, Dunn M, Reed B. The effects of vitamin C supplementation on symptoms of delayed onset muscle soreness. *J Sports Med Phys Fitness.* 2006; 46(3): 462–467. PubMedGoogle Scholar.

8. Thompson D, Bailey DM, Hill J, Hurst T, Powell JR, Williams C. Prolonged vitamin C supplementation and recovery from eccentric exercise. *EJAP.* 2004; 92(1): 133–138. Google Scholar.

9. Kirk G, White J, McKie L, Stevenson M, Young I, Barry Clements WD, et al. Combined antioxidant therapy reduces pain and improves quality of life in chronic pancreatitis. *J Gastrointest Surg.* 2006; 10(4): 499–503. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

10. Jensen NH. Reduced pain from osteoarthritis in hip joint or knee joint during treatment with calcium ascorbate. A randomized, placebo-controlled cross-over trial in general practice. *Ugeskr Laeger.* 2003; 165(25): 2563–2566. PubMedGoogle Scholar.

11. Chen S, Roffey DM, Dion C-A, Arab A, Wai EK. Effect of perioperative vitamin C supplementation on postoperative pain and the incidence of chronic regional pain syndrome. *Clin J Pain.* 2016; 32(2): 179–185. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

12. Kanazi G, El-Khatib M, Yazbeck-Karam V, Hanna J, Masri B, Aouad M. Effect of vitamin C on morphine use after laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *CJA.* 2012; 59(6): 538–543. Google Scholar.

13. Alaei H, Esmaili M, Nasimi A, Pourshanzari A. Ascorbic acid decreases morphine self-administration and withdrawal symptoms in rats. *Pathophysiology.* 2005; 12(2): 103–107. CrossRefPubMedGoogle Scholar.

14. Deshpande C, Dhir A, Kulkarni S. Ascorbic acid inhibits development of tolerance and dependence to opiates in mice: possible glutamatergic or dopaminergic modulation. *Indian J Pharm Sci.* 2008; 70(1): 56. CrossRefPubMedPubMedCentralGoogle Scholar.

15. Evangelou A, Kalfakakou V, Georgakas P, Koutras V, Vezyraki P, Iliopoulou L, et al. Ascorbic acid (vitamin C) effects on withdrawal syndrome of heroin abusers. *Vivo.* 2000; 14(2): 363–366. Google Scholar.

16. Nikolaichuk CL, Fainsinger RL, Aass N, Hjermstad MJ, Knudsen AK, Klepstad P, Currow D, Kaasa S. The Edmonton Classification System for Cancer Pain: comparison of pain classification features and pain intensity across diverse palliative care settings in eight countries. *J Pall Med.* 2013; 16(5): 516–523. CrossRefGoogle Scholar.

17. National Cancer Institute, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)* [online]. Version 4.0. Published May 28, 2009; Revised version 4.03 June 14, 2010. Available from: http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf. Accessed March 20, 2013.

18. Australian College of Rural and Remote Medicine. GP Pain Help. Centre for Palliative Care Research and Education. 2014. Available from: http://www.gppainhelp.com/Dose_Conversion.html. Accessed January 10, 2016.

19. Hardy J, Quinn S, Fazekas B, Plummer J, Eckermann S, Agar M, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study to assess the efficacy and toxicity of subcutaneous ketamine in the management of cancer pain. *J Clin Oncol.* 2012; 30(29): 3611–3617.

Preklad: MUDr. Lucia Dzurillová

Oddelenie paliatívnej medicíny
a klinickej onkológie
Národný onkologický ústav
Klenová 1, 833 10 Bratislava

Správa o činnosti Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny

MUDr. Jana Hoozová

Liečebňa sv. Františka, Bratislava

Slovenská spoločnosť paliatívnej medicíny (SSPM) vznikla v auguste 2015, následne sa stala členom Slovenskej lekárskej spoločnosti. Prevzala na seba povinnosti spojené s rozvojom paliatívnej medicíny v oblasti zdravotníckej starostlivosti a vzdelávania. Hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) pre paliatívnu medicínu MUDr. Kristína Križanová je zároveň aj predsedníčkou SSPM. Tieto dva „inštitúty“ sú hlavnými nositeľmi odbornosti v oblasti paliatívnej medicíny na Slovensku. Členská základňa SSPM sa rozrástla, koncom roku 2016 mala viac ako 50 členov. Už na jeseň roku 2015 usporiadala v Trenčíne SSPM v spolupráci s Inštitútom pre vzdelávanie v paliatívnej medicíne (IVPM) konferenciu s názvom **Paliatívna medicína ako akútny problém?** SSPM prevzala štafetu od kolegov algeziológov a oživila vydávanie časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti. Vznikla spoločná webová stránka IVPM a SSPM – www.paliativnamedicina.eu.

Od roku 2016 sa SSPM podieľa na integrácii paliatívnej zdravotnej starostlivosti do slovenského zdravotníckeho systému. Za prioritné sme považovali vzdelávanie v odbore Paliatívna medicína a riešenie problematiky mobilných hospicov. Simultánne sa pracovalo (a pracuje) na viacerých dôležitých projektoch. V apríli 2016 bol na MZ SR prvýkrát podaný návrh nového znenia Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore Paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Keďže bol bez odozvy zo strany MZ SR, podali sme tento návrh opäť v júni tohto roku. Obsahuje viaceré dôležité zmeny, ktoré majú posilniť odborné postavenie lekárov paliatívnej medicíny v príslušných zdravotníckych zariadeniach a veľkých nemocniciach.

Prelom rokov 2016 a 2017 sa niesol v znamení aktívnej práce na znovuzískaní akreditácie odboru Paliatívna medicína ako špecializačného študijného odboru na Slovenskej zdravotníckej univerzite (SZU). S radosťou sledujeme fakt, že každý rok sa hlásia noví lekári so záujmom o špecializačnú skúšku v odbore Paliatívna medicína.

Akreditačný proces sme zavřili úspešne, garantom odboru sa stala MUDr. Andrea Škripeková, PhD. Na jar 2017 podala SSPM v spolupráci s garantom odboru a hlavnou odborníčkou MZ SR návrh na zmeny v Minimálnom štandarde pre špecializačný študijný program v špecializačnom študijnom odbore Paliatívna medicína. Zmeny odrážajú vývoj v paliatívnej starostlivosti ako v modernom medicínskom odbore. Od roku 2016 sa dvakrát do roka prostredníctvom SZU realizujú tematické kurzy o paliatívnej medicíne, ktoré sa stali pevnou súčasťou školiaceho systému na Oddelení paliatívnej medicíny NOÚ.

SSPM od svojho vzniku aktívne oslovuje zdravotné poisťovne (ZP) s cieľom zlepšiť financovanie ústavnych hospicov. V roku 2017 tak došlo k miernemu navýšeniu úhrady za lôžkovoň zo strany VřZP a Dôvery. SSPM tiež opakovane žiadalo ZP o dialóg pri hľadaní mechanizmu úhrady za starostlivosť o pacientov v mobilných hospicoch. Tento proces bol dlho zablokovaný neochotou ZP prekonať prekážku v podobe nedostatkov v **starom**, ale doteraz platnom katalógu zdravotných výkonov, ktorý neobsahoval výkony pre paliatívnu medicínu, a teda ani pre hospicovú mobilnú starostlivosť. S radosťou a očakávaním sme preto pracovali na tvorbe **nového katalógu** zdravotných výkonov, ktorý sa začal tvoriť na MZ SR minulý rok a pred letnými prázdninami tohto roku už dostal reálne kontúry aj v oblasti pôsobenia mobilných hospicov. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v rámci DRG formuje v spolupráci so SSPM termín **Komplexná paliatívna starostlivosť (trieda výkonov 8v1c)**. Tento rok sme tiež pripomenovali materiál k novým Minimálnym požiadavkám na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. Ďalším nádejným projektom na pevnejšie ukotvenie paliatívnej medicíny v slovenskom zdravotníctve je tvorba štandardných preventívnych, diagnostických a terapeutických postupov (řPDTP) pre paliatívnu starostlivosť, ktorú spúřa

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e71

MZ SR. Hlavná odborníčka MZ SR pre paliatívnu medicínu je predsedníčkou odbornej pracovnej skupiny (OPS) pre tvorbu řDPTD, všetci členovia OPS sú členmi SSPM. V dňoch 16. – 17. novembra 2017 sa vo Vatikáne uskutoční medzinárodné podujatie **WMA European Region Meeting on End-of-Life Questions**, ktorého sa Slovenská lekárska spoločnosť zúčastní vďaka nominácii členky SSPM.

Na záver radostné konštatovanie, že SSPM v spolupráci s IVPM usporiadali tento rok, už tradične v máji, druhú konferenciu SSPM s hlavnou témou: **Mobilné hospice na Slovensku a v Európskej únii**. Konferencia sa konala 27. 5. 2017 v Bratislave. Prvá konferencia SSPM s názvom **Slovenská paliatívna medicína konečne európska?** sa konala 28. 5. 2016 v Bratislave. Na oboch sa zúčastnil aj MUDr. Ondřej Sláma, aktuálny predseda Českej spoločnosti paliatívnej medicíny, ktorá bola našim vzorom pri zakladaní SSPM.

Želám nám všetkým, aby sme v SSPM naďalej pokračovali v úspešne začatej práci. A to napriek nedostatku času, ktorý si kradneme od našich rodín, napriek chronickej únave a napriek frustrácii z nedocenenia a nepochopiteľnej nepriazni kompetentných inštitúcií. Často je jediným naším povzbudením vďačnosť pacienta alebo jeho blízkych alebo naše vzájomné stretnutia, na ktorých sa ubezpečujeme, že „páchať dobro“ pre ťažko chorých a umierajúcich pacientov v podobe paliatívnej starostlivosti, čiže medicíny s ľudskou tvárou, je to, čo je správne a čo nás napriek všetkým bremenám napľňa.

MUDr. Jana Hoozová
Podpredsedníčka SSPM

MUDr. Jana Hoozová
Liečebňa sv. Františka
Krásna 22, 821 05 Bratislava
janahoozova@gmail.com



In this section, European – and international – palliative care organisations are invited to explain their goals, express their hopes and voice their concerns

Palliative care in Slovakia has come a long way since the 1990s

In the young Slovak Republic, palliative care came into being in the 1990s thanks to much dedication and passion. The country now has eight hospices and six palliative care departments. But further development is hampered by poor financial coverage and issues around opioid prescription

In Slovakia, palliative care started in the 1990s, after the Velvet Revolution of 1989 in what was then Czechoslovakia and the creation of the new Slovak Republic in 1993. Among the pioneers who promoted the idea of hospice care for the terminally ill were Stanislav Fabuš, an anaesthesiologist and pain specialist from the city of Martin in the Turiec region, Leopoldína Scheidová, a physician from Bratislava (which today is Slovakia's capital) and Alica Váľkyová, a physician from Bardejov.

First hospices

Stanislav Fabuš and his colleagues in Martin laid the foundation for palliative care development, especially pain management, in the whole country. However, it took a while to create the right conditions for building hospices and providing outpatient hospice care. This was partly due to the indecisiveness of the Slovak Ministry of Health and its reluctance to offer specialised care to the incurably ill and the dying (a reluctance shared by the country's three health insurance companies), there were no hospices in Slovakia until 2003.

Inpatient hospices gradually opened from 2003 onwards, the first one being Matky Terezy Hospice in Bardejovská Nová Ves, established in July 2003. Seven were to follow: Trstice Hospice, which is integrated with a residential home and social care services for the elderly, in Trstice (January 2004); sv. Alžbety Hospice in Ľubica (September 2005); Milosrdných Sestier Hospice in Trenčín (December 2005); Liečebňa St Františka Hospice in Bratislava (July 2005); Dom pokoja a zmiernu u Bernadetty Hospice in Nitra (February 2007); sv. Františkaz



Kristina Križanová and Andrea Škripeková,
Association of Hospice and Palliative Care in Slovakia

Assisi Hospice in Palárikovo (October 2007); and Dom božieho milosrdenstva Hospice in Banská Bystrica, which is part of a sociomedical complex that also includes a retirement home and a social services centre (March 2008).

The issue of funding

In Slovakia, the cost of healthcare services is reimbursed by three health insurance companies, of which two are private. This is the only source of funds, as social insurance does not contribute in any way to the financing of healthcare services. GPs are paid by capitation but fees are low. Specialists do not receive enough contracts from the health insurance companies to cover patients' needs for medical services. In theory, inpatient services are fully covered, but in reality they are underfunded and the salaries of healthcare professionals are inadequate. In outpatient care, patients have to contribute to the cost of medications. In hospices, 40 – 60% of the cost of care is paid for by patients and families, as the health insurance companies do not consider hospices to be necessary medical facilities. Generally speaking, healthcare is underfinanced and service provision is not sufficient to meet patients' needs.

Flagship department

In 1995, a palliative medicine department was created at the National Oncology Institute in Bratislava (Národný onkologický ústav v Bratislave). It provides complex, acute in- and outpatient care to terminally ill cancer patients. The beginnings were difficult and required great commitment from staff,

as palliative medicine was still poorly understood by clinical and surgical oncologists. Oncologists from the older generation were still used to relying on palliative chemotherapy and radiotherapy for pain and symptom management. But the younger generation had a better grasp of what palliative medicine can bring to patients and families.

Kristina Križanová was Head of the department from its creation until 2014, when Andrea Škripeková took over (the co-authors of this article). In February 2015 it was the department's 20th anniversary. It has now entered a phase of stability and we are looking to improve the quality of its work, particularly in the field of research.

Outside of this flagship department, there are only four palliative care departments in hospitals: in Bratislava (Univerzitná nemocnica Milosrdní bratia), Košice (Vysokošpecializovaný geriatrický ústav), Trstená and Považská Bystrica. The cost of care in these departments is poorly reimbursed by health insurance companies and no new departments are planned in the foreseeable future.

A mobile paediatric team

In 2002, a mobile hospice team called Plamienok (which translates as 'The Flicker', as in 'the flicker of a flame') was created in Bratislava to care for children with life-limiting or life-threatening illness at home. This organisation is led by paediatrician and clinical oncologist Mária Jasenková. Its activities and the number of children under its care keep increasing. The children, 60% of which have diseases other than cancer, are cared for by a team of physicians, psychologists, nurses, social workers and teachers. Plamienok does not have contracts with health insurance companies: services are funded by grants and donor contributions.

The Association of Hospice Care in Slovakia (Asociácia hospicovej starostlivosti na Slovensku) was established in 2000 in Trenčín, in western Slovakia, its first members being the healthcare professionals who had been involved at a political level in discussions about developing hospice care. In 2005, it changed its name to the Association of Hospice and Palliative Care in Slovakia (Asociácia hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku) and it is now based in Palárikovo.

In 2006, the Ministry of Health recognised palliative medicine as a medical specialty, giving new impetus to palliative care development.

Educating professionals

Since 2009, the palliative medicine department at the National Oncology Institute is also used as a training centre by the Slovak Medical University to



■ Four members of the team at the Department of Palliative Medicine (National Oncology Institute, Bratislava) celebrating its 20th anniversary

educate the country's future palliative medicine specialists. The three-year programme of specialisation in palliative medicine has been accredited since 2012. So far, eight physicians have received a certificate in palliative medicine, and four more are due to finish training in 2015.

The Jesenius Faculty of Medicine in Martin, which is part of the Comenius University, runs palliative nursing programmes for its under- and postgraduate nursing students. Clinical oncologists, physicians and geriatricians receive palliative care training as part of their continuing education at the Slovak Medical University. Training GPs in palliative care is more of a problem. The Slovak healthcare system suffers from a lack of GPs, especially in rural areas. Out of 2,500 GPs, 30% are over 60 years of age and another 40% are over 50. Educating older physicians is quite difficult, especially in a new field.

Spreading the word

A host of palliative care conferences, both for medical and non-medical staff, regularly take place in Slovakia. Matky Terezy Hospice in Bardejovská Nová Ves has organised nine editions of its 'International Conference on Perspectives for Hospices' which, as suggested by its title, covers a variety of topics – from creating, funding and organising hospices to issues around nursing, spiritual and social care. The department of social work of the University of Trnava holds a biennial 'International Conference of Palliative and Hospice Care', with lectures of interest to medical doctors, nurses and other members of the multidisciplinary team; there has been seven editions so far. For the past ten years, the Jesenius Faculty of Medicine has hosted a biennial 'Conference of Hospice Care in Martin', with a focus on nursing care.

Slovakia and the Czech Republic take it in turns to host the annual 'Czech and Slovak Conference of Palliative Medicine', which focuses on the management of pain and other symptoms in incurable disease (cancer and other). Organisers are the Czech Society of Palliative Care and the Chapter of Palliative Care of the Slovak Society for the Study and Management of Pain. The 7th conference will be held in Brno (Czech Republic) in October 2015.

A journal entitled *Palliative Medicine and Pain Management* is published both in Slovak and Czech. From 2008 to 2014 there was a print edition, but because of a lack of funds it is now online only.

Remaining barriers

Despite the progress made since the 1990s, several major barriers to adequate palliative and end-of-life care in Slovakia remain.

There is a lack of facilities in social and long-term nursing care, so there are not enough services to look after the elderly and the seriously ill. We estimate the need for palliative and hospice beds to be approximately ten for every 100,000 inhabitants, so 540 beds are needed in total; however, at present, there are only around 180.

There is no organised palliative home care service provision. Home care is provided, at their own initiative, by some nurses working for home nursing agencies, in co-operation with palliative care doctors. These doctors, who are certified in palliative medicine, provide mostly outpatient palliative care services but are established as GPs, as otherwise they would not be able to have contracts with the health insurance companies.

No palliative care doctor in Slovakia is licensed to prescribe opioids, nor some of the other drugs and medical equipments commonly used in palliative medicine (gabapentin, midazolam, haloperidol, syringes and needles, equipment to treat fungating lesions and fistulas, and so on). We are currently negotiating with the Ministry of Health in order to increase the indication limits of these drugs and medical aids for palliative care doctors. There are two issues here: the restrictions imposed on the prescription of some drugs, mainly expensive ones, because of the endemic lack of funds, and the fact that opioids are classified as 'addictive substances' and their use restricted.

Continuous administration of drugs through pumps or syringe drivers hardly exists outside oncology, intensive care or acute medicine clinics and hospital departments. It is extremely difficult to organise continuous drug administration for patients at home. Funds are lacking and, to purchase the necessary equipment, money from

donors would need to be set aside. GPs do not do home visits adequately and they do not know how to deal with dying patients. They cannot prescribe strong opioids and are not trained in their use. Until recently, there were no hospices and most people died in hospital, so there is no culture of how to deal with death and dying in the community. There used to be specialised geriatric nurses who visited the elderly at home, enquiring about their needs, but they no longer exist.

The relative poverty of Slovak households makes it almost impossible for relatives to leave their jobs in order to care for a terminally ill family member. There is no such thing as paid family leave. If a relative has a disability or long-term illness, families can claim financial support from the local authorities, but the process takes time. If the prognosis is a few weeks or months, it is unlikely that financial support will be granted to the family before their loved one's death.

Finding the right balance

The Slovak healthcare system prides itself on being free of charge for patients; however, it cannot work properly when there is not enough money. To get acute care, many patients travel to Austria or the Czech Republic, where they sometimes pay less than in Slovakia. Palliative care has been formally recognised as a specialty and its importance acknowledged, but public funding remains modest. Also, the curative approach and the idea that disease can be 'defeated' have a strong hold both among the general public and many physicians.

We have a long way to go. We will keep trying to influence healthcare policies in order to promote hospice and palliative care. One of our tasks will be to find the right balance so that the palliative and curative approaches work in partnership in the interests of patients and families. We need to teach the palliative care approach to students in every field of medicine, and introduce it to related fields such as geriatrics and neurology. Finally, we need to start doing more research ■

Kristina Križanová, Palliative Care Physician, Department of Palliative Medicine, National Oncology Institute; Palliative Medicine Expert, Slovak Ministry of Health; Palliative Medicine Lead, Slovak Medical University, Bratislava; Committee Member, Association of Hospice and Palliative Care in Slovakia, Palárikovo. Andrea Škripeková, Palliative Care Physician and Head, Department of Palliative Medicine, National Oncology Institute, Bratislava; Committee Member, Association of Hospice and Palliative Care in Slovakia, Palárikovo, Slovakia

