

**OSTRAVSKÁ UNIVERZITA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



**OSTRAVSKÁ  
UNIVERZITA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

**SPECIFIKA POSKYTOVÁNÍ  
PALIATIVNÍ PÉČE  
V JEDNOTLIVÝCH MEDICÍNSKÝCH  
OBORECH**

Paliativní medicína II.

Ostrava 2025

- © Radka Bužgová, 2025
- © Lenka Lazecká Delongová, 2025
- © Patrícia Gubová, 2025
- © Viktória Hránková, 2025
- © Pavla Jadrníčková, 2025
- © Ludmila Muroňová, 2025
- © Marie Lazarová, 2025
- © Barbora Lazecká, 2025
- © Anna Pekařová, 2025
- © Martina Romanová, 2025
- © Martin Sabela, 2025
- © Ondrej Šušol, 2025
- © Pavla Zárubová, 2025
- © Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, 2025

## Obsah

1	Specifika paliativní péče v interních oborech .....	8
1.1	Obecná specifika.....	8
1.2	Specifické problémy v gastroenterologii .....	9
1.2.1	Obecná problematika.....	9
1.2.2	Optimalizace maligních stenóz .....	9
1.2.3	Terminální péče při cirhosis hepatis .....	10
1.3	Specifické problémy v nefrologii .....	13
1.3.1	Konvenční dialyzační terapie vs. konzervativní terapie.....	13
1.3.2	Paliativní režim HD na míru .....	15
1.4	Výživa u terminálně nemocných pacientů.....	15
1.4.1	Podpora výživy je indikována .....	15
1.4.2	Podpora výživy není indikována .....	16
1.5	Paliativní péče v kardiologii .....	16
1.5.1	Úvod.....	16
1.5.2	Prognóza a kvalita života pacientů s CHSS .....	17
1.5.3	Začlenění specializované paliativní péče v kardiologii.....	17
1.5.4	Terapie pokročilého srdečního selhání.....	18
1.6	Paliativní péče v pneumologii .....	21
1.6.1	Úvod.....	21
1.6.2	Plicní nemoci s možným závažným průběhem a jejich příznaky .....	21
1.6.3	Základní plicní syndromy.....	22
2	Specifika paliativní péče v geriatрии.....	50
2.1	Odlišnosti geriatrické paliativní péče .....	50
2.2	Místo poskytování geriatrické paliativní péče.....	51
2.3	Indikace paliativní péče .....	51
2.4	Medikace v geriatрии.....	51

2.5	Geriatrické syndromy .....	52
2.5.1	Syndrom geriatrické křehkosti .....	52
2.5.2	Syndrom terminální geriatrické deteriorace .....	53
2.5.3	Demence .....	54
3	Specifika paliativní péče v hematoonkologii .....	58
3.1	Úvod .....	58
3.2	Specifika hematoonkologických pacientů .....	59
3.2.1	Infekční komplikace .....	60
3.2.2	Anémie .....	60
3.2.3	Krvácení .....	61
3.2.4	Psychosociální zátěž.....	61
3.2.5	Další vybrané symptomy a jejich management u hematoonkologických pacientů 61	
3.3	Trajektorie hematoonkologického pacienta.....	62
4	Specifika paliativní péče V ORL .....	70
4.1	Úvod .....	70
4.2	Management paliativní terapie v ORL .....	70
4.2.1	Dušnost.....	70
4.2.2	Poruchy polykání.....	71
4.2.3	Krvácení .....	71
4.2.4	Bolest.....	71
4.2.5	Nehojící se rány.....	72
4.3	Kvalita života pacienta .....	72
5	Specifika paliativní péče v gynekologii .....	75
5.1	Úvod do paliativní péče u pacientek s gynekologickou malignitou .....	75
5.2	Specifika paliativní péče v onkogynekologii.....	76
5.2.1	Nádorové onemocnění zevních rodidel.....	76

5.2.2	Nádorové onemocnění děložního hrdla.....	76
5.2.3	Nádorové onemocnění děložního těla .....	76
5.2.4	Nádorové onemocnění vaječníků a vejcovodů.....	77
5.3	Symptomy a management pokročilého onkogynekologického onemocnění .....	77
5.3.1	Obecné symptomy nádorového onemocnění .....	77
5.3.2	Symptomy specifické pro gynekologické malignity .....	77
6	Specifika paliativní péče v pediatrii .....	85
6.1	Úvod .....	85
6.2	Skupiny dětí indikovaných pro paliativní péči .....	85
6.2.1	Kategorie dětské paliativní péče .....	86
6.3	Plánování dětské paliativní péče.....	87
6.4	Perinatální paliativní péče .....	88
7	Specifika paliativní péče v anesteziologii a intenzivní medicíně.....	92
7.1	Paliativní medicína v přednemocniční péči (PNP).....	92
7.1.1	Vhled do prostředí přednemocniční péče.....	92
7.1.2	Paliativní pacient v PNP.....	92
7.2	Paliativní medicína v intenzivní medicíně.....	94
7.2.1	Vhled do prostředí intenzivní medicíny (ARO, JIP).....	94
7.2.2	Paliativní pacient v intenzivní medicíně .....	95
8	Specifika paliativní péče v neurologii .....	97
8.1	Specifika neurologických pacientů v paliativní péči .....	97
8.1.1	Často opomíjená důležitá specifika u neurologických pacientů .....	98
8.2	Léčba neurologických symptomů.....	98
8.2.1	Porucha hybnosti .....	98
8.2.2	Porucha komunikace .....	99
8.2.3	Kognitivní poruchy, změny chování, psychiatrické komorbidity .....	99
8.2.4	Poruchy polykání.....	101

8.2.5	Epileptické záchvaty .....	101
8.2.6	Neuropatická bolest.....	102
8.2.7	Autonomní poruchy.....	103
8.2.8	Spasticita .....	104

# ÚVOD

Milí studenti,

předložený studijní text je určen pro studenty všeobecného lékařství. Rozšiřuje studijní texty zaměřené na specializovanou paliativní péči (Paliativní medicína 1). Každý lékař může svým přístupem a jednáním přispět ke zvyšování kvality zdravotní péče o umírající pacienty. K tomu je zapotřebí, aby měl patřičné odborné znalosti v oblasti paliativní medicíny a povědomí o tom, jak aplikovat principy paliativní péče v jednotlivých klinických oborech.

Právě lékaři se mnohdy běžně v praxi setkávají s umírajícími pacienty a jejich rodinnými příslušníky, proto je nezbytně nutné, aby byli seznámeni s problematikou péče v závěru života u pacientů s různými typy chronických nemocí, mohli správně posuzovat a vyhodnocovat jednotlivé situace a adekvátně na ně reagovat.

Po prostudování studijního textu byste měli znát:

- specifika poskytování paliativní péče v interních oborech (kardiologie, nefrologie, pneumologie, gastroenterologie),
- specifika paliativní péče v geriatrici,
- specifika paliativní péče v onkogynekologii,
- specifika paliativní péče v hematoonkologii,
- specifika paliativní péče v neurologii,
- specifika paliativní péče v ORL,
- specifika paliativní péče v přednemocniční péči a intenzivní medicíně.

Předtím než si budete studovat studijní text je vhodné, abyste nejdříve přečetli studijní texty Paliativní péče I. Pro lepší pochopení tématu jsou v textu uvedeny kazuistiky a úkoly na procvičení dané problematiky. Správné řešení některých úkolů najdete vždy na konci kapitoly. Na konci každé části jsou vždy shrnuty nejdůležitější informace, které byste si měli určitě zapamatovat (TAKE HOME MESSAGE). Je uveden také seznam zkratk a seznam použité literatury.

# 1 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V INTERNÍCH OBORECH

**Pavla Jadrníčková**

## **Cíle kapitoly:**

V této kapitole se seznámíte se specifiky paliativní péče ve vybraných interních oborech (gastroenterologie, nefrologie, pneumologie aj.). V rámci interních oborů jsou pro paliativní péči vhodní pacienti v konečných stádiích chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných nebo polymorbidní geriatrickí pacienti.

## **1.1 Obecná specifika**

Pacient přichází často k došetření s nespecifickými příznaky (anemický syndrom, slabost, únava, hubnutí, ikterus, dušnost, ...). Velmi rychle může dojít k zjištění závažné etiologie obtíží. Pacient ani jeho rodina na takovou zprávu zpravidla nejsou připraveni. Proto je vhodné s pacientem i jeho rodinou citlivě komunikovat a respektovat tyto principy:

- Zajistit maximálně komfortní prostředí – klidné prostředí mimo společný pokoj pacientů.
- Zajistit přítomnost rodiny – nutno se zeptat pacienta, zda a čí přítomnost by si přál.
- Mít dostatek času na pacienta i jeho rodinu.
- Vést citlivou komunikaci a poskytnout psychoterapeutickou podporu.
- Snažit se mluvit laickými výrazy. Většina pacientů není vzdělaná v medicíně, proto je nutné přizpůsobit slova, která používáme tak, aby jim rozuměli. Může se stát, že pacienti Vám nebudou rozumět, ani když jim budete sdělovat, že umírají.
- Připravit se na těžké otázky, se kterými můžete být konfrontováni.

Druhým specifikem je **přiměřenost léčby** u pacientů v konečných stádiích chronických orgánových onemocnění. I přes veškerou snahu zdravotnického personálu v některých situacích již naše péče nevede k uzdravení pacienta, je nutné pravidelně konsenzuálně přehodnocovat stav a odpověď pacienta na léčbu a event. včas přehodnotit postup léčby. Může dojít k zadržení terapie (angl. *withholding treatment*) nebo k využití bazální terapie (angl. *withdrawing treatment*).

**Zadržená terapie** je postup uplatňován u klinických stavů s předpokládaným nepříznivým vývojem nemoci. Další rozšíření diagnostických a léčebných postupů s největší pravděpodobností příznivě neovlivní klinický výsledek a kvalitu života pacienta. U pacientů již

nenasazujeme nová ATB, nenasazujeme vazopresorickou podporu, neprovádíme další vyšetření.

**O bazální terapii** hovoříme tehdy, pokud nelze zastavit postup nemoci, která neovlivnitelně spěje ke smrti. V této situaci se nepokračuje v neúčelné léčbě, která je redukována nebo ukončena. Např. vysazujeme ATB terapii, redukuje nebo vysazujeme vazopresorickou podporu, vysazujeme parenterální výživu, odpojujeme přístrojovou podporu...

V terminální fázi nevléčitelného onemocnění obvykle není při selhání vitálních funkcí indikována kardiopulmonální resuscitace = takzvaná DNR či DNAR (z angl. do not resuscitate či do not attempt resuscitation) a je součástí zadržené i bazální terapie.

### **TAKE HOME MESSAGE**

1. Pracujme společně na komunikačních schopnostech.
2. Léčbu pacienta je nutno opakovaně přehodnocovat dle změn celkového stavu a včas rozhodnout o ukončení protrahované kurativní terapie, která již dále může jen prodlužovat utrpení pacienta.
3. Prognóza nemocí je často velmi nejistá a špatně odhadnutelná, nečekáme tedy až na "poslední chvíli", ale o paliativní péči a péči v závěru života se snažíme komunikovat včas s pacientem i rodinou. Bohužel, ne vždy však máme tuto možnost.

## **1.2 Specifické problémy v gastroenterologii**

### **1.2.1 Obecná problematika**

V gastroenterologii se nachází četná paliativní řešení v závislosti na charakteru poškození gastrointestinálního traktu. Níže se soustředíme na nejčastější obtíže pacientů a jejich řešení.

### **1.2.2 Optimalizace maligních stenóz**

#### **Stenóza biliárního systému**

**Důsledky:** ikterus, svědění kůže, riziko opakovaných cholangitid, selhávání jaterních funkcí → krvácení, otoky, ascites, jaterní encefalopatie.

**Řešení:** zprůchodnění žlučových cest (zavedení stentu pomocí endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie / skopie (ERCP), v případě nemožnosti provedení pak pomocí

perkutánní transhepatická cholangiografie / drenáže (PTC / PTD) s možností vnitřní nebo vnější drenáže s vyvedením žluče do sběrného sáčku).

**Stenóza trubcovitého systému gastrointestinálního traktu (jícnu, duodena, jejunu, colon, ...)**

**Důsledky:** porucha perorálního příjmu, progresivní hubnutí, dehydratace, porucha pasáže, bolesti dle lokalizace (na hrudi, břicha, při polykání), riziko aspirace při regurgitaci, zvracení.

**Řešení:** Přednostně endoskopická dekomprese gastrointestinálního traktu se zavedením stentu, pokud nelze, pak chirurgické řešení překážky.

### 1.2.3 Terminální péče při cirhosis hepatis

Jaterní cirhoza je chronické jaterní onemocnění, v jehož důsledku dochází k přestavbě struktury jaterní tkáně spojené se ztrátou jaterních funkcí. Vlivem tohoto procesu dochází k mnoha klinickým příznakům. Níže uvádíme nejčastější obtíže a jejich řešení:

#### 1. Ascites + otoky

**Důsledky:** porucha perorálního příjmu, bolesti břicha, nechutenství, dušnost, ztížená mobilita.

**Řešení:** diuretická terapie, odlehčovací punkce (jednorázová punkce či permanentní drén – kohoutek“)

#### 2. Encephalopatie

**Důsledky:** zmatenost, agresivita, poruchy spánku, porucha perorálního příjmu.

**Řešení:** laxativa, antibiotika, paliativní parenterální podávání větvených aminokyselin v ambulantním režimu cestou zdravotnické služby.

#### 3. Krvácivé stavy

**Důsledky:** krvácení z jícnových varixů, krvácení do gastrointestinálního traktu, krvácení z dutiny ústní, epistaxe, subkutánní krvácení atd.

**Řešení:** lokální terapie chlazením / tlakem / vazopresory, hemostyptika, analgetika, antidepressiva.

---

## KAZUISTIKA 1

---

**NO: 52letý pacient odeslán na akutní interní ambulanci praktickým lékařem pro hyperbilirubinémii a ikterus.** Dosud léčen pouze pro arteriální hypertenzi a hypercholesterolémii. Subjektivně nemá obtíže, jen zhubl 5 kg za 3 měsíce. Nekuřák.

1/2023 Laboratorní patologie: AST 2 mmol/l, ALT 1,8 mmol/l, GGT 1.6 mmol/, ALP 4 mmol/l, bilirubin 65 mmol/l, CRP 20, sedimentace 30, Leu 9,0 x10<sup>9</sup>

### Vyšetření

UZ: játra nehomogenní struktury, mnohočetný ložiskový proces jater, v.s. metastázy, žlučník svařtělý, žlučové cesty s hraniční dilatací choledochu 6 mm, ledviny 12 cm délky, bez dilatace kalichopánvičkového systému, močový měchýř naplněn, stěna hladká

CT břicha: Tu proces pankreatu s těsnou souvislostí s cévními strukturami, meta proces jater, na zachycených bázích plic vícečetné nodularity bilat, vs. metastázy.

### Krok jedna: Seznámení pacienta s dosavadními poznatky

#### Jakou formulaci byste považovali za nejvhodnější?

A..... Např. Pane Nováku, na vyšetření jsme našli zatím nespecifické nálezy na slinivce, játrech a plicích. Mohlo by jít o nádory, avšak dokud si nevezmeme vzorek k vyšetření a přesnému určení nemůžeme nic potvrdit ani vyvrátit. Bude potřeba doplnit další vyšetření, pokud budete souhlasit. Může se jednat i o zcela jinou diagnózu.

B..... Např. Pane Nováku, dle dostupných vyšetření se zdá, že Vaše obtíže jsou způsobeny metastatickým zhoubným nádorovým procesem. Bohužel už se pravděpodobně nedá nic dělat. Pro jistotu bychom chtěli dodělat ještě odběr vzorku, ale nedělejte si žádné naděje.

C..... Např. Pane Nováku, bohužel mám pro Vás špatnou zprávu. Dle dostupných vyšetření se zdá, že Vaše příznaky jsou způsobeny pokročilým nádorovým procesem.

Nedovedu si ani představit čím teď musíte procházet. Zatím nevíme odkud nádor vyrůstá, pravděpodobně ze slinivky břišní, ale jsou zasažena játra i plíce.

Rádi bychom doplnili další vyšetření, včetně endoskopického odběru poškozené tkáně. Dle výsledků se pak bude určovat další postup. Nález je opravdu rozsáhlý.

### Příklady reakce pacienta z praxe, a jak s nimi naložit:

Reakce na negativní zprávu bývají často velmi emotivní. Vhodnou reakcí je odpovídání s empatií.

Před týdnem jsem trochu zežloutl, a Vy mi říkáte, že mám rakovinu?

⇒ Vidím, že Vás to překvapilo, nedovedu si představit, co teď zažíváte.

Cítím se skvěle, nevěřím Vám.

⇒ Přála bych si mít pro Vás lepší zprávy.

Minulý týden jsem se vrátil s rodinou z Egypta, nic mi není.

⇒ Vidím, že je to pro Vás velmi těžké.

### **Pokračování – další vyšetření**

Endoskopická ultrasonografie (EUS) – bioopsie ložiska

za 2 týdny výsledek – adenocarcinom pankreatu

2/2023 Dle schůzky multioborového týmu (MDT) –> inoperabilní nález, ke zvážení paliativní chemoterapie

### **Krok dvě: Sdělení diagnózy a postupu**

#### **Jakou formulaci byste považovali za nejvhodnější?**

A..... Pane Nováku, v biopsii byl potvrzen adenokarcinom pankreatu. Vzhledem k již známým metastázám bylo rozhodnuto již jen o maximálně paliativní chemoterapii. Při dimisi Vám bude sdělen termín na vstupní pohovor na onkologické ambulanci.

B..... Pane Nováku, se vzorku se bohužel potvrdilo, že se jedná o zhoubný nádor. Tedy rakovinu.

Již je rozšířená v játrech a plicích. Minulý týden zasedal tým specialistů z oboru chirurgie, onkologie radiologie a interny. Společně jsme se shodli, že vzhledem k rozsahu již nelze provést v tuto chvíli operaci, která by to zvrátila ani chemoterapii, která by Vás zcela vyléčila.

Můžeme Vám nabídnout chemoterapii ke zpomalení onemocnění. Měl byste o toto zájem?

Zároveň bychom Vás rádi objednali do paliativní ambulance, kde bude tým sester a lékařů, kteří budou dbát o Váš celkový stav. Nejste na to sám.

C..... Pane Nováku, máte rakovinu slinivky, už je to všude. Nedá se s tím nic dělat. Maximálně se může zkusit chemoterapie.

### **Pokračování – progrese stavu:**

2/2023 rehospitalizace

2/2023 Lab: AST 5 mmol/l, ALT 3,8 mmol/l, GGT 10.6 mmol/, ALP 4 mmol/l, bilirubin 145 mmol/l, CRP 40, sedimentace 40

Rozvoj obstrukce žl. cest, celková slabost, zvracení, nepříjem per os, opakovaná neúspěšná ERCP, PTC/PTD

Karnofski 40-50 %, vzhledem k progresi stavu rozhodnuto již jen o symptomatické, paliativní péči

## Krok tři: Umírání

### Jakou odpověď byste považovali za nejvhodnější?

A..... Pane Nováku, bohužel onemocnění se rychle zhoršuje a začíná nad Vámi vítězit. Nyní už jste tak slabý, že chemoterapie by Vám jen přihoršila a zkrátila Vaše dny. Je mi to líto, ale musíme se zaměřit na to, jak naložíme s časem, který zbývá. Předáme Vás do péče paliativního týmu lékařů a sester, který pomůže v tomto období. Zejména abyste neměl bolesti, nevolnosti či jiné obtíže. Přejete si něco vysvětlit?

B..... Pane Nováku, jste slabý jak moucha. Umíráte. Další léčba už nepřipadá v úvahu. Již vám nemůžeme pomoci. Bude schopna se o Vás postarat rodina nebo máme zajistit nějakou LDN či hospicovou péči?

C..... Pane Nováku, nemoc progreduje a nyní již laboratorně ani klinicky nesplňujete podmínky pro zahájení paliativní chemoterapie. Předáme Vás do péče paliativního týmu, někdo se za Vámi zastaví a domluvíte se na dalším postupu.

### TAKE HOME MESSAGE

Hledejme možnosti, jak pacientům ulevit i v terminálních stavech, jistě pacienta nevyлéčíme, ale stále mu můžeme zpříjemnit poslední chvíle

## 1.3 Specifické problémy v nefrologii

Česká nefrologická společnost vytvořila v roce 2021 Doporučený postup podpůrné a paliativní péče pro pacienty s pokročilým onemocněním ledvin. Doporučený postup stanovuje kritéria pro nezahájení nebo ukončení dialýzy a dále management symptomů v souvislosti s renálním selháním.

### 1.3.1 Konvenční dialyzační terapie vs. konzervativní terapie

Každý pacient s chronickým onemocněním ledvin v pozdním stádiu (CKD 4) při seznámení s léčebnými modalitami náhrady funkce ledvin by měl být informován o možnosti **konzervativní nefrologické léčby**, tj. nedialyzační léčby se zahrnutím podpůrné a paliativní nefrologické péče.

Konzervativní nefrologická péče je **AKTIVNÍ ZPŮSOB LÉČBY** selhání ledvin, který přináší celou řadu výhod zejména starším a křehkým pacientům. Při rozhodování o konzervativním způsobu léčby uplatňujeme tyto principy:

- Nutno posoudit pacientovy schopnosti rozhodování, posouzení možných reverzibilních faktorů, zapojení rodiny a určení osoby důvěry pro případ, že pacient nebude schopen sám rozhodovat.
- Vždy rozhoduje multidisciplinární tým příslušného nefrologického pracoviště a v případě potřeby či možnosti vhodné zapojení paliativního multidisciplinárního týmu k zajištění kontinuity péče i po ukončení či nezahájení dialýzy.
- Prognóza je obvykle v řádu měsíců od momentu, kdy by zřejmě byla zahájena dialýza, ale může být rok i déle.

Nefrologové zvažují nezahájení dialýzy zejména v následujících klinických situacích:

- pacienti s těžkou demencí,
- pacienti s těžkým mentálním postižením, kteří nejsou schopni spolupracovat při provádění dialýzy,
- pacienti v perzistujícím vegetativním stavu,
- pacienti s nádorovým onemocněním v terminálním stádiu, s orgánovým selháním v pokročilém/ terminálním stádiu, kteří jsou upoutáni na lůžko, jsou ve špatném funkčním stavu,
- pacienti s těžkou, kontinuální bolestí, např. v rámci nádorového onemocnění, kterým dialýza život prodlouží, ale za cenu utrpení,
- pacienti starší 75 let se závažnými komorbiditami, zejména ICHS,
- pacienti starší 80 let.

### **Dialýza na zkoušku?**

Zda provádět dialýzy na zkoušku patří mezi kontroverzní téma. Dialýza na zkoušku („*time trial dialysis*“) znamená zahájení dialýzy na určitou časově ohraničenou dobu, obvykle 4-6 týdnů, a to nejčastěji cestou centrálního žilního katétru. Následně je vyhodnoceno, zda pacient chce v dialýze pokračovat nebo si ji přeje ukončit.

### **Ukončení dialyzačního programu**

Rozhovory by měly být zahájeny s dostatečným časovým předstihem, aby došlo k vzájemnému porozumění všech účastníků pacientovým prioritám a jeho přáním včetně místa, kde mu bude

péče v závěru života poskytována (domácí prostředí, nemocnice, lůžkový hospic, atd.) a v jakém rozsahu.

Dialýza by měla být ukončena včas, než zátěž plynoucí z dialyzační léčby převýší její benefity. Po ukončení dialýzy je prognóza krátká (medián přežití 8 dní u anurika).

Je povinností/zodpovědností každého poskytovatele, který má v péči pacienta zvažujícího ukončení dialýzy, aby řešil možné reverzibilní faktory, které mohou ovlivňovat pacientovo rozhodování, jako je deprese, bolest nebo jiné symptomy, stejně tak jako potenciálně reverzibilní sociální faktory.

### **1.3.2 Paliativní režim HD na míru**

Obvykle se provádí intermitentní hemodialýza 2 - 3x týdně 3-4 hodiny. V paliativním režimu na přání pacienta lze hemodialýzu podstoupit např. 1x týdně na 4 hodiny / 4x týdně, ale jen 1 hodinu. Zkrácení léčebné procedury vede k nedostatečné korekci vnitřního prostředí, avšak za cenu získaného času mimo dialýzu. Normalizace metabolických parametrů v těchto případech již není naším primárním cílem.

#### **TAKE HOME MESSAGE**

Není vždy snadné rozpoznat závěrečnou fázi života a blížící se smrt. Nutné je opakovaně přehodnocovat celkový stav pacienta a konzultovat přání i hodnoty pacienta s pacientem samotným, případně jeho rodinou.

## **1.4 Výživa u terminálně nemocných pacientů**

Základní dělení nutriční podpory je na parenterální a enterální. Součástí enterální výživy jsou: pravidelná dieta, orální nutriční suplementace (ONS), živení skrze nasogastrickou sondu (NGS), živení skrze perkutánní gastrostomii / nutritivní jejunostomii (PEG /JS).

### **1.4.1 Podpora výživy je indikována**

V aktivní onkologické i paliativní medicíně u pacientů v dobrém klinickém stavu je podpora výživy indikována vždy. Ukončení kauzální protinádorové léčby není důvod k ukončení nutriční podpory (ESPEN doporučení). Je nutný individuální přístup a samotný pacientův souhlas s nutriční podporou.

V terminální péči se s parenterální výživou setkáváme pouze v jednotlivých případech, a to pokud její podání zlepšuje kvalitu života pacienta a její odnětí by nemocný subjektivně vnímal negativně či vede k prodloužení utrpení. Často není její podávání odůvodněné.

### **1.4.2 Podpora výživy není indikována**

Pokud plně informovaný pacient vědomě odmítá výživu, pak je nutné jeho přání respektovat v jakémkoli stadiu onemocnění. U umírajícího pacienta s prognózou přežití několik hodin či dní není nutriční podpora indikována stejně jako sledování nutričního stavu či nucení do přijímání výživy jakéhokoliv typu.

Pacient s těžkou demencí a poruchou příjmu potravy pro probíhající demenci, není indikován k provedení PEG a další nutrici touto cestou (amer. geriatrické doporučení 2023). Nutná je snaha o maximální podporu per os.

#### **TAKE HOME MESSAGE**

Pokud pacient není schopen per os příjmu, avšak má o něj stále zájem a je v biologicky uspokojivém stavu, pátřejme po možnostech výživy individuálně dle potřeb pacienta.

Ctěme přání a respektujme pacienta v jakémkoli stadiu onemocnění.

## **1.5 Paliativní péče v kardiologii**

**Marie Lazárová**

### **Cíle kapitoly**

V této kapitole se seznámíte se začleněním paliativní péče do komplexní kardiologické péče a dále se specifiky paliativní péče v kardiologii.

#### **1.5.1 Úvod**

Paliativní péče v kardiologii se týká převážně pacientů s chronickým srdečním selháním (CHSS). Jedná se o závažné chronické onemocnění, které má stále, i přes nezanedbatelné pokroky v terapii, velmi nepříznivou prognózu. Jedná se o terminální stav mnoha „civilizačních chorob“ jako jsou například hypertenze či ICHS. Paradoxně s úspěšnější léčbou akutních kardiologických stavů (arytmie, infarkt myokardu či akutní srdeční selhání) je stále více

pacientů konfrontováno s finální fází těchto onemocnění, jejíž manifestací bývá právě pokročilé srdeční selhání.

Srdečním selháním trpí 0,5-2 % populace s významným nárůstem prevalence ve vyšších věkových kategoriích. Celosvětově se předpokládá, že CHSS trpí až 26 milionů pacientů. S výrazným rozvojem kardiologie v posledních desetiletích a s všeobecně známým faktem stárnutí populace (dle prognostických odhadů bude v r. 2050 každý třetí člověk nad 65 let věku) lze očekávat, že prevalence a incidence srdečního selhání bude neustále narůstat. Analýzy udávají, že ve vyspělých zemích každý pátý člověk srdečním selháním onemocní.

### **1.5.2 Prognóza a kvalita života pacientů s CHSS**

Prognóza nemocných se srdečním selháním je i přes významné pokroky v péči, jichž bylo dosaženo v posledních desetiletích, nadále velmi nepříznivá a závažná. Polovina nemocných stále umírá do 5 let od stanovení diagnózy. Nicméně mortalita není jediným problémem srdečního selhání, neméně významnou komplikací u nemocných se srdečním selháním je morbidita. Onemocnění je zatíženo častými rehospitalizacemi, což se zásadně podílí na zhoršení prognózy nemocných. Pacienti s CHSS patří jistě k nekomplikovanější skupině kardiologických pacientů.

Pacienti s CHSS jsou konfrontováni se sníženou kvalitou života, která nadále klesá s pokročilostí onemocnění. Nepodílí se na tom pouze somatická omezení, ale rovněž psychologické obtíže vyplývající z výrazně limitujícího onemocnění. Úzkost a deprese jsou významnými atributy CHSS. Důležitou roli v jejich zvládnutí hraje rodinné zázemí a psychická podpora od členů rodiny, a dále aktivita pacienta. Je známo, že v terminálních fázích CHSS mají pacienti nižší kvalitu života a tíživější symptomy, než např. pacienti onkologičtí.

### **1.5.3 Začlenění specializované paliativní péče v kardiologii**

Paliativní péče v kardiologii by měla být zahájena společně s léčbou kurativní. S postupem onemocnění se pouze mění proporce jednotlivých postupů, přičemž paliativní přístup nabývá na významu. Cílem paliativní péče je poskytnutí úlevy od potíží pacienta pomocí adekvátní terapie, nebojíme se maximálních dávek léků k úlevě symptomů. Nedílnou součástí paliativní péče je psychologická podpora, rozhovor s pacientem a rodinou, a to opakovaně. Neméně důležitá je úleva od úzkosti a deprese. Zavedenou praxí, zejména v západních zemích, je postupné sdělování pacientům a rodině možnosti léčby, aspekty prognózy chronického

srdečního selhání již v průběhu onemocnění. Volbou pacienta je následná realizace péče v terminálních fázích onemocnění, možnost úplného odmítnutí extendované terapie, odmítnutí kardiopulmonální resuscitace, souhlas s deaktivací implantabilních defibrilátorů.

#### 1.5.4 Terapie pokročilého srdečního selhání

S pokročilostí CHSS se stále více projevuje symptomaticnost onemocnění, postupně jsme nuceni vysazovat nastavenou prognostickou medikaci srdečního selhání. U pacientů v terminální fázi CHSS se objevují velmi nepříjemné symptomy jako je dušnost, otoky, nespavost, úzkost, deprese, zažívací potíže a řada dalších stesků. V této fázi se terapeuticky orientujeme především na maximální ovlivnění symptomů.

Jistě nejužívanější léky ovlivňující symptomy u CHSS jsou **diuretika**. Pacienti udávají, že dušnost je jeden z nejtěživějších symptomů a zároveň jeden z nejtrýznivějších způsobů umírání. Proto bychom měli usilovat o udržení euvolemie až do zcela terminálních stavů. Pacienti by měli být jasně a pochopitelně edukováni a znát příčiny hypervolemie a zásady restrikce tekutin a soli. Z diuretik nejčastěji používáme furosemid, eventuálně k potenciaci jeho účinku přechodně nebo dlouhodobě přidáváme thiazidová diuretika. U pacientů poučených o podstatě onemocnění a etiologii symptomů – tedy dušnosti a otoků, kteří jsou compliantní k restrikci soli a tekutin (nepřisolovat, denní přísun tekutin do 1,5-2 l/den), jsme schopni použít nižší dávky diuretik. Pacienti by měli být edukováni i ve smyslu samostatného navýšení dávky diuretika v případě kongesce (denní kontrola hmotnosti pacientů v pokročilejších fázích onemocnění, reakce na rychlejší nárůst hmotnosti).

Dalším symptomy modifikujícím lékem je **digoxin**, který je schopen zlepšit kvalitu života pacientů, musíme však dbát na adekvátní dávku a vyvarovat se intoxikaci digitalisem.

Deprese patří mezi častý atribut CHSS, v terminální fázi CHSS se popisuje výskyt deprese až v 35 %. Snažíme se zahájit terapii SSRI a léčbu podpořit **anxiolytiky**. Samozřejmě v terminálních fázích CHSS neváháme k tlumení úzkosti použít maximální dávky benzodiazepinů v kombinaci s opioidy.

Dušnost je nejčastějším symptomem pacientů s CHSS. K ovlivnění dušnosti používáme diuretika, jak bylo popsáno výše, eventuálně inotropika, v terminálních fázích se nebojíme použít opioidy.

Pacientům s nízkým srdečním výdejem, závislých na inotropní léčbě je nutné zajistit tuto léčbu, a to ideálně i v domácím prostředí, s cílem zabránění opakovaným hospitalizacím v terminálních fázích chronického srdečního selhání.

Nedílnou součástí paliativní péče je psychologická podpora, rozhovor s pacientem a rodinou, a to opakovaně.

Rovněž bolest je častým symptomem u pacientů s CHSS. V terminálních fázích je výhodné použít opiáty pro jejich pleiotropní účinek. Kombinace s anxiolytiky je velmi efektivní, dávkování musí být uzpůsobeno konstituci nemocného ve snaze omezit možné nežádoucí účinky této kombinace. V léčbě bolesti u pacientů s CHSS se snažíme vyhnout nesteroidním antiflogistikům vzhledem k jejich vlivu na retenci tekutin s následným zhoršením kardiální kompenzace. Měli bychom preferovat např. paracetamol eventuálně v kombinaci s tramadolem.

V terminálních fázích CHSS, kdy pacienti již nejsou ohroženi náhlou arytmiickou smrtí a spíše mohou být konfrontováni a komplikacemi z přítomnosti implantabilních defibrilátorů (ICD), přistupujeme k jejich deaktivaci. Tento akt provádíme buďto na přání pacienta, nebo pokud ošetřující personál vyhodnotí terapii ICD jako nepřiměřenou.

---

## KAZUISTIKA 1

---

**76letý pacient s terminálním srdečním selháním**, NYHA IV, na symptomatické léčbě (furosemid, kalnormin, sertralin, digitalis). I přes veškerou snahu, edukaci, spolupráci rodiny 1x měsíčně hospitalizován pro dušnost, otoky, dekompenzované srdeční selhání.

Bydlí s manželkou, která se na domácí péči podílí, jsou opakovaně edukováni ohledně dodržování režimu, restrikce tekutin a soli, ale stále k dekompenzacím dochází. V rámci pobytu v nemocnici je přizván i paliativní tým, pacient zná prognózu svého onemocnění, trápí ho nízká kvalita života, dušnost, chtěl by zbytek života strávit se svými blízkými. Trápí ho také časté pobyty v nemocnici. Během dvou posledních hospitalizací byla nasazena mimo kyslík, intravenózní diuretikum i inotropní léčba (dobutamin). V rámci poslední hospitalizace selhaly snahy o vysazení z inotropní léčby, na které se pacient stal závislým. Nemocničnímu týmu ve spolupráci s týmem paliativním se daří mít dušnost pod kontrolou, pacient je velmi unavený, ale potíže jsou snesitelné. V rámci opakovaných rozhovorů s pacientem a jeho rodinou, dle preferencí pacienta strávit zbytek života se svými blízkými, paliativní tým zajišťuje propuštění pacienta do domácího prostředí, zajišťuje mobilní hospic, jehož tým denně za pacientem

dojíždí, podává kyslík, furosemid, pokračuje léčba dobutaminem. 10. den po propuštění pacient v rodinném kruhu doma umírá.

---

---

## KAZUISTIKA 2

---

**68letá pacientka s terminálním srdečním selháním**, na symptomatické terapii, zajištěna implantabilním defibrilátorem (ICD). V minulosti resuscitována pro fibrilaci komor, po zajištění ICD mívá pakované adekvátní výboje ICD pro maligní komorové arytmie, které jsou velmi bolestivé, má z nich velké obavy, bojí se, že se výboje opět dostaví. Pacientka žije v domě pro seniory, má jednu dceru, která maminku navštěvuje a sdílí matčiny obavy z pokračujícího onemocnění a z opakovaných nepříjemných a bolestivých výbojů ICD. Pro úzkosti má nasazena antidepresiva. Pacientka je v péči specializované poradny pro srdeční selhání při fakultní nemocnici. Situace je opakovaně probírána, pacientka je seznámena s prognózou a možnostmi další léčby. Dcera bývá na kontrolních vyšetřeních v poradně přítomna. Na dvě poslední kontroly byl přizván na konzultaci i paliativní tým. Pacientka preferuje při dalším zhoršení péči kamenného hospice, s dcerou diskutovaly, že pobyt doma by byl obtížně zvládnutelný, dcera se sama stará o dvě malé děti. Vzhledem k výrazným obavám a úzkosti z dalších výbojů defibrilátoru přistupujeme k deaktivaci přístroje.

---

### Otázky k procvičení:

1. Jaká léčiva podáváme pacientům s terminálním srdečním selháním?
2. Můžeme deaktivovat ICD, pokud si to pacient přeje?
3. Jaká je prognóza pacientů s chronickým srdečním selháním?
4. Kdy zahájíme paliativní léčbu u pacientů s chronickým srdečním selháním?

### TAKE HOME MESSAGE

- Prevalence CHSS narůstá, populace stárne, a také díky pokrokům v medicíně stále více pacientů dospěje do terminálních stadií onemocnění, která jsou zatížena značnou symptomatologií a dyskomfortem.
- Naším úkolem je v jednotlivých fázích onemocnění nabídnout optimální terapii, provést pacienta celým průběhem onemocnění, poskytnout mu adekvátní informace a psychologickou podporu.

- Paliativní péči je nutno začlenit do komplexní péče od počátku onemocnění, s tím, že paliativní přístup postupně nabývá na významu. V počátku onemocnění se snažíme o nastavení maximálních dávek terapie, kterou můžeme život pacientům prodloužit.
- V preterminálních a terminálních fázích onemocnění naopak již tuto terapii redukuje, či úplně vysazujeme, a léčíme maximálními dávkami terapie modifikující symptomy.
- Specifické pro paliativní péči v kardiologii je domácí inotropní léčba a deaktivace implantabilních defibrilátorů.

## 1.6 Paliativní péče v pneumologii

**Anna Pekařová**

### Cíle kapitoly:

Tato kapitola přibližuje některá specifika péče u paliativních pacientů s plicními obtížemi.

### 1.6.1 Úvod

Respirační onemocnění představují celosvětově jednu z nejčastějších příčin úmrtí. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zaujímá chronická obstrukční plicní nemoc třetí místo mezi nejčastějšími příčinami smrti. V ekonomicky vyspělých zemích ji následuje karcinom plic, zatímco v ekonomicky slabších oblastech dominují pneumonie a tuberkulóza. Tento trend potvrzují i data z České republiky, kde plicní onemocnění, jak onkologická, tak neonkologická, představují třetí nejčastější příčinu úmrtí českých obyvatel. Vzhledem k vysoké prevalenci těchto onemocnění se s pacienty v pokročilých stádiích setkáváme v klinické praxi často. Pro kvalitní péči o tyto nemocné je přínosné seznámit se se symptomy, které mohou provázet závěr jejich života, a s možnostmi pomoci, které jim můžeme nabídnout.

### 1.6.2 Plicní nemoci s možným závažným průběhem a jejich příznaky

Charakteristické plicní nemoci, které mohou mít závažný průběh:

- Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)
- Plicní karcinom (malobuněčný karcinom, adenokarcinom, spinocelulární karcinom)
- Idiopatická plicní fibróza a další intersticiální plicní nemoci
- Těžké asthma bronchiale
- Pneumonie

- Hypoventilační syndrom (při obezitě a jiných restričních postiženích hrudníku)
- Cystická fibróza

Spojujícím příznakem pro všechna plicní onemocnění v terminální fázi je dušnost, další známky nemoci se mohou kombinovat v závislosti na dané chorobě a jejím fenotypu:

- Kašel
- Úzkost, deprese, neklid, zmatenost
- Poruchy spánku
- Nechutenství, kachexie
- Bolest
- Škytavka

Léčba samotných příznaků je uvedena ve studijních textech zaměřených na specializovanou paliativní péči.

### 1.6.3 Základní plicní syndromy

Syndromy provázející nemoci dýchací soustavy:

#### Respirační insuficience

Respirační insuficience představuje stav, kdy dýchací systém není schopen zajistit dostatečné množství kyslíku v arteriální krvi, může být také spojen s nedostatečným vylučováním oxidu uhličitého. Stanovení diagnózy vychází z analýzy krevních plynů. Hypoxemie je charakterizována poklesem parciálního tlaku kyslíku pod 8,0 kPa. Mezi její příznaky patří hyperventilace, tachypnoe, tachykardie, centrální cyanóza, úzkost, ale i například pocení. Hyperkapnie je vzestup parciálního tlaku oxidu uhličitého nad 6,5 kPa. Dominantním příznakem je spavost, mohou se však objevit i neklid, desorientace, třes a bolest hlavy. V pokročilém stadiu jsou typické lesklé oči, nastříklé spojivky a otok obličeje. Při pozvolném rozvoji stavu mohou být klinické projevy minimální. Hypoxicko-hyperkapnické respirační selhání se typicky vyskytuje u pacientů s CHOPN nebo těžkou obezitou. Může se však objevit i u jiných stavů spojených s hypoventilací.

**Které následující terapeutické možnosti uvedené v tabulce níže byste zvolili? (Správné odpovědi naleznete na konci podkapitoly)**

	Kortikoidy (dexamethason)
	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o., i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Oxygenoterapie
	Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně umělá plicní ventilace)
	Terapeutická bronchoskopie
	Radioterapie
	Pleurální punkce
	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodéza (talex, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

### Pleurální výpotek

Pleurální výpotek představuje nahromadění tekutiny v pleurální dutině mezi parietální a viscerální pleurou. U onkologických pacientů se setkáváme s maligním nebo paramaligním výpotkem, častou příčinou je také srdeční selhání nebo hypoalbuminemie. Příznaky se rozvíjejí v závislosti na rychlosti vzniku a celkovém množství výpotku. Pacienti pociťují dušnost, bolest a kašel, může se objevit cyanóza. Při útlaku srdce výpotkem se mohou vyskytnout palpítace nebo stenokardie. Fyzikálním vyšetřením odhalíme výpotek s objemem nad 500 ml, kdy nacházíme oslabený poslech, zkrácený poklep a vymizelý fremitus pectoralis. Na skiagramu hrudníku v zadopřední projekci lze zachytit již menší množství výpotku, a to nad 250 ml. Pro přesnější diagnostiku se využívá sonografické a CT vyšetření.

**Kterými terapeutickými metodami z tabulky níže lze pacientovi ulevit? (Správné odpovědi naleznete na konci podkapitoly)**

	Kortikoidy (dexamethason)
	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Oxygenoterapie
	Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně umělá plicní ventilace)

	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o., i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Terapeutická bronchoskopie
	Radioterapie
	Pleurální punkce
	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

### Obstrukce dýchacích cest tumorem

Obstrukce dýchacích cest tumorem vzniká buď přímým prorůstáním nádorové masy do lumen trachey, bifurkace a hlavních bronchů, nebo jejich útlakem zvenčí. Klinické obtíže se objevují při zúžení průsvitu na méně než 80 % nebo při stagnaci sekretu. Pacienti nejčastěji pociťují dušnost, která může být doprovázena stridorem a expiračními či inspiračními pískoty.

**Které terapeutické modality z tabulky níže lze pacientovi nabídnout s ohledem na jeho celkový zdravotní stav? (Správné odpovědi naleznete na konci podkapitoly)**

	Kortikoidy (dexamethason)
	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o., i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Oxygenoterapie
	Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně umělá plicní ventilace)
	Terapeutická bronchoskopie (dilatace, mechanické snesení nádorové hmoty, laser, kryoterapie nebo zavedení stentu)
	Radioterapie
	Pleurální punkce
	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

Výjimečně je u chemosenzitivních nádorů, jako je malobuněčný karcinom, metodou volby podání paliativní chemoterapie.

## Pneumothorax

Pneumothorax vzniká při proniknutí vzduchu do pleurální dutiny, což vede ke kolapsu plíce. V případě tenzního pneumothoraxu dochází navíc k útlaku mediastinálních struktur. Onemocnění může probíhat asymptomaticky, typicky se však projevuje náhle vzniklou dušností doprovázenou kašlem a bolestí. Při fyzikálním vyšetření zjišťujeme neslyšné nebo oslabené dýchání a hypersonorní poklep. Diagnózu potvrdí skiagram hrudníku provedený ve stoje, ve sporných případech pomůže CT nebo HRCT vyšetření (angl. high-resolution computed tomography). Významnou roli v diagnostice hraje i ultrazvuk hrudníku, který je dnes možné provést i v terénních podmínkách. Při ultrazukovém vyšetření hodnotíme především absenci tzv. lung sliding (sonografický obraz klouzání parietální po viscerální pleuře) a přítomnost „lung point“ (u parciálního pneumotoraxu místo, kde normální obraz „lung sliding“ střídá jeho absence).

**Z tabulky níže vyberte terapeutické možnosti, které byste zvažovali.** (Správné odpovědi naleznete na konci podkapitoly)

Kortikoidy (dexamethason)	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
Opiáty (morphin)	Oxygenoterapie
Diuretika (furosemid)	Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně umělá plicní ventilace)
Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o., i.v., inhalačně)	Terapeutická bronchoskopie
Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)	Radioterapie
Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)	Pleurální punkce
Antitusika (codein)	Hrudní drenáž
Analgetika (paracetamol, tramal)	Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

Malý pneumothorax (do 2 cm) lze u asymptomatických pacientů řešit ambulantně. U velkého (nad 2 cm) nebo symptomatického pneumothoraxu je indikována hrudní drenáž. Tu provádíme vždy při tenzním pneumothoraxu, umělé plicní ventilaci, bilaterálním pneumothoraxu nebo

hemodynamické nestabilitě. Drén lze odstranit po vymizení úniku vzduchu trvajícím alespoň 24 hodin. Chirurgická léčba je indikována u recidivujícího pneumothoraxu, při selhání konzervativní léčby, vždy s přihlédnutím k celkovému stavu pacienta. U inoperabilních pacientů s přetrvávajícím pneumothoraxem lze využít Heimlichovu chlopeň, tunelizovaný drén nebo pleurodézou.

## Hemoptýza

Hemoptýza se projevuje vykašláváním krve nebo hlenu s příměsí krve, přičemž jejich zdrojem jsou dolní dýchací cesty a plicí. Množství vykašlané krve se může pohybovat od drobných nitek až po masivní hemoptýzu, kdy objem přesahuje 200 ml za 24 hodin. I pacienti s mírnou a občasnou hemoptýzou by měli dodržovat režimová opatření, která zahrnují klidový režim a prevenci přehřátí organismu. To znamená vyvarovat se koupání nebo sprchování v horké vodě a konzumaci horkých nápojů a pokrmů.

**Jaká léčebné modality uvedená v tabulce níže můžeme pacientovi doporučit? (Správné odpovědi naleznete na konci podkapitoly)**

	Kortikoidy (dexamethason)		Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Opiáty (morphin)		Oxygenoterapie
	Diuretika (furosemid)		Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně umělá plicní ventilace)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o., i.v., inhalačně)		Terapeutická bronchoskopie (oplach chlazeným fyziologickým roztokem, oplach adrenalinem, ošetření elektrokauterem, laserem)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)		Radioterapie
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)		Pleurální punkce
	Antitusika (codein)		Hrudní drenáž
	Analgetika (paracetamol, tramal)		Chemická pleurodéza (talex, cisplatina, bleomycin)
			Dechová rehabilitace

U pacientů v terminálním stádiu onemocnění je vhodné zvážit přínos a zátěž invazivních výkonů, jako jsou cílená embolizace, selektivní intubace s akutním operačním řešením. Součástí přípravy plánu péče by měl být citlivý rozhovor s pacientem o možnosti sedace. Je také

důležité empaticky připravit rodinu a blízké na možnost, že v případě vzniku závažného krvácení z dýchacích cest může dojít k velmi rychlému zhoršení stavu pacienta s fatálními následky.

### Syndrom horní duté žíly

Jedná se o patologický stav, který vzniká při omezení průtoku krve horní dutou žilou. Charakteristické příznaky zahrnují otoky v oblasti obličeje (především víček), krku a horních končetin. Dochází ke zvýšení náplně krčních žil a překrvení spojivky. Dále se může projevovat chrapotem, kašlem, dušností, tachypnoí, bolestí mezi lopatkami, bolestí hlavy, poruchou vizu, závratěmi, ale i změnou chování. Kongesce sliznic se projevuje epistaxí a hemoptýzou. Diagnóza je stanovena na základě klinického obrazu a potvrzena pomocí CT vyšetření s kontrastní látkou nebo CT angiografie. Základem terapie je symptomatická léčba.

**Z tabulky níže vyberte několik terapeutických možností, které byste volili.** (Správné odpovědi naleznete na konci podkapitoly)

	Kortikoidy (dexamethason)		Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Opiáty (morphin)		Oxygenoterapie
	Diuretika (furosemid)		Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně umělá plicní ventilace)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o., i.v., inhalačně)		Terapeutická bronchoskopie
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)		Radioterapie
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)		Pleurální punkce
	Antitusika (codein)		Hrudní drenáž
	Analgetika (paracetamol, tramal)		Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin)
			Dechová rehabilitace

Efekt úvodní farmakoterapie bývá pouze přechodný, proto je třeba zvážit další léčebné možnosti. U pacientů s chemosenzitivními nádory lze při dobrém celkovém stavu zvolit paliativní chemoterapii. Další možností je také radioterapie. V případech, kdy nelze očekávat dobrý efekt chemoterapie ani radioterapie, je možné přistoupit k radiointervenčnímu zavedení stentu.

## KAZUISTIKA 1

**Pan Oskar je 72letý pacient s diagnózou CHOPN IV/E, fenotyp častých exacerbací, emfyzém a kachexie, který nyní dospěl do závěru svého života.**

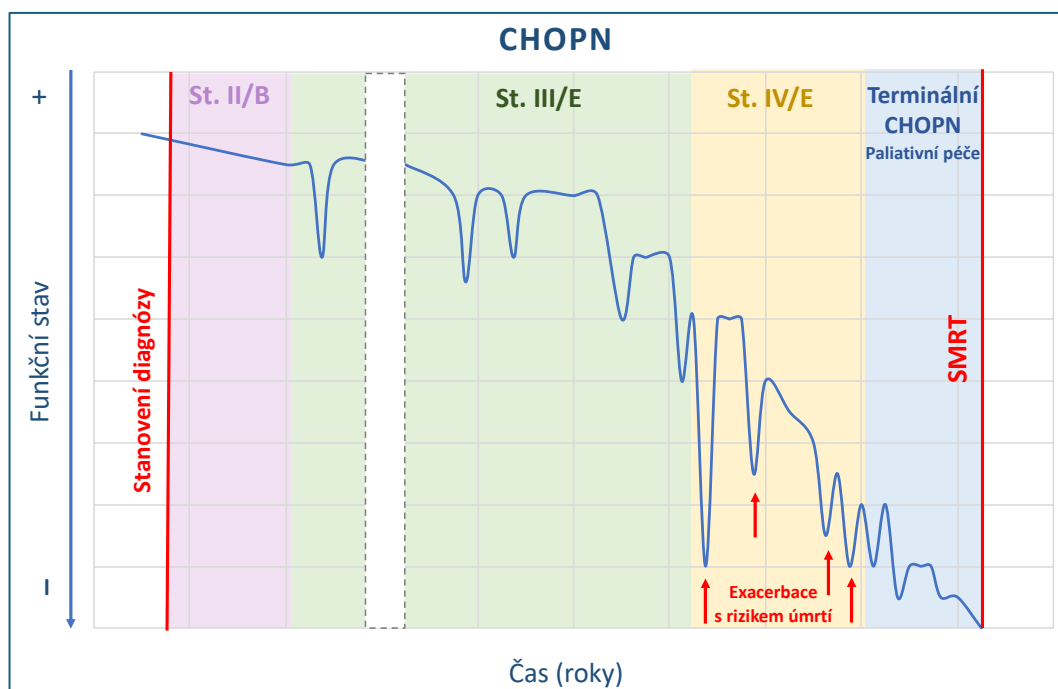
*Kontext nemoci: CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc, ang. COPD) je heterogenní syndrom zahrnující plicní a mimoplicní příznaky a doprovodná onemocnění. Vyznačuje se přetrvávajícími respiračními příznaky a pouze částečnou reverzibilní obstrukcí průtoku vzduchu v dýchacích cestách, která vzniká v důsledku abnormální zánětlivé reakce plic na škodlivé částice a plyny. Prevalence v České republice k roku 2018 je 6,7 %. Onemocnění je klasifikováno dle GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) na stadium I-IV a skupinu A, B, E, a zároveň je zhodnocen klinický fenotyp (bronchiektazie, emfyzém, plicní kachexie, častých exacerbací, překryv CHOPN a Astmatu, překryv CHOPN a obstrukční spánkové apnoe).*

Stadium		Skupina		
	FEV1 (% predikované)	Exacerbace	≥ 2 mírné exacerbace nebo ≥ 1 s nutností hospitalizace za rok	
I	≥ 80		E	
II	50-80		0 nebo 1 mírná exacerbace bez nutnosti hospitalizace za rok	A
II	30-49		B	
IV	< 30		mMRC 0-1 CAT <10	
			mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10	
		Symptomy		

FEV1 – Objem vzduchu vydechnutý během 1 sekundy usilovného výdechu následujícího po maximálním nádechu

mMRC - Modified Medical Research Council Dyspnoea Scale  
CAT - COPD Assessment Test


Průběh onemocnění pana Oskara v jednotlivých fázích:




Stádium nemoci: II/B	
Situace:	Postup lékaře:
<p>U pana Oskara je v 54 letech diagnostikována CHOPN. Prvními příznaky, které zaznamenal, byly dušnost při námaze a pískoty a vrzoty na hrudníku reagující na změny počasí. Na základě klinických příznaků a spirometrického vyšetření je onemocnění již ve stadiu II/B (FEV1 - Jednosekundová vitální kapacita je 73 %, mMRC 2, CAT 12.)</p>	<p>⇒ Léčba: LAMA (Dlouhodobě působící cholinergní antagonisté, angl. long-acting muscarinic antagonists) + dl.p. SABA (Krátkodobě působící agonista ?? adrenergního receptoru, angl. short acting beta2-agonists)</p> <p>⇒ Panu Oskarovi je doporučena pravidelná fyzická aktivita, především chůze, a jako zásadní opatření bylo zdůrazněno zanechání kouření.</p> <p>⇒ Při stanovení diagnózy je s pacientem proveden rozhovor o povaze onemocnění. Bylo mu vysvětleno, že CHOPN je nevyléčitelné progresivní onemocnění, kde cílem léčby a režimových opatření není úplné vyléčení, ale stabilizace stavu a zpomalení progresu nemoci.</p>

Stádium nemoci: III/E	
Situace:	Postup lékaře:
<p>V průběhu let onemocnění progredovalo do stadia III/E (FEV1 45 %, mMRC 2, CAT 26). Spirometrické vyšetření ukázalo zhoršení funkčních parametrů plic. Vyšetření HRCT potvrdilo přítomnost emfyzému, který odpovídal hyperinflaci zjištěné při spirometrickém vyšetření.</p> <p>Pacient prodělal opakované exacerbace, které v některých případech vyžadovaly hospitalizaci.</p>	<p>⇒ Léčba: ULAMA (ultrdlouhodobě působící cholinergní antagonisté, angl. ultra long-acting muscarinic antagonists) + ULABA (ultrdlouhodobě působící <math>\square</math>2 mimetika, angl. Ultra long-acting <math>\square</math>2 agonist) + ICS (inhalační kortikosteroidy) + dl.p. SABA</p>
<p>Pan Oskar si začíná uvědomovat, že jej nemoc už omezuje. Opakovaně musel být ošetřen akutně u svého pneumologa. Zvládal ještě práci na zahradě a chodit 2x týdně s kamarády na pivo. Manželka ho donutila snížit počet cigaret, nyní kouří už jen u piva.</p>	<p>⇒ Pacient byl opakovaně odeslán k ambulantní dechové fyzioterapii.</p> <p><i>Komentář: Udržování dobré kondice dýchacích svalů pomáhá lépe kompenzovat poškození plic a oddaluje nástup pocitu dušnosti.</i></p>

## Stadium nemoci: IV/E

Situace:	Postup lékaře:
<p>Ve svých 70 letech pan Oskar prodělal první závažnou exacerbaci s nutností umělé plicní ventilace a následným obtížným weaningem. Na hospitalizaci v nemocnici navázal několikátýdenní pobyt v plicní léčebně. Ventilací parametry se už neobnovily a došlo k jejich výraznému propadu (FEV1 23 %, mMRC 4, CAT 31). Echokardiograficky byly popsány známky plicní hypertenze.</p>	<p>⇒ Léčba: ULAMA + ULABA + ICS + dl.p. SABA. Do medikace byl přidán přechodně i roflumilast (PDE4 inhibitor, antiinflatorní lék), který ale musel být z důvodu progresu hubnutí při nechutenství vysazen.</p> <p>⇒ Pro trvající hypoxii i po stabilizaci stavu je pacient vybaven domácím stacionárním oxygenátorem s průtokem 2l O<sub>2</sub>/min po dobu minimálně 16 hodin denně (na mobilní kyslík již pro omezenou výkonnost neměl nárok, 6MWT – šestiminutový test chůze je 105 m).</p>
<p>Ataky dušnosti s nutností aplikovat úlevovou medikaci (salbutamol) se objevují 1-2x denně. Pan Oskar přestal kouřit úplně. Na zahradu už nedojde. Když je mu lépe, zajde si na pivo, ale i tam nevydrží déle než 1 hodinu. Doma se pohybuje s kyslíkem, to zvládá základní sebezpečí bez větších komplikací. Doufá, že se stav časem opět zlepší a bude schopen ještě dojít na zahradu.</p>	<p><i>Poznámka: Kontraindikací oxygenoterapie je užívání hořících substancí, jako je tabák a marihuana, pro riziko požáru a exploze.</i></p> <p>⇒ Prostřednictvím nutriční ambulance zajištěn sipping.</p> 
<p>Rodina pacienta (manželka a dcera) jsou poprvé konfrontována se závažností diagnózy pana Oskara, dříve jí nepřikládaly takový význam a neočekávaly, že by se stav mohl tak rychle zhoršit. Dcera se začala nyní více zajímat o možnosti péče o otce, zajistila mu ve své režii polohovací postel a čističku vzduchu.</p>	<p>⇒ Rodině jsou předány kontakty na domácí péče v případě, že by potřebovali další pomoc.</p>

Situace:	Postup lékaře:
<p>Po krátké stabilizaci stavu dochází k opětovné exacerbaci CHOPN, tentokrát zvládnuté na Interní JIP pomocí neinvazivní plicní ventilace (NIV), při snaze o vysazení přetlakové terapie došlo k opětovnému vzniku hyperkapnie, pCO<sub>2</sub> (parciální tlak oxidu uhličitého v krvi) je 7,3 kPa.</p>	<p>⇒ Přístrojová léčba je proto rozšířena o domácí NIV v kombinaci s kyslíkem, kterou musí pan Oskar užívat v průběhu noci, dopoledne a odpoledne po 2 hodinách.</p>  <p>⇒ Je proškolen fyzioterapeutem o dechové rehabilitaci na lůžku, aby na přetlakové léčbě nedocházelo k ochabování dechových svalů.</p>
<p>Panu Oskarovi se zhoršil spánek, trpí nespavostí, je negativisticky laděn. Odmítá pomoc rodiny, zlost si vylévá na své manželce. Není schopen se o sebe už starat stejně jako dříve, na toaletu už někdy musí zajít s dopomocí, hygienu zvládá za asistence dcery.</p>	<p>⇒ Pacient i rodina jsou informováni o špatné dlouhodobé prognóze. S pacientem je otevřeno téma, jak se zachovat v případě další exacerbace. Otázkou je pan Oskar zaskočen, stále doufal, že se stav ještělepší. Teď se sice na to ještě necítí, ale chtěl by jet do lázní.</p> <p>⇒ Nasazen escitalopram a alprazolam dl.p. při úzkosti.</p>

Terminální CHOPN	
Situace:	Postup lékaře:
<p>Zdravotní stav pana Oskara se dále zhoršuje, progreduje svalová slabost, je výrazně kachektický, přijímá malé množství stravy, sipping odmítá. Většinu dne tráví pacient v křesle napojen na NIV s kyslíkem. Úlevová</p>	<p>⇒ Vzhledem k očekávané době dožití kratší 6 měsíců je stadium nemoci přehodnoceno na terminální CHOPN.</p> <p>⇒ Medikace: Inhalační léky upraveny do formy s možností k aplikaci přes nádstavec.</p>

bronchodilatační medikace je již téměř bez efektu.



*Odkaz na edukační videa k inhalačním lékům pro pacienty:*

<https://www.mujiinhalator.cz/aerosolovy-davkovac-mdi-inhalacni-nastavec>

- ⇒ Prednison v dávce 20 mg ponechán dlouhodobě. Pacientovi je nalepena náplast fentanylu 12ug/hod, v případě akutních záchvatů dušnosti je možno aplikovat 20 kapek morfinu. Dále byl pacient pohotovostně zajištěn kortikoidovými čípkami a rektálním diazepamovým gelem pro případ, že by pro dušnost nebyl schopen léky polknout. Ostatní medikace je zatím ponechána.
- ⇒ S panem Oskarem je znovu probrán jeho celkový zdravotní stav. Pacient trvá na láních, je mu vysvětleno, že by rehabilitační pobyt vzhledem k minimální rezervám již nezvládl, a naopak by se konec života spíše přiblížil. Také je s ním probráno, že v případě další exacerbace by nejspíše musel být znovu napojen na umělou plicní ventilaci, ale že šance tento stav zvládnout jsou minimální.
- ⇒ Pan Oskar by se sice chtěl cítit lépe a chtěl by pro to něco udělat, ale umírat v nemocnici bez svého křesla a manželky by nechtěl.

Manželka je vyčerpaná, pan Oskar již není schopen sebezpečí, a proto vše obstarává ona. Budí ji i několikrát během noci. Dcera je s odchodem otce smířena, vnímá jeho špatný stav, zároveň se bojí o svou matku, aby se nezhoršil její zdravotní stav. Sama se musí starat o své děti a nemůže ji více pomáhat.

- ⇒ Panu Oskarovi a jeho rodině je proto nabídnuta péče mobilního hospice. Pacient sice s částečným odporem, ale pod tlakem dcery souhlasí.

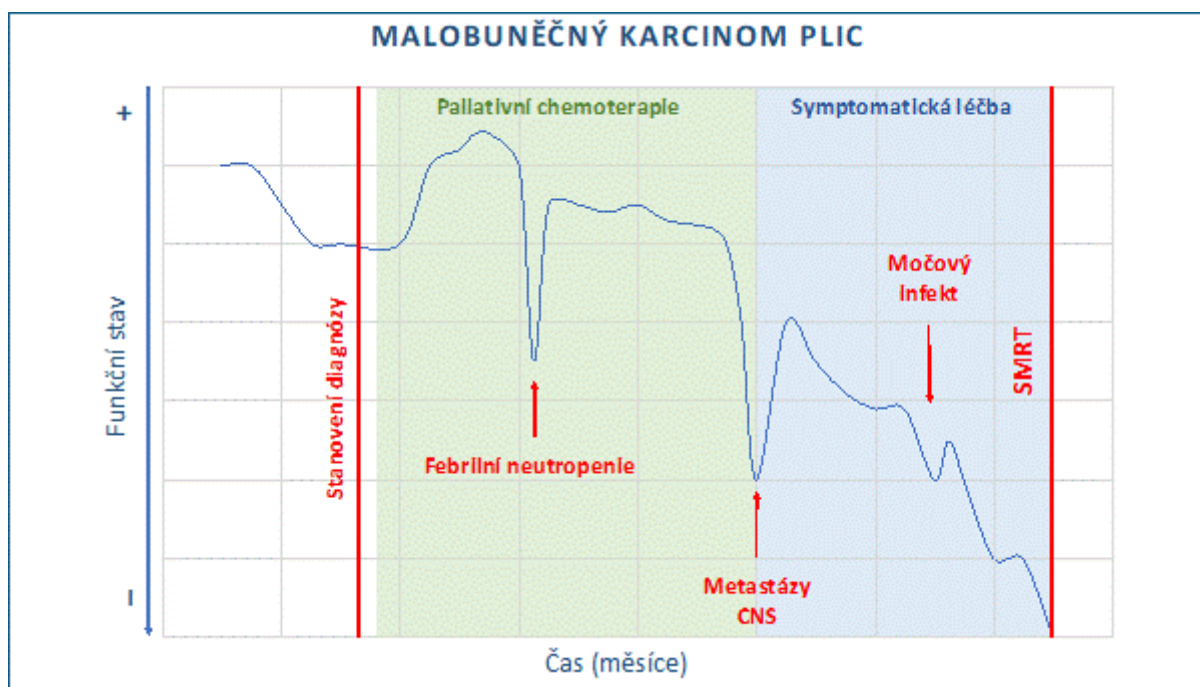
Stav pana Oskara se po převzetí do péče mobilním hospicem mírně zlepšil, dušnost a její výkyvy toleroval lépe, protože mu byla vytitrována dávka opiátů, proto se mu také zlepšila nálada. Po cca 3 týdnech ale došlo k akutnímu výraznému zhoršení stavu. Pan Oskar je nejprve neklidný, desorientovaný, strhává si NIV a kyslík. Je mu podán diazepam a morphin ke zklidnění, léčbu přetlakem a kyslíkem ale již i tak není schopen tolerovat. V důsledku velmi těžké hypoxie po 3 hodinách upadá do kómatu a následně do 1 hodiny umírá. Úmrtí je přítomna manželka i dcera.

## KAZUISTIKA 2

**58letá paní Irena je pacientka s malobuněčným karcinomem plic T3N2M1a (kontralat. plíce), stadium IVA, Extensive disease s nyní nově diagnostikovanými metastázami CNS.**

*Kontext nemoci: Malobuněčný karcinom plic patří mezi nejagresivnější formy nádorů, je pro něj typický rychlý růst, časná generalizace a tím daná vysoká mortalita. Hlavním rizikovým faktorem je kouření, mezi další rizikové faktory patří dlouhodobá práce v uranovém průmyslu a zvýšená expozice radonu. Staging nemoci je prováděn na podkladě 9. vydání TNM klasifikace, specificky je doplněn o starší dělení na limitovanou a extenzivní formu onemocnění. Prognóza pacientů s malobuněčným karcinomem plic je velmi špatná. Medián přežívání neléčených nemocných ve stadiu limitovaném je 12 týdnů a 5–6 týdnů u extenzivního stadia. Jednoho roku života od stanovení léčby se dožívá 83 % pacientů, 2 roky přežije 44 %, 5leté přežití je 23 %. Extenzivní forma onemocnění má při léčbě chemoterapií přežití 7,8 – 10,6 měsíců. Déle než 2 roky se dožívá pouze 5 % nemocných. Dlouhá léta byla typickou léčbou paliativní chemoterapie ve složení platinového derivátu s etoposidem, nyní je možnost přidat k této léčbě i imunoterapeutický preparát. Díky tomu může dojít k výraznému prodloužení přežití léčených pacientů.*

Průběh onemocnění paní Ireny v jednotlivých fázích:



<b>Předchorobí:</b>	
<b>Situace:</b>	<b>Postup lékaře:</b>
<p>57letá paní Irena je odeslána praktickým lékařem k vyšetření pneumologem. Důvodem návštěvy je přetrvávající kašel s vykašláváním nažloutlých hlenů, který trvá již 4 měsíce. I přes dvě série antibiotické léčby (ATB) nedošlo ke zlepšení stavu. Při návštěvě plicního lékaře pacientka nově uvádí, že v posledním týdnu pozoruje v hlenu příměs krve ve formě nitek.</p>	<p>⇒ Paní Irena je vyšetřena s nálezem oslabeného dýchání vpravo, na skiagramu hrudníku je přítomen nález homogenního nepravidelně ohraničeného ložiska pravé plíce nasedajícího na plicní hilus, v dolním plicním poli parakardiálně vlevo se jevílo další menší ložisko. Laboratorně je přítomna elevace CRP na 31 mg/l, bez leukocytózy.</p> <p>⇒ Paní Irena je vysvětleno, že ke stanovení přesné diagnózy je třeba provést další vyšetření, ale existuje podezření, že by se mohlo jednat o rakovinu.</p> <p><i>Co byste pacientce doporučili na hemoptýzu? – Hemoptýza byla malého rozsahu, proto bylo doporučeno užívat pravidelně Ascorutin (vit. C + rutin) a v případě zhoršování kys. tranexamovou. Doporučena režimová opatření.</i></p> <p>⇒ Objednáno CT plic a horního abdomen s kontrastem.</p> <p>⇒ Objednána diagnostická bronchoskopie v lokální anestezii s cílem odběru histologického materiálu.</p>

<b>Stanovení diagnózy:</b>	
<b>Situace:</b>	<b>Postup lékaře:</b>
<p>Výsledky provedených vyšetření prokázaly diagnózu Malobuněčného karcinomu T3N2M1a (kontralat. plíce), stadium IVA, Extensive disease, s KI 90 (Karnofského indexem) Případ byl projednán v rámci multidisciplinárního týmu (MDT) a bylo doporučeno</p>	<p>⇒ Paní Irena je pozvána na pohovor do pneumoonkologického centra. Lékařem je informována, že karcinom plic se nachází v pokročilém stádiu, kde cílem léčby je nádor zmenšit a na přechodnou</p>

<p>zahájení paliativní chemoterapie v kombinaci karboplatina + etoposid.</p>	<p>dobu zmírnit její obtíže, ale nelze již vyléčit.</p> <p>⇒ Po sdělení diagnózy se paní Irena ptá na možnosti léčby, je jí nabídnuto podstoupit paliativní chemoterapii (4-6 cyklů chemoterapie á 4 týdny, jsou jí vysvětleny možné komplikace a nežádoucí účinky léčiv). Vzhledem k rozsahu onemocnění je alternativou k paliativní chemoterapii jen vydat se cestou symptomatické péče. Paní Irena není schopna vnímat další informace, sedí a má nezúčastněný pohled. S pacientkou se na pohovor dostavila i její dcera a syn. Dcera pláče. Vzhledem k situaci je jim nabídnuto ponechat si čas na rozmyšlenou v délce 3 dnů. Po odchodu matky s dcerou z ordinace se syn ještě cíleně dotazuje na délku jejího přežití, bylo mu sděleno, že doba přežití na léčbě u extenzivního onemocnění není v řádu několika let a úspěchem bývá, pokud přesáhne 1 rok. A že neléčení pacienti nepřežívají déle než 2 měsíce.</p> <p><i>Poznámka: O prognóze je dobré se bavit šetrně. Při sdělování předpokládané délky života je vhodné uvádět časové údaje v řádu dnů, týdnů či měsíců. Informace by měly rámcově korespondovat se známými statistickými údaji a našimi zkušenostmi. Měli bychom se vyvarovat vytváření nepřiměřeně optimistických odhadů. Pro pacienty i jejich rodiny je často zásadní mít možnost realisticky si rozplánovat zbývající čas a zařídit záležitosti, které považují za důležité.</i></p>
--	--

Paliativní chemoterapie	
Situace:	Postup lékaře:
<p>Paní Irena se rozhodla, že chce zkusit absolvovat chemoterapii. První 2 cykly pacientka zvládla s obvyklými potížemi, jako je únava a nechutenství v prvním</p>	<p>⇒ Pacientka je přijata k hospitalizaci, byla hydratována, podávána kombinační ATB léčba (amoxicilin i.v. + ciprofloxacin p.o.) a monitorovány</p>

<p>a druhém týdnu po aplikaci léků. Na skiagramech je patrná regrese nálezu. Po 3. cyklu dochází ke vzniku febrilní neutropenie (TT 38,5 °C, APN – absolutní počet neutrofilů 0,2, CRP 160 mg/l, KI 60 %) na RTG plic nelze vyloučit drobnou infiltraci. Pacientka je schvácená, spává, nejí a málo pije.</p>	<p>životní funkce. Stav pacientky se na léčbě zlepšuje. Dochází k ústupu febrilií, laboratorně došlo k mírnému spontánnímu vzestupu APN (nebyly podávány růstové faktory). Po týdnu léčby došlo i k regresi infiltrátu na skiagramu hrudníku, nález byl tedy hodnocen jako pneumonie nikoli jakogrese. Za 14 dní se klinický stav paní Ireny opět celkově zlepšil a došlo k návratu neutrofilů do normálu.</p> <p>⇒ Vzhledem k regresi ložisek na RTG plic a dobrou toleranci předchozích cyklů chemoterapie, je rozhodnuto dokončit I. linii chemoterapie do 6. cyklu s následným sledováním dogrese.</p>
<p>I přes občasnou únavu se paní Irena cítí dobře. Během chemoterapie vyšlo najevo, že paní Irena se donedávna starala o svou 80letou maminku, když onemocněla, péči o ní převzal její bratr s manželkou. Když je paní Ireně dobře, chodí na procházky, byla i na návštěvě za maminkou, která nyní bydlí 70 km daleko.</p>	

Paliativní péče	
Situace: Metastatické postižení CNS	Postup lékaře:
<p>Po ukončení I. linie chemoterapie se paní Irena cítila dobře. Byla potěšena, že je soběstačná. Může sama občasně navštěvovat maminku. Po několika týdnech ale došlo k rychlému zhoršení stavu, paní Irena začala mít nechutenství, objevují se stavy zmatenosti, opakovaně padá. Stav se zhoršuje, přestala chodit, proto i přes její odpor jí dcera se synem dovezli do nemocnice k vyšetření.</p>	<p>⇒ Ošetřující pneumoonkolog pacientku vyšetřil, laboratorní nález je bez patologie. RTG plic bezgrese, pacientka je orientovaná jen osobou, odpovědi jsou nepřiléhavé situaci. Vzhledem k příznakům indikuje CT mozku s neurologickým vyšetřením, které potvrdilo mnohočetné metastatické postižení CNS (centrální nervové soustavy).</p> <p>⇒ Je doporučena antiedematózní infuzní léčba manitolem 5 dní a kortikoidy za hospitalizace, na které se klinický stav částečně zlepšil, paní Irena je znovu orientovaná, schopna chůze s oporou.</p>

	<p>Proto jí byla navržena radioterapie neurokrania v upraveném režimu 5 x 4 Gy.</p> <p>⇒ Při přijetí do nemocnice byli lékařem dcera a syn paní Ireny informováni o závažnosti stavu a nejistotě stran efektu léčby. Oba jsou zaskočení, vzhledem k dobrému průběhu chemoterapie nepředpokládali tak brzké zhoršení stavu maminky, natož progresi onemocnění. Pokud to bude možné, chtěli by se o maminku postarat.</p> <p>⇒ Po ukončení radioterapie je paní Irena propuštěna do domácího ošetřování. Dcera a syn budou zajišťovat péči o ní. Sociální pracovníci byli během hospitalizace poučeni o možnostech podpory. Domů si půjčili polohovací lůžko, pojízdnou toaletu a chodítko.</p>
<p><b>Situace: Zhoršení stavu, močový infekt</b></p>	<p><b>Postup lékaře:</b></p>
<p>Paní Irena v doprovodu syna přichází za 3 týdny od propuštění na kontrolu do pneumoonkologické ambulance. Je celkově zesláblá, nyní ji syn přivezl na vozíčku, doma se přemísťuje minimálně. Většinu dne sedí v posteli. Jí malé porce. Má občasné bolesti hlavy a závratě. Poslední 2 dny má pálení a řezání při močení.</p>	<p>⇒ Vzhledem ke KI 50 % již není možné uvažovat o zahájení II. linie chemoterapie. Paní Ireně byl v medikaci ponechán dexamethason 4mg ráno, na bolesti hlavy ji stačí paracetamol, sipping odmítá, přijde jí "odporný", proto doporučeno užívání vysokobílkovinného prášku. Vzhledem k podezření na močový infekt byla nasazena ATB a bylo jí doporučeno přijímat více tekutin.</p> <p>⇒ S paní Irenou bylo otevřeno téma mobilní hospicové péče. Dcera i syn by se nadále chtěli o maminku doma starat, ona sama to ale odmítá. Nechce, aby se o ní rodina při dalším zhoršení stavu starala, aby zajišťovali kompletní hygienu, nechce jim být na obtíž. Souhlasí s alternativou podání žádosti do lůžkového hospice s nástupem při dalším zhoršení stavu a volné kapacitě.</p>
<p><b>Situace:</b></p>	<p><b>Postup lékaře:</b></p>
<p>Za týden přichází paní Irena opět na kontrolu, močové obtíže se uklidnily,</p>	<p>⇒ Na doma je paní Ireně navýšena dávka dexamethasonu pro podezření na</p>

<p>stále častěji se jí zhoršují bolesti hlavy, i v leže se jí někdy motá. Už téměř nechodí, s dopomocí se přemístí na pojízdnou toaletu. Začíná se objevovat občasné dušnost. Vypije za den asi 400ml čaje, sní 1 jogurt a polévku. Bojí se, že se jí vrátí stav zmatenosti, bude dušná a bude mít bolesti. Nechce již být doma, nechce, aby ji rodina viděla umírat. I přes jejich naléhání jí rodina nepřesvědčila zůstat v domácím prostředí.</p>	<p>opětvnou progresi metastáz v CNS. Do medikace je přidán v případě neklidu diazepam. Jako pomoc při dušnosti nebo bolesti pak morfinové kapky.</p> <p>⇒ O potřebě převzetí pacientky do péče byl informován lůžkový hospic, kde již byla předem podaná a schválená žádost.</p>
<p>Za 2 dny od poslední návštěvy v pneumoonkologické ambulanci byla paní Irena přijata do lůžkového hospice. Rodina za ní chodila na návštěvy denně, celodenní pobyt rodiny odmítá, vyčerpává jí to. Bratrovi paní Ireny se podařilo do hospice přivést i její maminku, se kterou se tak zvládla rozloučit. Postupně se dále zhoršuje celková slabost, přidávají se stavy zmatenosti s agresivitou, paní Irena přestala vidět na pravé oko, ochrnula jí levá noha, odmítá jíst a pít. Musí jí být navyšovány tlumící léky. Postupně u ní nastupuje porucha vědomí a upadá do kómatu. Po 8 dnech od přijetí v klidu v noci umírá.</p>	

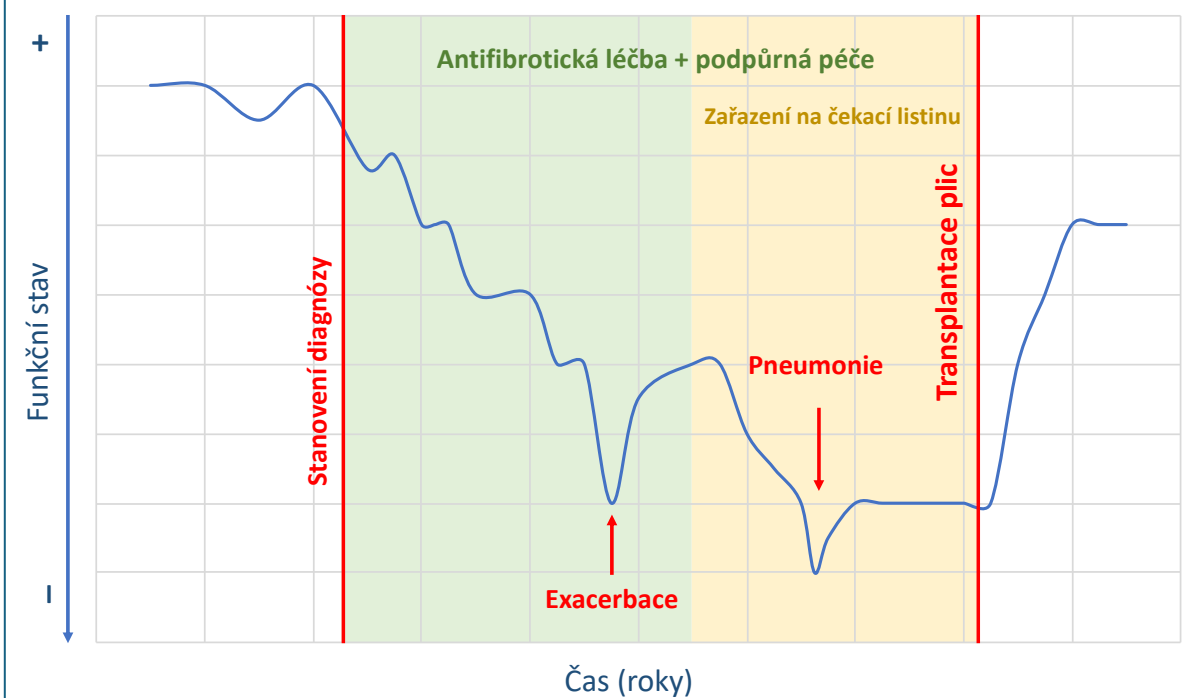
### KAZUISTIKA 3

**Pan Robert je 64letý pacient s idiopatickou plicní fibrózou nově zařazený na WL (čekací listina, ang. Weiting list) před transplantací plic.**

*Kontext nemoci: Idiopatická plicní fibróza (IPF) je specifická forma chronického progredujícího fibrotizujícího intersticiálního plicního procesu nejasné etiologie, která je spojená s histologickým a radiologickým obrazem obvyklé intersticiální pneumonie (UIP). V rámci diagnostiky je nutné vyloučit jinou formu onemocnění plicního intersticia. Pro IPF je charakteristický progresivní pokles plicních funkcí vedoucí k respiračnímu selhání a smrti, střední doba přežití je 2-3 roky bez léčby. Údaje o incidenci se liší, studie (Kolek, Homolka) odhadují incidenci IPF maximálně na 1/100 tis., prevalence dle údajů z registru IPF EMPIRE se pohybuje mezi 5 a 6/100 tis.*

Průběh onemocnění pana Roberta v jednotlivých fázích:


## IDIOPATICKÁ PLICNÍ FIBRÓZA




Stanovení diagnózy	
Situace:	Postup lékaře:
<p>Panu Robertovi byla IPF diagnostikována v jeho 61 letech. Do té doby byl aktivním sportovcem, jezdil na kole a chodil po horách, s ničím se neléčil. Postupně ale začal vnímat, že se mu hůře dýchá a nezvládá takovou aktivitu jako dříve. Během dne začal kašlat. Proto jej praktický lékař odeslal k pneumologovi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Při klinickém vyšetření lékař na panu Robertovi pozoroval paličkovité prsty, poslechově byly přítomny krepitace nad plicními bazemi. Na skiagramu hrudníku bylo přítomné zmožení plicní kresby s retikulonodulacemi. Spirometricky je usilovná vitální kapacita (FVC) nad 86 %, transferfaktor (TLCO) je 60 %.</li> <li>⇒ Pro výše uvedené bylo panu Robertovi doplněno HRCT plic s popisem UIP a bronchoskopie s BAL (bronchoalveolární laváž), kde byl nález zmnožených granulocytů s příměsí eozinofilů.</li> <li>⇒ Dále byly provedeny komplexní krevní odběry včetně imunologického a revmatologického panelu, které byly negativní.</li> </ul>
<p>Výsledky vyšetření směřují k diagnóze IPF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Po 5 týdnech od prvního vyšetření pan Robert přichází k pohovoru stran</li> </ul>

	výsledků vyšetření. Je informován, že nález svědčí pro Intersticiální plicní nemoc. Je seznámen s charakterem nemoci, že se jedná o nevléčitelné onemocnění, které se bude v průběhu následujících let zhoršovat. Že léčba tohoto onemocnění je dostupná jen ve specializovaných centrech.
Pan Robert je diagnózou překvapen, občasně sice pociťuje dušnost, myslel si ale, že je to způsobeno věkem. Dokonce se začal cítit v mezidobí trochu lépe. Zájem o léčbu by měl.	⇒ Se souhlasem pana Roberta je odeslána jeho dokumentace k projednání na multidisciplinární team nejbližšího centra pro diagnostiku a léčbu intersticiálních plicních procesů.

<b>Antifibrotická léčba</b>	
<b>Situace:</b>	<b>Postup lékaře:</b>
Diagnóza pana Roberta byla MDT uzavřena jako Intersticiální plicní fibróza, vzhledem k dobrému zdravotnímu stavu a dobrým spirometrickým parametrům mu je navrženo podstoupit léčbu Pirfenidonem.	⇒ Pan Robert přichází na vstupní pohovor do centra pro diagnostiku a léčbu plicní fibrózy v doprovodu manželky. Oba jsou seznámeni s charakterem nemoci, jeho nevléčitelností. Je jim sděleno, že léčba antifibrotickým lékem nevede k zastavení nebo vyléčení nemoci, pouze se snaží její zhoršování zpomalit.
<p>Pan Robert si společně s manželkou ještě před pozváním ke vstupnímu pohovoru na internetu dohledávali informace o nemoci, proto je oba potěšilo, že mu byla léčba nabídnuta.</p> <p>Po pohovoru s lékařem si pan Robert začal více uvědomovat, že onemocnění může vést k jeho brzkému úmrtí, na samotnou dobu přežití se ale lékaře nezeptal, nepřeje si ji vědět.</p>	<p>⇒ Pan Robert projevuje zájem se léčit, proto je mu vysvětlen postup nasazení léku s titrací dávky do maxima a je seznámen s nežádoucími účinky léčiva (nevolnosti, trávicí obtíže, nechutenství, hubnutí, bolesti kloubů a svalů, častější infekce horních dýchacích cest, slabost, poruchy spánku, zvýšení jaterních enzymů...)</p> <p>⇒ Pacienti na léčbě pirfenidonem se nemohou vystavovat slunečnímu záření, pro riziko fotoreakce. Po nasazení léčby se mohou objevit závratě, proto by neměli v prvních dnech provádět činnosti potřebující zvýšenou pozornost, jako je řízení auta. Taky je potřeba si hlídat tělesnou</p>

	<p>hmotnost a dodržovat stravovací režim, vzhledem k výskytu trávicích obtíží.</p> <p>⇒ Se souhlasem pana Roberta je léčba zahájena.</p>
<b>Situace:</b>	<b>Postup lékaře:</b>
<p>Nasazení léčby pan Robert zvládl celkem dobře, má na léčbě obtíže s pálením žáhy, ale jinak vše zvládá. Vadí mu výpadky v dodávce vyšší gramáže léku, kdy některé měsíce musel jíst 3x denně 3 tablety. Postupně se zhoršuje tolerance námahy, je schopen chodit už jen na krátké vycházky, doma vše zatím zvládá. To že nemůže chodit na hory ho mrzí nejvíce.</p>	<p>⇒ Pan Robert byl odeslán k dechové ambulantní dechové rehabilitaci s cílem zlepšení tolerance námahy. V medikaci byly přidány IPP (blokátory protonové pumpy).</p> <p>⇒ Saturace krve kyslíkem (SpO2) jsou nadále dobré 93 %.</p> <p>⇒ Spirometricky dochází k pomalému poklesu FVC 78 % a TLCO 55 %.</p>
<b>Situace: Exacerbace IPF</b>	<b>Postup lékaře:</b>
<p>Pan Robert přichází na pravidelnou kontrolu. V posledních týdnech je ale výrazněji dušný, daleko více kašle a cítí se celkově hůře. Nachlazený se ale necítí, teploty také neměl.</p>	<p>⇒ Poslechově jsou slyšitelné krepitace v celém rozsahu. Došlo k poklesu saturace na 88 %. Na skiagramu hrudníku jsou oboustranně přítomné infiltráty.</p>  <p>⇒ Spirometrického vyšetření není schopen. Laboratorní nález je bez známek infektu. Stav je proto hodnocen jako akutní exacerbace.</p> <p>⇒ Pan Robert je hospitalizován, je zahájena oxygenoterapie, jsou podávány kortikoidy, profylakticky nadroparine, inhalace se salbutamolem.</p> <p>⇒ Při přijetí pana Roberta do nemocnice byla jeho manželka informována, že jeho zdravotní stav je velmi vážný a že navzdory tomu, že na něm nejsou znatelné výraznější příznaky, je bezprostředně ohrožen na životě.</p>

	<p>⇒ Exacerbace IPF má vysokou mortalitu, pan Robert stav zvládl nad očekávání dobře. Po týdnu léčby došlo k postupné regresi infiltrátu na skiagramu hrudníku i zlepšení oxygenace. Nebylo nutné podávat opiáty ani HFNO (High flow nasal oxygenotherapy).</p>
<p><b>Situace: Indikace k LuTx</b></p>	<p><b>Postup lékaře:</b></p>
<p>Následkem exacerbace došlo k významnému rychlému propadu spirometrických hodnot FVC 63 %, TLCO 40 %. Protože výkonnostní stav pana Roberta je ale nadále dobrý, dostal možnost doplnění potřebných vyšetření se záměrem posoudit, zda by mohl být adeptem transplantace plic (LuTx). Pan Robert si sice není jistý, zda by chtěl transplantaci podstoupit, chce si vše ujasnit a probrat s rodinou. Souhlasí ale s absolvováním vyšetření, aby věděl, na čem je.</p>	<p>⇒ Dle protokolu byla doplněna potřebná vyšetření.</p> <p><i>Protokol je k dispozici na stránkách české pneumologické a fúzeologické společnosti ČLS JEP sekce pro intersticiální plicní procesy: <a href="https://www.plicnilekarstvi.cz/stranka/61/sekce-pro-transplantace-plic/">https://www.plicnilekarstvi.cz/stranka/61/sekce-pro-transplantace-plic/</a></i></p>
<p>Po absolvování všech vyšetření byla dokumentace pana Roberta odeslána do transplantační ambulance na Pneumologické klinice 2. LF UK FN Motol, odkud je následně vyzván k návštěvě před transplantační komisí.</p>	<p>⇒ Ve specializované ambulanci je pan Robert seznámen detailně s riziky spojenými s transplantací, následnou potřebou dodržovat přísně definovaný léčebný režim a omezením životního komfortu, které bude s transplantací spojeno.</p> <p><i>Informační brožura k transplantaci plic: <a href="https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/brozura-plice-f-pages.pdf">https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/brozura-plice-f-pages.pdf</a></i></p> <p>⇒ Pan Robert souhlasí se zařazením na WL, transplantaci vnímá jako jedinou šanci, jak oddálit svou smrt. Díky zhoršení sám vnímá, že jeho dožití by mohlo být jen krátké. Absolvoval sezení s psychoterapeutem se specializací na transplantační medicínu.</p>

Zařazen na čekací listinu	
Situace:	Postu lékaře:
<p>Pan Robert dále dochází na kontroly ke svému ošetřujícímu pneumologovi. Spirometricky se respirační parametry dále zhoršují. Začal mít potíže se spánkem, a nesní už takové porce. Zvládá se o sebe sám starat.</p>	<p>⇒ Základní medikace se nyní nemění. Dle protokolu je pacientovi zajištěna mobilní oxygenoterapie kapalným kyslíkem, pacient ji bude užívat při průtoku 1 l/min v klidu a 4 l/min při pohybu (při tomto průtoku je pacient limitován kapacitou transportní lahve, která vydrží 3 hodiny). Na noc je přidán Mirtazapin 30 mg tbl. Dále zahájena nutriční podpora – sipping. Opětovně odeslán na dechovou rehabilitaci s cílem udržení kondice.</p>
<p>Manželka pana Roberta se mu snaží zpříjemnit dny. Společně s dětmi a manželem podnikají výlety do přírody. Aby se pan Robert nemusel obávat, že mu dojdou síly, pořídila mu invalidní vozík, na kterém vozí i kyslík.</p>	
	
Situace: Pravostranný zápal plic	Postup lékaře:
<p>Pan Robert je přivezen rodinou pro febrilní stav se schváceností, zhoršením oxyličení, nově začal vykašlává žlutozelé hleny.</p>	<p>⇒ Na RTG plic je přítomna jednostranně nová infiltrace, laboratorně výrazná elevace CRP 180 mg/l, Leu 14 109/l. Stav je hodnocen jako pravostranný zápal plic v terénu IPF.</p> <p>⇒ Pan Robert je přijat k hospitalizaci, vzhledem k rizikovosti je nasazena ihned kombinační ATB + ATM (antimykotika) terapie – cefotaxim, ciprofloxacín, itraconazol. Je navýšena oxygenoterapie na 5 l/min, jsou podávány inhalace se salbutamolem, pro výraznou dušnost i s furosemidem, antipyretika, kortikoterapie dexamethasonem, blokátory protonové pumpy</p>

	<p>(pantoprazol), podle potřeby je podáván subkutánně morphin. Pokračováno v sippingu, do stravy je přidán bílkovinný prášek.</p> <p>⇒ Stav hlášen transplantacnímu týmu.</p>
<p>Po týdnu na léčbě se u pana Roberta dostavil efekt léčby, došlo k poklesu CRP a leukocytózy, akutní medikace je postupně vysazována. I po regresi nálezů na skiagramu hrudníku nadále přetrvávala výrazná dušnost.</p>	<p>⇒ Na doma je navýšena oxygenoterapie na průtok 3 l/min. Vzhledem k trvající dušnosti je v medikaci trvale ponechán fentanyl 12 ug/hod. Pro případ akutní dušnosti dostal pan Robert na doma morfinové kapky.</p> <p>⇒ Rodina panu Robertovi zajistila domácí návštěvy fyzioterapeutem, které si sám hradí.</p>
<b>Situace:</b>	<b>Postup lékaře:</b>
<p>Po prodělané pneumónii se u pana Roberta zhoršila výrazně tolerance námahy, došlo i ke zhoršení spirometrických hodnot FVC 56 %, TLCO 28 %, k dalšímu zhoršování ale v následujících měsících již nedochází.</p> <p>Pan Robert si sám vysadil fentanyl, nechtěl užívat další „oblbováky“. Nadále se aktivně snaží zachovat si pohyblivost a svalovou sílu, opět absolvoval dechovou rehabilitaci. Byt již příliš neopouští, ale domů si pořídil rotoped, na kterém s oxygenoterpií šlape. Je hodně motivován udržet si uspokojivou kondici, aby mohl strávit s rodinou ještě nějaký čas.</p>	<p>⇒ Po roce od zařazení na WL byla provedena kontrolní vyšetření dle protokolu.</p> <p>⇒ Pokračováno v antifibrotické léčbě, oxygenoterapii a podpůrné medikaci (opiáty – morfinové kapky při akutní dušnosti, benzodiazepiny, IPP, nutriční podpora).</p>
<p>Manželka se o pana Roberta bojí, ničí jí pohled na to, jak slábne. Bojí se, že se nedožije transplantace, ale také má obavy, aby transplantaci vůbec přežil. Své obavy nikomu nesvěřuje, nechce zneklidňovat manžela ani děti.</p>	<p>⇒ Manželce domluvena psychoterapie.</p>
<p>Měsíc od poslední kontroly byl pacient v kontaktován transplantacním team s výzvou se ihned dostavit k transplantaci plic do FN Motol. Výkon s následnou rekonvalescencí pacient zvládl, k dalšímu sledování byl předán do transplantacní ambulance FN Olomouc.</p>	

## TAKE HOME MESSAGE

- Dušnost je subjektivní pocit dechového diskomfortu, jehož vnímaná intenzita nemusí korelovat s objektivním klinickým nálezem a stádiem nemoci. Respektování pacientem pocíťované dušnosti je klíčové pro její adekvátní léčbu.
- V závěrečném stádiu plicních onemocnění je kromě včasného nastavení úlevové medikace důležité využít i nefarmakologické možnosti mírnění obtíží, které zahrnují úpravu denního režimu, dechovou rehabilitaci a přístrojovou podporu neinvazivní ventilací, oxygenátorem či kašlacím asistentem.
- U pacientů na čekací listině k transplantaci plic je včasné zapojení paliativní péče zásadní součástí léčby, která není v rozporu s kurativním záměrem, ale podporuje optimální management symptomů, psychosociální potřeby a kvalitu života v náročném období čekání na orgán.
- Pacienty je nutné vnímat komplexně a věnovat pozornost všem obtížím, nejen plicním příznakům, protože jejich vzájemné ovlivňování významně působí na kvalitu života.

## KLÍČ KE SPRÁVNÉMU ŘEŠENÍ:

### Respirační insuficience

	Kortikoidy (dexamethason)
	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o.,i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
X	Oxygenoterapie
X	Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně UPV) <i>Poznámka : Domácí neinvazivní plicní ventilace je již nyní běžnou součástí léčby pacientů s hyperkapnií (hypoventilací).</i>
	Terapeutická bronchoskopie
	Radioterapie
	Pleurální punkce
	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodéza (talex, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

### Pleurální výpotek

	Kortikoidy (dexamethason)
	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
X	Oxygenoterapie
	Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně UPV)
	Terapeutická bronchoskopie

	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – po.,i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
X	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Radioterapie
X	Pleurální punkce <i>Poznámka: Při prvním sezení není bezpečné vypustit v rámci pleurální punkce více než 2000ml tekutiny z důvodu rizika reexpanzního poškození plicí.</i>
X	Hrudní drenáž
X	Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin) <i>Poznámka: Během chemické pleurodézy je vyvolán aseptický zánět pleurální dutiny s cílem vytvořit srůsty viscerální a parietální pleury neumožňující další hromadění výpotku.</i>
X	Dechová rehabilitace

## Obstrukce dýchacích cest tumorem

	Kortikoidy (dexamethason)
X	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o.,i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
X	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
X	Analgetika (paracetamol, tramal)

X	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Oxygenoterapie
	Neinvasivní plicní ventilace (výjimečně UPV)
X	Terapeutická bronchoskopie
X	Radioterapie
	Pleurální punkce
	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

## Pneumothorax

	Kortikoidy (dexamethason)
	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o.,i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
X	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
X	Oxygenoterapie <i>Poznámka: Oxygenoterapie zlepšuje vstřebávání vzduchu z pohrudniční dutiny. Bez kontroly krevních plynů je tento postup je nevhodný pro pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí se sklonem k hyperkapnii.</i>
	Neinvasivní plicní ventilace (výjimečně UPV)
	Terapeutická bronchoskopie
	Radioterapie
	Pleurální punkce
X	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin)
X	Dechová rehabilitace

## Hemoptyza

	Kortikoidy (dexamethason)
	Opiáty (morphin)
	Diuretika (furosemid)
X	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o.,i.v., inhalačně)
X	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
X	Antitusika (codein)
	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Oxygenoterapie
	Neinvasivní plicní ventilace (výjimečně UPV)
X	Terapeutická bronchoskopie (oplach chlazeným fyziologickým roztokem, oplach adrenalinem, ošetření elektrokauterem, laserem)
	Radioterapie
	Pleurální punkce
	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodéza (talek, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

## Syndrom horní duté žíly

X	Kortikoidy (dexamethason)
X	Opiáty (morphin)
X	Diuretika (furosemid)
	Hemostyptika (kyselina tranexamová, etamsylát, kyselina aminomethylbenzoová – p.o.,i.v., inhalačně)
	Venotonikum (aescin, ascorutin) výjimečně Vasopresiny (terlipresn)
	Mucolytika (ambroxol, acetylcystein)
	Antitusika (codein)
	Analgetika (paracetamol, tramal)

	Anxiolytika, sedativa (midazolam)
	Oxygenoterapie
	Neinvazivní plicní ventilace (výjimečně UPV)
	Terapeutická bronchoskopie
	Radioterapie
	Pleurální punkce
	Hrudní drenáž
	Chemická pleurodóza (talek, cisplatina, bleomycin)
	Dechová rehabilitace

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK KE KAPITOLE 1:

ATB – antibiotická léčba

CNS – centrální nervový systém

CT – výpočetní tomografie

DNR – do not resuscitate

DNAR – do not attempt resuscitate

HD - hemodialýza

CHSS – chronické srdeční selhání

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

EUS – endoskopická ultrasonografie

ERCP – endoskopické retrogradní cholangiopankreatikografie / skopie

KI – Karnovského index

MDT – multidisciplinární tým

NGS – nasogastrická sonda

ONS – orální nutriční suplementace

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

PTC / PTD – perkutánní transhepatická cholangiografie / drenáže

UPV – umělá plicní ventilace

UZ – ultrazvuk

WHO – World health organization

## POUŽITÁ LITERATURA KE KAPITOLE 1:

AGUSTI AG; VOGELMEIER C. *Global strategy for prevention, diagnosis and management of copd: 2024 report*. Dostupné z: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

BOURKE SJ, PEEL ET. Palliative care of chronic progressive lung disease. *Clinical Medicine*. 2014, vol. 14, no. 1, s. 79-82.

CHLUMSKÝ J, BRAT K. *Doporučení pro indikaci a provádění dlouhodobé domácí oxygenoterapie*. Dostupné z: <https://www.plicnikarstvi.cz/guidelines/>

GŘIVA M et. al. *Paliativní péče v kardiologii. Racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-481-1.

GŘIVA M et al. Doporučení pro deaktivaci implantabilních kardioverterů- defibrilátorů u pacientů v terminální fázi života. Společný dokument odborných společností: České kardiologické společnosti, z.s.; České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP; České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP. *Cor et Vasa*. 2019, roč. 61, č. 2, s. e238-e244.

KOLEK V; KAŠÁK V; VAŠÁKOVÁ M. *Pneumologie*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-538-5.

MAREK J; CESKA R, et al. *Interna 1*. vydání. Praha/Kromeriz: Triton 2010, 855 stran. ISBN: 978-80-387-423-0.

MAŘATKA, Z. Mařatkova gastroenterologie: patofyziologie, diagnostika, léčba. 1. Miroslav ZAVORAL (editor). Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5002-9.

MUSCARITOLI M; ARENDS J, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr*. 2021;40(5):2898-2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005.

NOLLEY E; MORRELL M. The role of palliative care in lung transplantation. *Journal of Thoracic Disease*. 2021, vol. 13, no. 11, s. 6737-6746.

SKŘIČKOVÁ J; KOLEK V. *Základy moderní pneumoonkologie*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-551-4

SLÁMA O; KABELKA O. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

SZONOWSKÁ B, et. al. Doporučený postup podpůrné a paliativní péče pro pacienty s pokročilým onemocněním ledvin. Published online June 17, 2021. <https://www.nefrol.cz/>.

TÁBORSKÝ M et al. Doporučené postupy – Diagnostika a léčba akutního a chronického srdečního selhání. Národní portál klinických doporučených postupů, 2020.

VALENTOVÁ; BÁRTOVÁ L. Transplantace plic v roce 2023. *Study Pneumology Pthiseology*. 2023, roč. 83, č. 6, s. 191-192.

V AŠÁKOVÁ M; POLÁK J; MATĚJ R. *Intersticiální plicní procesy*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-795-2.

VOLKERT D; BECK AM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10-47. doi:10.1016/j.clnu.2018.05.024.

**Zdroje obrázků:**

Klasifikace CHOPN dle GOLD. Čerpáno z: *Global strategy for prevention, diagnosis and management of copd: 2024 report*. Dostupné z: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

Domácí oxygenátor Philips Everflo. Dostupné z: <https://www.usa.philips.com/healthcare/resources/landing/oxygen-concentrators>

Domácí neinvazivní ventilace Resmed Lumis. Dostupné z: <https://www.resmed.cz/produkty/odbornici/ventilatory/lumis/>

Protokol vyšetření před zařazením na WL k transplantaci plic. Dostupné z: <https://www.plicnilekarstvi.cz/stranka/61/sekce-pro-transplantace-plic/>

Systém kapalného kyslíku Homelox. Dostupné z: <https://www.scmtrueair.com/products/liquid-oxygen-dewars-portables>

## 2 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V GERIATRII

Lenka Lazecká Delongová

### Cíle kapitoly

Cílem této kapitoly je pojmenovat a pochopit specifika paliativní péče v geriatrii. Podrobněji se podíváme na 2 syndromy specifické pro geriatrickou paliativní péči, a to syndrom terminální geriatrické deteriorace a syndrom demence.

### 2.1 Odlišnosti geriatrické paliativní péče

Hlavní odlišnosti geriatrické paliativní péče jsou:

- a) pacienti jsou vyššího věku, většinou polymorbidní s určitou mírou kognitivního deficitu a s tím spojenou horší mírou možnosti spolupráce a rozhodování
- b) pacienti užívají více léků, často nemají příliš mnoho rezerv a hůře se adaptují v novém prostředí (tedy např. každá hospitalizace může být pro ně zátěží, na kterou mohou reagovat rozvojem zmatenosti až deliria)
- c) paliativní péče je poskytována delší dobu (někdy měsíce až roky), často je velmi těžko odhadnutelná prognóza nemoci
- d) větší a dlouhodobější zátěž pro pečující
- e) nemoci a jejich průběh mohou mít u geriatrických pacientů jiný průběh a některé symptomy mohou chybět (např. febrilie; pak se např. infekce močových cest nebo špatně léčená nebo nerozpoznaná bolest může projevit jako neklid až delirium)

Ze všech těchto důvodů je paliativní péče v geriatrii ještě ne tak úplně rozšířená a běžná. Je ale zcela na místě – vzhledem ke stárnutí populace, prodloužení střední délky života v posledních dvaceti letech téměř o osm let (bohužel ale prodloužení života v nemoci) a až epidemií demence.

Možná ještě více než kdekoli jinde je paliativní péče v geriatrii opravdu komplexní, často stojící na zdravotně sociálním pomezí se samozřejmou intenzivní podporou pečujícím. Tím, že je přechod do terminální fáze ve většině případů pozvolný, tak máme dostatek času na přípravu, komunikaci a zapojení pacienta do rozhodování.

Naprosto klíčové je pochopení pacienta a jeho životního příběhu, hodnot a dle toho společně péči plánovat. Plán a cíl péče jsou základem paliativní péče.

## 2.2 Místo poskytování geriatrické paliativní péče

Geriatrická paliativní péče může být poskytována:

- a) doma – zpočátku může dostačovat spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče, odlehčovacími službami či pečovatelskou službou, později možno navázat péči mobilního hospice
- b) lůžkový hospic
- c) domovy pro seniory – v poslední době hodně diskutované téma a je velmi dobře, že se hodně domovů pro seniory o paliativní péči zajímá a začíná ji zavádět pro své klienty, je možné poskytovat také sdílenou péči, tj. péče domova pro seniory a mobilního hospice
- d) LDN s paliativním zaměřením
- e) v nemocnici – pokud je hospitalizován pacient dosud navedený do paliativní péče, pak zde ideálně pořešení akutní situace, úprava medikace, paliativní konzilium, komunikace s rodinou a pacientem a nasměrování do některé z forem paliativní péče – ambulance paliativní medicíny/hospic/LDN se zaměřením na paliativní péči...

## 2.3 Indikace paliativní péče

Kdy je geriatrická paliativní péče indikována:

- a) pozdní fáze některých onemocnění – jako je zejm. terminální stádium demence, terminální srdeční selhání, ledvinné, jaterní, stavy po těžkých mozkových příhodách a samozřejmě terminální stádium onkologických nemocí
- b) přítomnost výrazné symptomové zátěže – zejm. syndrom celkové bolesti, delirium, dušnost, úzkost a další. Symptomy hodnotíme běžnými škálami používaných v paliativní medicíně – tedy ESAS, MSSE či PAINAD.
- c) geriatrické syndromy – zejm. progrese frailty syndromu do syndromu terminální geriatrické deteriorace

## 2.4 Medikace v geriatrii

Farmakoterapie u geriatrických pacientů má svá specifika, na které musíme myslet. S věkem dochází ke změnám jak ve farmakokinetice léků na všech úrovních (absorpce, distribuce, metabolismus a eliminace léku), ke změnám enzymatických systémů cytochromu P450 a i k farmakodynamickým změnám (zvýšená citlivost CNS na centrálně působící léčiva a vyšší

prostup léčiv hematoencefalickou bariérou, zvýšená citlivost k léčivům s vysokým anticholinergním potenciálem, zvýšená citlivost k extrapyramidovým nežádoucím účinkům léků, predispozice k ortostatické hypotenzi). Všechny tyto změny mohou vést při standardním dávkování léků k vyššímu výskytu nežádoucích účinků. Proto je nutné dávkování některých léků snižovat (např. účinná dávka atorvastatinu v geriatrii je 10 mg, stejně tak omeprazolu. U metoprololu je to 50 mg/den, trazodon 25-100 mg/den) a některým lékům je vhodné se vyhýbat, případně být u jejich používání v geriatrii velmi opatrní– tzv. PIMs – potentially inappropriate medications. K těmto patří zejména: anticholinergika – např. tricyklická antidepresiva (amitriptylin), dlouhodobě působící benzodiazepiny (diazepam), Z-hypnotika (zolpidem), typická antipsychotika, metoklopramid, neselektivní NSAID – zj. indometacin, opatrnost o monitoraci hladiny léků např. u digoxinu a amiodaronu.

Bohužel se velmi často u geriatrických pacientů setkáváme s polypragmázií či polyfarmakoterapií – tedy užíváním většího množství léků (5 a více, u excesivní polyfarmakoterapie 10 a více užívaných léků), často již i neindikovaných se sporným přínosem pro pacienty. Může jít i o chybné kombinace léků s velkým rizikem nežádoucích účinků. Úkolem každého lékaře je racionální farmakoterapie a pokud pacient užívá neindikované léky nebo nevhodné kombinace léků, tak tyto léky vysadit. V geriatrii navíc necílíme na tak těsnou kompenzaci diabetu či hypertenze.

Pokud nasazujeme pacientovi nové léky – zj. opioidy, řídíme se heslem „start low, go slow.“ Tedy nasazujeme menší dávky léků a postupně pomalu navyšujeme. Vždy myslíme na možné nežádoucí účinky a zda je nový lék vhodný do kombinace s těmi stávajícími

## **2.5 Geriatrické syndromy**

### **2.5.1 Syndrom geriatrické křehkosti**

Syndrom geriatrické křehkosti – FRAILTY syndrom není synonymum fyziologického stárnutí nebo polymorbidity. Tedy ne každý pacient vysokého věku je geriatricky křehký, týká se asi 7 % pacientů. Geriatrická křehkost je důsledkem involučních změn (stárnutí), polymorbidity (+ nežádoucí účinky léčiv), životního způsobu (inaktivita, malnutrice) a genetické predispozice.

#### **Kritéria počínajícího frailty syndromu:**

- úbytek hmotnosti (5 a více kg/rok),
- celková únavnost a vyčerpání,

- snížení úchopové síly, svalová slabost,
- pomalá chůze + nízká pohybová aktivita.

Tyto kritéria nám nabízí vysvětlení, jak pojmenovat a kam zařadit přibývání závažných potíží a funkčních deficitů starého člověka, který nepřiměřeně „chátrá“, aniž by byla zřejmá příčinná choroba. Syndrom geriatrické křehkosti nelze vyléčit.

### **Prevence a intervence:**

- a) zejména důraz na kvalitní stravu s dostatkem bílkovin, doplnění např. sippingem (Nutridrinky), jíst častěji, menší porce
- b) snažit se cvičit, pohybovat se, alespoň chůze, procházky
- c) udržovat sociální kontakty, „mít pro co žít“
- d) kvalitní léčba bolesti a jiných potíží

Syndrom geriatrické křehkosti může vést k syndromu terminální geriatrické deteriorace.

## **2.5.2 Syndrom terminální geriatrické deteriorace**

Je definován jako soubor těchto příznaků:

- imobilita na lůžku nebo minimální pohyb kolem lůžka
- závažná inkontinence
- delirantní stavy
- pokles zájmu o okolí (zaměření pouze na vlastní tělesnost)
- ireverzibilní zhoršování nutričního stavu

A i bez vedoucího závažného onemocnění či jasné spouštěcí příčiny dochází k rychlému horšení stavu spějícího neodvratně k smrti. U syndromu terminální geriatrické deteriorace je jasně **indikována potřeba paliativní péče**, komplexní přístup k pacientovi a jeho pečujícím a jejich podpora.

Je naprostá nutnost vytvořit plán péče i s důrazem na to, kde tato péče bude probíhat – doma s pomocí mobilního hospice?/ lůžkový hospic?/ LDN/ ..? Zamyslet se nad možným řešením akutních situací, které mohou nastat a kdo a jak je bude řešit (delirium, močová retence, infekční komplikace – pneumonie, infekce močových cest, dekubitární sepse, aspirace apod.). Dále je vhodné přehodnotit dosavadní medikaci a nefarmakologické intervence, kvalitně léčit všechny obtěžující symptomy. Samozřejmostí je ošetrovatelská péče, může být i basální stimulace. Vše s cílem maximálního komfortu pro pacienta v závěru života.

### 2.5.3 Demence

Demenci můžeme definovat podle MKN jako syndrom způsobený chronickým, progresivním poškozením vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Omezení se rozvíjí v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně 6 měsíců.

Základní projevy jsou – problémy s pamětí, problémy s abstraktním myšlením, obtíže s rozpoznáváním objektů, problémy s řečí, změny osobnosti, změny v náladě a chování, dezorientace v čase a místě.

Vzhledem k demografickému vývoji v následujících letech, kdy se má prudce zvyšovat počet obyvatel ve věku 65 + (a např. počet obyvatel ve věku 85+ se má více jak zdvojnásobit) lze očekávat vyšší prevalenci chronických chorob. Predikce prevalence Alzheimerovy choroby v roce 2030 je oproti r. 2020 115 %. Celkově se má v následujících 20 letech výskyt demence dle odhadů zvýšit až 3x! Tudíž se určitě s těmito pacienty bude potkávat každý lékař.

Nejčastějším typem demence je Alzheimerova nemoc, mnohem méně časté jsou vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky, fronto-temporální demence, demence u Parkinsonovy choroby a další. Přežití dle různých studií je 5-9 let (průměr 6,6).

Základní testy v geriatrici jsou Mini-cog test, test hodin a MMSE test (Mini mental state examination).

Demence jako taková je nevléčitelné onemocnění s **jasnou potřebou paliativního přístupu a paliativní péče** zejména v jeho terminálním stádiu, vhodnější již u stádia P-PA-IA 3, tedy stadium těžké demence, kdy je již nezbytné definovat cíle a plán péče.

Demence je jedna z nemocí, kde je zcela na místě využít **institut DVP (dříve vysloveného přání)**. Tedy v situaci, kdy je ještě pacient schopen o sobě rozhodovat sepsat, jak by měla vypadat péče v závěru života – zejména s důrazem na oblast výživy a hydratace a možnost invazivních postupů (zavádění PEGu ev. nasogastrické sondy), antibiotická terapie v terminálním stavu, resuscitace apod. Všechny tyto invazivní postupy může pacient odmítnout.

#### Terminální fáze demence

Za terminální stádium demence se všeobecně považují poslední měsíce až rok života. Dochází k další progresi poruch polykání, omezení mobility, verbálních schopností. Většinou jde tedy o pacienty imobilní, inkontinentní, s poruchou polykání, a tedy potížemi s příjmem stravy,

tekutin, léků. Komunikace a spolupráce s pacienty je většinou minimální, může docházet k rozvoji dekubitů, vzniku delirií a jiných poruch chování. Časté jsou potíže se spánkem a otočený režim – tzv. sun down fenomén (sluníčko zapadá, pacienti ožívají). Pacienti jsou nesoběstační, zcela odkázáni na pomoc druhých osob. Kombinuje se zde kvalitní ošetrovatelská péče s léčbou symptomů, zj. bolesti, úzkosti, dušnosti. Opět máme vytvořený plán péče – nejlépe s přihlédnutím k DVP. Podporujeme rodinu.

Progrese onemocnění do terminálního stádia je pozvolná. Vhodnější je v rámci plánu péče předem definovat vhodnou péči než přemýšlet nad časovou prognózou při indikaci paliativní péče. Tedy s předstihem vědět, jak má péče v závěru života vypadat a kde se má odehrávat než to neřešit a čekat, až se stav zhorší natolik, že budeme o nějaké paliativní péči vůbec uvažovat.

---

### KAZUISTIKA 1

---

76letá pacientka s terminálním stádiem Alzheimerovy demence, Parkinsonova nemoc. Pacientka je imobilní, zcela nesoběstačná s počínajícími kontrakturami a dekubity. Kachektická, generalizovaná svalová atrofie. Komunikace nelze, nespolupracuje. Albumin 25 g/l, CRP 20. Přestává jíst a pít, při polykání se zakašlává, riziko aspirace. Bolestivá, zj. při manipulaci.

Žije v Domově pro seniory, dcera pravidelně dochází. Vidí, že se maminka horší a trápí a chce situaci řešit. Jako lékaři jste zváni na konzilium. **Zkuste odpovědět na následující otázky:**

1. Jaký by byl u pacientky cíl a plán péče? S kým byste ho stanovovali a od čeho se bude odvíjet?
  2. Je u pacientky indikováno zavedení NGS a PEGu? Pokud ano, z jakého důvodu?
  3. Pokud zavedení není indikováno, jak byste řešili potíže s příjmem stravy a tekutin a bolesti pacientky?
- 

---

### KAZUISTIKA 2

---

88letá pacientka (v anamn. hypertenze, diabetes, st.p CMP) dosud soběstačná, chodící, ale chůze již nestabilní s tendencí k pádům, ortostatická hypotenze, vertigo. V poslední době nemá na nic chuť, méně jí, pomalinku hubne a slábne. Po jednom pádu fraktura krčku femoru, řešeno

operačně. Po operaci se nedaří rehabilitovat, pacientka slabá, přeléčena pneumonie ATB. Odeslána k dalšímu pokračování rehabilitace a další péči na LDN. Zde i přes aktivizaci a rehabilitaci dochází k imobilizaci, přeléčená infekce močových cest širokospektrými ATB, následně rozvoj dekubitů. Opět recidiva teplot – susp. nosokomiální pneumonie, CRP 115, leukocytóza 14, lab. hyponatrémie a hypochlorémie, zhoršené renální parametry.

Jste lékařem oddělení a přichází rodina se stížností na péči „*ještě nedávno maminka bydlela sama, chodila a teď jen leží, nejlí, hubne. Má proleženiny, co tady s ní probiha děláte?*“ **Zkuste odpovědět na následující otázky:**

1. Je u pacientky indikován paliativní přístup a paliativní péče?
2. Jak byste s rodinou komunicovali a situaci vysvětlili?
3. Jaký by mohl být další postup a vývoj? Na čem by závisel?

---

Správné odpovědi budeme diskutovat ve výuce.

## TAKE HOME MESSAGE

- Paliativní péče – a to jak obecná, ale i specializovaná, je u geriatrických pacientů nejen v terminálním stádiu jejich chorob jasně indikovaná.
- Prognóza těchto nemocí je často velmi nejistá a špatně odhadnutelná, nečekáme tedy až na „poslední chvíli“, ale o paliativní péči a péči v závěru života komunikujeme s předstihem.
- Pacienti by se měli na rozhodování o péči v závěru života podílet, využívat institut Dříve vysloveného přání.
- Je velmi důležité u geriatrických pacientů najít rovnováhu mezi léčením zbytečně a neindikovaně moc - tzv. over treatment – „přece nám tady ten 90letý imobilní pacient nezemře, pojďme mu dát ještě třetí antibiotika a co kdybychom ho poslali ještě na dialýzu?“ a terapeutickým nihilismem „vždyť už je mu 90, tak co byste jako chtěli?“

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK KE KAPITOLE 2

ATB – antibiotická léčba

CNS – centrální nervový systém

CRP – C-reaktivní protein

DVP – dříve vyslovené přání

ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí  
MMSE – Mini mental state examination test  
NGS – nasogastrická sonda  
FRAILTY – syndrom geriatrické křehkosti  
PAINAD – stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence  
PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

## **POUŽITÁ LITERATURA KE KAPITOLE 2**

KABELKA L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Mladá fronta a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4225-3.

SLÁMA O; KABELKA O. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

TOPINKOVÁ E et al. *Geriatric – Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, novelizace 2024*. ISBN 978-80-88280-50-7.

## 3 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V HEMATOONKOLOGII

Ludmila Muroňová, Ondrej Šušol

### Cíle kapitoly

Cílem této kapitoly je seznámit studenta s problematikou paliativního přístupu v hematoonkologii. Jedná se o vysoce komplexní přístup, kdy nejde pouze o specifické symptomy pacientů či moderní, často nákladnou onkologickou léčbu a podpůrnou terapii. Komplexní přístup zahrnuje mimo jiné i časné zahrnutí paliativní péče ještě v době probíhající léčby základního onemocnění včetně otevřené a upřímné komunikace s pacientem a jeho blízkými tak, aby bylo možné co nejlépe nastavit terapeuticko-ošetrovatelský plán podle přání a možností pacienta i jeho rodiny a tento plán přizpůsobovat měnící se situaci v průběhu onkologické péče.

### 3.1 Úvod

Hematoonkologie je komplexní a dynamický obor s rychle se rozvíjející moderní léčbou (cílená léčba, imunoterapie, buněčná terapie), která je velmi efektivní a u většiny pacientů umožňuje jejich vyléčení. Nízká toxicita a vysoká účinnost moderních léčiv a jejich kombinací vede k zásadnímu zlepšení stavu i u pokročilých onemocnění a nezdědka tak bývají léčeni i pacienti v pokročilých fázích onemocnění či silně předlčení pacienti často i v závěru života. Zásadní je přitom na základě zkušeností specializovaných týmů rozpoznat okamžik, kdy naše léčba již nemocnému nepřináší benefit, tedy abychom nemocného bezúčelně neléčili až do konce života – jinými slovy je důležité rozpoznat moment, kdy je vhodné již s léčbou dále nepokračovat s ohledem na kvalitu života nemocného a na její možné nežádoucí účinky, jako jsou například oportunní infekce. Správné načasování rozhodnutí o ukončení léčby (End Of Treatment, EOT) je jedním z velkých témat v onkologii i paliativní medicíně a představuje jedno z nejobtížnějších, ale zároveň nejdůležitějších rozhodnutí v léčbě každého pacienta.

Mezi krevní nádorová onemocnění řadíme akutní leukemie, chronické leukemie, mnohočetný myelom, agresivní a indolentní lymfomy, myelodysplastický syndrom. Prognóza každého pacienta, tedy předpoklad délky života a/nebo vyléčitelnosti, se může výrazně lišit i u stejné diagnózy, protože vyplývá z genetického rizika nemoci.

U vyléčitelných krevních nádorů, používáme přiměřenou intenzivní léčbu s ohledem na biologické možnosti a věk pacienta (tj. zohledňujeme renální a jaterní funkce, performance

status, denní aktivitu, celkové odhadované biologické rezervy pacienta apod.). Rizika intenzivní protinádorové léčby jsou akceptovatelná především s vidinou dosažení remise nemoci. Na druhé straně, pokud je intenzivní protinádorové léčbě vystaven pacient, který má četné komorbidity a nízký performance status, může vést léčba k závažné toxicitě, kdy nepřeváží „beneficence“ nad „nonmaleficenci“ se vznikem až život ohrožujících komplikací. Paradigmata léčby s vysokým rizikem a vysokým ziskem vyžadují jasné pochopení preferencí a cílů pacientů. Jako příklad lze uvést alogenní transplantaci krvetvorby, která je jedinou kurativní léčbou pro pacienty s akutní leukemií, přináší však s sebou riziko časných i pozdních závažných (a mnohdy až život ohrožujících) komplikací, které mohou její výsledek či výslednou kvalitu života pacienta v mnohém a zásadně změnit. Proto by informaci o přínosech a rizicích nabízené léčby měl pacient vnímat vždy před jejím zahájením či změnou tak, aby se na základě vlastních preferencí mohl samostatně o dalším průběhu rozhodnout. Určení vhodnosti péče pak vyžaduje orientaci v medicínsky smysluplných možnostech s respektem k hodnotám a kvalitě života pacienta.

Začlenění včasné paliativní péče do komplexního přístupu k pacientovi je vrcholem péče o nemocného právě proto, že nejsme jen ti, kteří zapisují údaje do křivek přežití.

### **Otázka k zamyšlení:**

1. Předvídat, kdo a jak bude na léčbu reagovat, je náročné. Co byste o pacientovi potřebovali kromě výsledků nezbytných vyšetření vědět, abyste dokázali rozhodnout o vhodné léčbě? (Při rozhodnutí Vám může pomoci např. i tzv. Hodnotová anamnéza pacienta).

## **3.2 Specifika hematoonkologických pacientů**

Hematoonkologičtí pacienti jsou více zatíženi specifickými příznaky a často jde o „křehké“ pacienty s nižší úrovní výkonnosti (performance status). Klinické potíže pacienta se dominantně odvíjí od snížené funkce kostní dřeně (a s ní související neutropenie, anémie a trombocytopenie), způsobené jak základním onemocněním, tak často i toxicitou podané protinádorové léčby. Komplikacemi vyplývajících z nedostatečné krvetvorby a toxicity léčby jsou:

- při neutropenii např. infekce (včetně atypických agens), mukozitida
- při anémii např. dušnost, únava

- při trombocytopenii krvácení

### **3.2.1 Infekční komplikace**

Infekční komplikace vznikají z důvodu nedostatku neutrofilů, nefunkčnosti monocytů/makrofágů, imunitní dysregulací, selhání vrozené imunity. Mnoho pacientů vyžaduje antibiotickou profylaxi. Dobu neutropenie v indikovaných případech lze zkrátit podkožní aplikací granulocyty stimulujících růstových faktorů (G-CSF). Projevy aktivní infekce u imunokompromitovaných pacientů mohou být rozdílné od imunitně kompetentních jedinců. Horečka a pocení může být příznakem probíhající infekce, ale zároveň může znamenat aktivitu základní nemoci. Často je infekce terminální komplikací hematoonkologických pacientů. Indikace podávání antibiotik u terminálně nemocných je předmětem mnoha debat, má být racionální, zahrnující medicínskou rozvahu s respektem k cílům léčby a požadované kvalitě života.

### **3.2.2 Anémie**

K anémii může dojít primárně selháním erythropoézy, nebo sekundárně z důvodu toxicity protinádorové terapie, krvácením, hemolýzou apod. Pacienti jsou často transfuzně závislí, podávání transfuzních přípravků (TP) obsahujících erytrocyty je indikováno v případě, že pacientův performance status odpovídá 30–60 % indexu dle Karnofského a pokud je prognóza delší než dny. V takovém případě substituujeme TP s obsahem erytrocytů při vyjádřeném anemickém syndromu. Transfuzní závislost lze u některých pacientů omezit podkožní aplikací erythropoetinu. Ukončení transfuzní podpory je třeba vždy komunikovat s pacientem i jeho rodinou, v případě hospicové péče o nemocného pak s hospicovým lékařem. Transfuzní podpora by měla splňovat požadavky na efektivitu a smysluplnost zejména pro pacienta. Převýší-li tedy subjektivní benefit zátěž, kterou pacient podstupuje (např. dopravou a čekáním na ambulanci) při podávání krevních transfuzí, má takový postup nadále smysl z hlediska zachování kvality života. V opačném případě je tak namíste komunikovat s nemocným ukončení transfuzní podpory. Jedná se o jeden z nejtěžších úkolů v hematologické praxi, neboť ukončení transfuzní podpory bývá mnohdy pacienty vnímáno jako definitivní ukončení péče, „zlomení hole“ nad pacientem ze strany lékaře a může pro nemocné často znamenat i ztrátu posledního psychického záchytného bodu v kontextu jejich onemocnění.

### 3.2.3 Krvácení

Ke krvácení dochází z důvodu trombocytopenie či z důvodu koagulopatie. S ohledem na cenu a dostupnost dárců je podávání trombocytových TP a koagulačních faktorů indikováno velmi racionálně při krvácení s respektem k cíli péče.

### 3.2.4 Psychosociální zátěž

Kvůli opakovaným hospitalizacím, častým a dlouhým návštěvám na ambulanci, sociální izolaci jsou pacienti vystavováni velké psychosociální zátěži. V průběhu léčby totiž nemocným z důvodu dlouhodobé imunosuprese nedoporučujeme např. účast na veřejných kulturních akcích, návštěvu veřejných kulturních prostor (kino, divadlo) apod. V případě paliativní péče je to naopak.

Nemocní si dále mohou klást otázky ohledně pracovní neschopnosti a finančního zajištění rodiny, ztráty či změny své rodinné role, finančních problémů zhoršení sebeobsluhy atd. Mohou se ptát „Co bude s mou rodinou, s domem, s dětmi ... až umřu?“ Nemocný se může obávat smrti, bolesti, závislosti na pomoci blízkých. Z takovýchto úvah potom mohou plynout pocity úzkosti, nejistoty, deprese. Úzkost a deprese pak často doprovází bolest a únava, ztráta chuti k jídlu, k pohybu, dodržování léčby apod. K léčbě úzkosti a deprese využíváme kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. Pro farmakoterapii je třeba si uvědomit, že u mnoha léků může nástup účinku trvat týdny.

### 3.2.5 Další vybrané symptomy a jejich management u hematoonkologických pacientů

**Únava** spojená s nádorovým onemocněním je subjektivní pocit, který není úměrný aktivitě a je natolik závažný, že ovlivňuje běžné denní činnosti. Únavu může zlepšit cvičení, kortikosteroidy, psychostimulancia.

**Kachexie** je komplexní metabolický syndrom, který je charakterizován úbytkem hmotnosti (o 5 % za 6 měsíců), nejčastěji je doprovázen úbytkem svalové hmoty, tukové tkáně, anorexií, anémií a snížením tělesných funkcí. Samotná nutriční podpora bývá nedostatečná, kombinace cvičení a léků na povzbuzení chuti k jídlu (např. megestrol acetát, olanzapin, léčebné konopí) a protizánětlivých léků (např. celecoxib, omega-3 mastné kyseliny) zlepšují celkový stav.

**Mukositida** je poškození sliznic zažívacího traktu protinádorovou léčbou, nejčastěji se rozvíjí po podání cytostatik typu alkylační látky. Sliznice zažívacího traktu mají rychlý obrat

a za normálních okolností organismus epitelie rychle nahrazuje. Několikadenní výpadek regenerace sliznic po chemoterapii vede k oslabení slizniční bariéry, což se projevuje v horní části zažívacího traktu nechutenstvím, poruchami chuti, bolestivostí sliznice úst a jícnu, mohou se objevit i defekty sliznice a při sekundární infekci vředy. Mukozitida dolní části zažívacího traktu vede k poruchám vstřebávání potravy a k průjmům, zvyšuje se významně riziko systémové infekce. Léčba se zaměřuje na kontrolu bolesti, na lokální péči a hygienu, prevenci infekcí a na dodržování dostatečného perorálního příjmu.

**Při dušnosti**, kdy nenajdeme korelaci na zobrazovacím vyšetření (RTG plic, HRCT plic, spirometrie, BAL) a kdy léčba základní příčiny není možná, můžeme použít nízké dávky opioidů, zejména morfinu a kortikosteroidů k úlevě pacientů, kteří bezprostředně umírají.

Proti bolesti indikujeme mnohdy velké dávky opioidních analgetik a koanalgetik včetně antidepressiv.

**Delirium** spočívá v poruše vědomí se ztrátou schopnosti soustředit se a měnit pozornost. Je dobré mít znalost rizikových faktorů a jejich prevence. Rizikem jsou nízké kognitivní funkce, vyšší věk, přechodí zneužívání alkoholu nebo drog, nízké orgánové a fyzické funkce, vyšší kreatinin. Mezi prevencí deliria patří vysazení rizikových léků, srozumitelná komunikace, mobilizace/rehabilitace pacienta, adekvátní hydratace, nutrice, dostatečná analgetizace, péče o stolici, močení, spánek.

Dalšími běžnými potížemi je nevolnost a zvracení, bolest, zácpa. Podrobnější popis i další symptomy jsou nad rámec předkládaného jádrového učiva. U pacientů s krevním nádorovým onemocněním jsou na prvních třech místech popisovány příznaky: dušnost (51 %), bolest (48 %) a únava (48 %). Mezi další příznaky patří např. škytavka, pruritus, poruchy kožní integrity.

#### **Otázka ke zopakování:**

Vyber, které z následujících příznaků jsou bezprostřední komplikací nedostatečné krevtvorby?  
A. krvácení B. nevolnost/nechutenství C. bolest D. horečka E. dušnost F. deprese

### **3.3 Trajektorie hematoonkologického pacienta**

Ačkoliv je paliativní péče mnohdy mylně vnímána jako péče na konci života v ideálním případě je začleněna na začátku trajektorie nemoci vedle život prodlužujících nebo potenciálně kurativních terapií. Agresivní onemocnění často vyžadují bezodkladnou léčbu, proto podpůrná

péče bývá v úvodu upozaděna. Časná paliativní péče by pacientům neměla brát naději, neměla je vystavovat depresi či úzkosti, naopak dává prostor k pochopení a přijetí diagnózy a k přehodnocení vlastních priorit. Tím naději spíše zachovává a naplňuje.

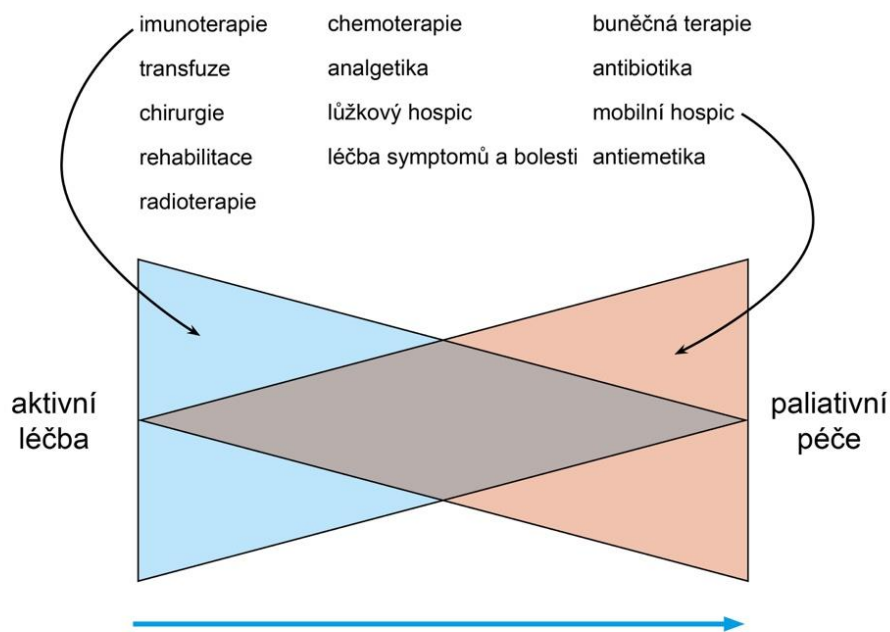
Plán péče vyžaduje flexibilitu a reakci na potřeby pacienta, protože onemocnění jako akutní leukémie nebo agresivní lymfomy vedou k rychlému zhoršení stavu.

Začínáme **stanovením diagnózy a zahájením léčby**, která má za cíl navodit remisi onemocnění nebo onemocnění zpomalit. Pro mnoho krevních nádorových onemocnění jsou typické fáze remise a relapsu. I přes úspěšné dosažení remise, kdy je nemoc pod kontrolou, se střídají období stabilnější a období s komplikacemi např. infekce, reakce štěpu proti hostiteli. Pacienti proto mohou profitovat z podpůrné a paliativní péče po celou dobu nemoci. V případě relapsu vyžaduje nemoc restaging a přehodnocení léčebné strategie, která je případně i agresivnější.

Široké možnosti protinádorové léčby (imunoterapie, buněčná terapie CAR T-lymfocyty, léčba v rámci klinických hodnocení, transplantace kostní dřeně, chemoterapie) se s věkem pacienta a absolvovanou léčbou zužují. Z nabídky reálných a zvládnutelných možností léčby můžeme dojít s některými pacienty až do bodu end-of-life care se zaměřením na komfort pacienta, psychosociální a duchovní podporu s diskuzí pacienta a jeho rodiny o preferencích na konci života jako jsou hospitalizace, krevní transfuze, antibiotika apod.

### **Otázka ke zopakování**

Níže je základní model integrované paliativní péče. Do oblasti průniku trojúhelníků spadá péče, která patří do aktivní léčby nemoci a současně i do paliativní podpůrné péče. Přiřaď slova do správné oblasti.



Uvádíme dvě kazuistiky jako příklady z praxe.

### KAZUISTIKA 1

Jedná se o 66letou, komorbidní ženu (nemocná po terapii karcinomu endometria, s metabolickým syndromem a anamnézou abusu alkoholu) s podezřením na akutní hemoblastózu. Při příjezdu RZP si všimnete neuspokojivého klinického stavu pacientky (nemocná je ležící, neschopná samostatného přesunu a sebeobsluhy, je dezorientovaná, dušná, všimnete si malhygieny). Pacientka je orientovaná pouze osobou, udává bolesti beder a pocit ztíženého dechu. Cíleně se pacientky doptáte na osobu blízkou – tedy, koho máte kontaktovat, kdyby se její stav náhle zhoršil.

Z dokumentace zjistíte, že pacientka absolvovala před třemi lety chirurgickou léčbu karcinomu endometria v kombinaci s chemoterapií – nyní je choroba v remisi sledována na onkologii. Pacientka dále trpí těžkým metabolickým syndromem (diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, obezita) a v minulosti najdete záznam o abúzu alkoholu.

Ve fyzikálním vyšetření dominuje tachypnoe 25/min s tachykardií 115/min, pulzním oxymetrem zjišťujete hyposaturaci SpO<sub>2</sub> 87 % s úpravou po zavedení oxygenoterapie kyslíkovou maskou (průtok O<sub>2</sub> 6L/min) na 93 %.

Protože pacientka není zajistitelná periferní žilní kanylou, zavedete centrální žilní vstup. Laboratorní vyšetření odhalí leukocytózu  $90 \times 10^9/l$ , anemii (Hb 84 g/L), trombocytopenii (Plt

16x10<sup>9</sup>/L), dále těžkou koagulopatií (PT 1,6, TT 1,8, fibrinogen 0,97 g/L, antithrombin 54 %), D-dimery 33, vysoké LDH (60 µkat/l), kreatinin 139 mmol/L, urea 16,1 mmol/L, hypokalemie 3,1 mmol/L. Z mikroskopického diferenciálního krevního obrazu vám z laboratoře hlásí 40 % blastických elementů odpovídající vzhledem myeloblastům. Podáte trombokoncentrát, substitutujete koagulopatií, iontogram, podáte parenterální hydrataci. Vzhledem k velké nádorové náloži je riziko náhlého rychlého rozpadu maligních buněk, proto podáte k zabránění tumor lýzy urikolytika. Zahájíte cytoredukci perorálním podáním hydroxyurey, dušnost v této chvíli přičítáte leukostáze a, proto podáte ještě kortikoidy.

Následující den je z periferní krve metodou průtokové cytometrie stanovena diagnóza akutní myeloidní leukémie. Klinicky se stav vědomí pacientky zhoršuje, prohlubuje se dezorientace a zhoršuje neklid (diferenciálně diagnosticky při leukostáze nebo leukemické infiltraci CNS, případně je možná i intracerebrální hemoragie při koagulopatií). Vzhledem ke zhoršujícímu se neklidu a propadu stavu vědomí není pacientka schopna absolvovat diagnostická vyšetření (CT mozku), zanedlouho již není schopna ani přijímat léky per os.

Voláte dceři, a oznamujete, že se stav maminky zhoršil a pozvete ji k sobě na oddělení k urychlené návštěvě. Proberete s ní stav maminky, vysvětlíte nově diagnostikovanou akutní leukemii. Vysvětlíte, proč se v tomto stavu jedná o neléčitelné onemocnění (komorbidity, stav vědomí – jak bylo popsáno výše). Vzhledem k akutně vážnému stavu je výhledově prognóza přežití nemocné v rámci hodin až dnů. Požádáte dceru, aby tuto informaci komunikovala dále v rámci celé rodiny, potvrdíte možnost jejich návštěvy u nemocné.

Po prvotním šoku se dcera dále doptává na léčebné možnosti, pokud by se přeci jen podařilo stav maminky zlepšit. Vysvětlíte jí, že v takovém případě lze nabídnout neintenzivní paliativní léčbu, která by dle dostupných statistik pacientce přinesla v průměru 3 měsíce života. V současném stavu není předmětná diskuse o hospicové péči, při zlepšení stavu však takovou péči lze zvážit. Dceři vysvětlíte, že úkolem hospice je zabránit bolestem, utrpení a maximalizovat pohodlí. Dcera reaguje: „To znamená, že maminku necháte umřít!“ Reagujete. „Řeknete mi něco o vaší mamince? Jaká byla, než onemocněla?“ Dozvídáte se, že maminka neměla snadný život, často řešila problémy alkoholem. Vysvětlujete dceři agresivní povahu nemoci, která ji kvalitu života snížila pod schopnosti základní sebeobsluhy. Péče hospice se zaměří na zajištění pohodlí a úlevy od příznaků, kterými maminka bude trpět. Dcera souhlasí a domlouváte se na případném setkání společně s paliativním týmem.

V plánu péče nezadávejte další vyšetření, racionalizujete nadále medikaci, neindikujete další substituci krevního obrazu ani koagulačních faktorů. Následující den dochází k prohloubení deliria a zhoršení dušnosti, zavádíte terminální sedaci, na které pacientka v klidu umírá.

---

## KAZUISTIKA 2

---

Na plánovanou ambulantní kontrolu přichází 77letý muž s myelodysplastickým syndromem. Dochází k vám již druhý rok, od doby, kdy mu byla nemoc diagnostikována. Prvního půl roku se pacient obešel bez speciální léčby, docházel pouze na substituci TP obsahujících erytrocyty. Po půl roce byla pro progresi nemoci zahájena standardní léčba bez kurativní intence v kombinaci cytostatika azacitidine (analog pyrimidinu) a inhibitoru BCL-2 proteinu (venetoclax). Doposud absolvoval dva měsíce léčby s efektem remise onemocnění (podle kontrolního vyšetření kostní dřeně). Častými nežádoucími účinky takovéto terapie je však cytopenie, zejména pak neutropenie a anemie či trombocytopenie s nutností substituce podáváním TP. Během léčby tohoto pacienta došlo již ke třem těžkým infekčním komplikacím s nutností hospitalizace s hemodynamickou nestabilitou, deliriem a nutností péče na JIP. Ačkoliv se stav fragilního seniora po každé atace nakonec navrátil do uspokojivé normy se základní soběstačností, další protinádorová terapie nemůže být pro rizika komplikací převyšující benefit léčby indikována.

S touto rozvahou vítáte pána vjíždějícího na invalidním vozíčku ve dveřích ambulance. Víte, že dnes nebude den zahájení dalšího cyklu léčby. S otázkou, jak se daří, podáváte pacientovi ruku. „Doma je dobře“, pochvaluje si, dlouhodobě ho trápí únava, slabost, nemůže chodit, je dušný i při mírné námaze. Zkontrolujete výsledky dnešních odběrů a vyvíjející se dynamiku pancytopenie. Trvá dlouhodobá těžká neutropenie, progreduje anémie, erytropoéza je nedostatečná. Odhadujete transfuzní závislost, minimálně jednou týdně budou nutné návštěvy stacionáře k substituci TP. S hodnotou hemoglobinu 69 g/l indikujete podání jednoho TP s obsahem erytrocytů.

„*Můžeme nyní probrat další postup?*“ začnete. „*A o co se jedná?*“ Otázku berete jako svolení a navázete. „*Jde o další léčbu. Nejprve bych ráda věděla, jak tu vaši nemoc vnímáte?*“ „*Transfuze mi dělají dobře, na pár dní mě postaví na nohy. Dokud jsem nedostával injekce, tak mi bylo vcelku dobře, při nich to nestojí za nic.*“

„*Vím, že jste měl hodně komplikací, které vás vyčerpaly. A přála bych vám, aby se to už neopakovalo, nicméně pokud budeme pokračovat postupem jako doposud, je velké riziko, že se*

*znovu objeví další život ohrožující komplikace. Co je pro vás teď v životě důležité?“ Pacient chvíli mlčí. „Jsem spokojený tak, jak jsem, doma s manželkou.“ Pokračuji: „Jsme v situaci, kdy vám léčba už nepřináší to, co by měla. Navrhuji, abychom v ní už nepokračovali.“ Pacient nejprve zajásá, což možná odráží úlevu, jak náročné pro něj absolvování léčby je. Vzápětí ale dodá: „Ale co teda bude dál? Jiné léky?“ „Jen takové léky, které vám uleví od potíží, které vás budou zrovna trápit. Žádná speciální protinádorová léčba by to nebyla,“ odpovídám. „Ale to bych brzo umřel... Za jak dlouho?“ – „Pokud se ptáte na statistiky, odhady pro vaši nemoc se pohybují v řádu měsíců. Proč se ptáte? Co se vám honí hlavou? Co je pro vás v tuto chvíli důležité?“*

*„A budete mi pořád dávat krevní transfuze?“ „Ano, na transfuze k nám můžete chodit, pokud vám budou pomáhat. Ale zároveň s námi by se o vás začal starat šikovný paliativní tým, na který byste se s rodinou obraceli. Pokud byste souhlasil, domluvíme vám společnou schůzku.“ Pán zachmuřeně odvětlí. „Dobrá. Musím to nejdřív probrat doma.“ Ještě nabídnete, ať na příští kontrolu přijde v doprovodu někoho z blízkých, a rozloučíte se.*

---

## **TAKE HOME MESSAGE**

- Při nabídce léčby a péče zohledňujeme kvalitu života pacienta, přání a preference pacienta.
- V případě nevléčitelného onemocnění vybíráme léčbu s přijatelnou toxicitou a se zachováním co nejlepší kvality života pacienta.
- Pokračování v léčbě indikujeme, pokud se délka života (řádově letech) stává pro pacienta důležitější než kvalita života.
- Vnímání příznaků na symptomatických škálách (bolest, únava, slabost, nechutenství) je mezi pacientem a lékařem odlišné, jde o subjektivní a těžko přenositelnou zkušenost.

## Tabulka specifík hematoonkologického pacienta

Specifická dynamika průběhu nemoci	Široká variabilita povahy nemocí: – onemocnění <b>rychlé agresivní</b> (akutní leukémie, agresivní lymfomy, refrakterní myelomy) s rychlým zhoršováním stavu – onemocnění <b>chronické/indolentní</b> (chronická leukémie, indolentní lymfomy) Střídání fáze: – klidu/remise/vyléčení, kdy je nemoc a příznaky pod kontrolou – aktivity nemoci/relapsu/akutních život ohrožujících komplikací (GvHD, infekce) Často doživotní péče/sledování.
Specifické symptomy způsobené samotným onemocněním např. selhání krvetvorby a/nebo jeho léčbou.	– Febrilní neutropenie, infekční komplikace (bakteriální, virové, invazivní mykotické, atypické agens) – Mukositida – Krvácení – Bolest – Dušnost, únava ...
Intenzivnější péče	Nemocní vyžadují častější kontroly např. kvůli podávání transfuzí, terapii infekčních komplikací.
Vyšší psychosociální distres	– Nemocní podstupují často opakované a dlouhé hospitalizace – Izolace od rodiny, velkých kolektivů – Obavy z relapsu nemoci, prognostická nejistota – Plánování a stanovení cílů péče dle aktuálního stavu

*„Naděje není to přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale jistota, že má něco smysl – bez ohledu na to, jak to dopadne.“*

Václav Havel

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK KE KAPITOLE 3

CNS – centrální nervový systém

CT – počítačová tomografie

EOT – end of treatment

HRTC – výpočetní tomografie s vysokým prostorovým rozlišením

TP – transfúzní přípravek

RTG – rentgenové záření

## POUŽITÁ LITERATURA KE KAPITOLE 3

MACK JW et al. Communication About Prognosis Between Parents and Physicians of Children With Cancer: Parent Preferences and the Impact of Prognostic Information. *JCO*. 2006, vol. 24, no. 33, s. 5265–70.

MORENO-ALONSO D et al. Palliative care in patients with haematological neoplasms: An integrative systematic review. *Palliative Medicine*. 2018, vol. 32, no. 1, s. 79–105.

HAWLEY PH. The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014, vol. 47, no. 1, s. 2–5.

KIESEWETTER B et al. ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale for haematological malignancies (ESMO-MCBS:H) version 1.0. *Annals of Oncology*. 2023, vol. 34, no. 9, s. 734–71.

LAUGSAND EA et al. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study. *Health Quality of Life Outcomes*. 2010, vol. 8, no. 1, s. 104.

PRIGERSON HG et al. Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncology*. 2015, vol. 1, no. 6, s. 778.

## **4 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V ORL**

**Viktória Hránková, Patrícia Gubová**

### **Cíle kapitoly:**

Cílem kapitoly je poukázat na specifika paliativní péče u pacientů s pokročilými onemocněními hlavy a krku z pohledu otorinolaryngologa (ORL).

### **4.1 Úvod**

Onemocnění hlavy a krku, zejména nádory v této oblasti, mohou mít vážné dopady na základní životní funkce, jako je dýchání, polykání, řeč a v neposlední řadě i vzhled. U pacientů s pokročilým stádiem onkologických onemocnění, kde není možná kurativní léčba, se přistupuje k paliativní péči, která se zaměřuje na zlepšení kvality života a zmírnění symptomů. Terminální stádia nemoci v ORL oblasti často vedou k závažným obtížím, které významně ovlivňují fyzické i psychické zdraví pacienta.

K výraznému poklesu kvality života přispívá i fakt že hlava a krk představují viditelnou oblast těla, která je důležitá pro identitu a sociální interakce člověka.

### **4.2 Management paliativní terapie v ORL**

Paliativní péče u pacientů s pokročilými nádory hlavy a krku zahrnuje zvládnání klíčových příznaků a komplikací, které ovlivňují kvalitu života pacienta. Mezi hlavní problémy patří dušnost, dysfagie (poruchy polykání), krvácení, bolest a nehojící se rány.

#### **4.2.1 Dušnost**

Dušnost je častým a velmi stresujícím symptomem u pacientů s nádory hlavy a krku. K obstrukci dýchacích cest může nastat na úrovni hltanu (kořen jazyka), hrtanu nebo průdušnice. Příčinou dušení nemusí být jen obstrukce nádorem, ale i zánět, aspirace (krev, jídlo, tekutiny) nebo otok dýchacích cest, který vzniká následkem léčby (např. radioterapie). Chirurgickým řešením je provedení tracheotomie na přechodnou dobu nebo natrvalo.

### **4.2.2 Poruchy polykání**

Poruchy polykání až úplná nemožnost přijímat tekutiny, stravu nebo léky jsou u pacientů s onemocněním hlavy a krku poměrně běžné a vedou k podvýživě, dehydrataci a kachektizaci. Kachektizace je stav, který je charakterizován výrazným úbytkem hmotnosti, především svalové hmoty, ztrátou chuti k jídlu, únavou a celkovou slabostí.

Poruchy polykání jsou v některých případech spojené s průnikem potravy do dýchacích cest. Při penetraci se jídlo nebo tekutiny dostávají a zůstávají nad hlasivkami, naopak u aspirace dochází k proniknutí do průdušnice a plic. Závažnou komplikací aspirací je aspirační pneumonie.

Pronikání stravy do dýchacích cest můžeme zabránit oddělením dýchacích a polykacích cest provedením tracheostomie nebo modifikací stravy (změny konzistence stravy, zahušťování), nácvikem a rehabilitací polykání, kterou provádí klinický logoped. Dále je možno zavést výživovou sondu (nazogastrická sonda, gastrostomie, jejunostomie), zajistit parenterální výživu a hydrataci. Je důležité informovat a poučit pacienta i jeho rodinu o možnostech výživy a manipulaci a péči o výživové sondy v terminálních fázích nemoci.

### **4.2.3 Krvácení**

Krvácení je akutní a život ohrožující komplikací u pacientů s pokročilými nádory hlavy a krku, zejména u těch, u kterých došlo k erozi cév nádorem nebo v důsledku předchozí léčby (rozpad tkání následkem radioterapie).

Stavění krvácení není vždy snadné. Krvácení můžeme ošetřit lokálně vložením tamponády (tamponáda nosní dutiny, hltanu, hrtanu), aplikací hemostyptických materiálů (např. aktivní fibrinové pěny) nebo systémově (farmakologicky) pomocí léků podporující hemostázu (kyselina tranexamová). K chirurgickým zákrokům v celkové anestezii jako je podvaz zevní krkavice ve většině případů u pacientů v paliativní péči nepřistupujeme. Ve vážných případech při masivním krvácení je potřebné zajistit paliativní sedaci. Psychologická podpora je důležitá nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu, která může být svědkem takovéto kritické a stresující situace.

### **4.2.4 Bolest**

Efektivní management bolesti hraje zásadní roli ve všech oblastech paliativní péče. Otorinolaryngologie není výjimkou. Akutní i chronická bolest je jedním z nejčastějších

a nejtěžších symptomů u pacientů s pokročilými nádory hlavy a krku. Léčba spočívá zejména v podávání analgetik I.-III. stupně dle analgetického žebříku WHO.

#### **4.2.5 Nehojící se rány**

Rozsáhlé nádory v oblasti hlavy a krku jsou samy o sobě nehojící se maligní ránou. V terminálním stádiu nemoci může tumor postihovat okolní struktury a orgány, mohou prorůstat do kůže, kostí a okolních orgánů (např. očníce). Kromě toho mohou zapáchat a kontaktně krváčet.

O rány pečujeme pravidelným čištěním, převazy, případně systémovou léčbu antibiotiky. Rodina musí být poučena o limitech ošetřování a seznámena s prognózou onemocnění.

### **4.3 Kvalita života pacienta**

Nádory hlavy a krku a jejich léčba mají významný dopad na kvalitu života pacienta. Kromě fyzických příznaků způsobují tyto nádory také psychologické a sociální problémy. Mezi hlavní problémy, které ovlivňují kvalitu života, patří:

- *Kosmetické následky a mutilace:* Rozsáhlé nádory nebo radikální operace často vedou k viditelným deformacím v oblasti hlavy a krku, což může pacienta hluboce zasáhnout emocionálně a vést k pocitům studu a sebepodceňování.
- *Trvalé tracheostoma:* Trvalá tracheostomie ovlivňuje především schopnost normálně mluvit. Ztráta řeči je závažným postižením, které pacienty výrazně izoluje a snižuje jejich schopnost komunikovat s okolím.
- *Gastrostomie:* Někteří pacienti potřebují výživovou sondu, která se zavádí do žaludku (gastrostomie). Pacient tak ztrácí schopnost normálně jíst, a jsou mnohdy závislí na druhé osobě.
- *Sociální izolace:* Kvůli výše uvedeným problémům se pacienti často cítí sociálně izolovaní a osamělí, což může mít za následek depresivní stavy a úzkost.

#### **TAKE HOME MESSAGE**

- Paliativní péče v otorinolaryngologii hraje klíčovou roli při zlepšování kvality života pacientů s pokročilými nádory hlavy a krku.

- Efektivní management symptomů jako je dušnost, dysfagie, krvácení, bolest a nehojící se rány, je zásadní pro udržení pacientova komfortu a důstojnosti. Stejně důležité je poskytování podpory nejen pacientovi, ale i jeho rodině, a to jak z fyzického, tak z psychologického hlediska.

---

### KAZUISTIKA 1

---

Polymorbidní dialyzovaná pacientka, J.H., 82 let, přichází v doprovodu rodinného příslušníka k ORL vyšetření pro krvácení z pravé nosní dírky. Anamnesticky byla zjištěna dva měsíce trvající nosní obstrukce vpravo a občasné epistaxe z pravé nosní dírky.

Při fyzikálním vyšetření byl patrný hladký krvácející tumorózní útvar červenohnědé barvy, který široce nasedal na sliznici nosního septa vpravo, šířící se dorzálně a kraniálně k stropu nosní dutiny. Byla provedena biopsie z tumoru nosní dutiny v lokální anestézii a CT paranasálních dutin. Histologicky byl potvrzen slizniční melanom dutiny nosní. Podle zobrazovacích vyšetření byl zjištěn rozsáhlý tumorózní proces pravé nosní dutiny s infiltrací orbity šířící se přes dura mater intrakraniálně. Při stagingovém došetření byly zjištěny vzdálené metastázy v pravé plicí.

Vzhledem k celkovému stavu pacientky, rozsahu a inoperabilitě nádoru byla u pacientky zahájena paliativní symptomatická terapie zahrnující lokální ošetřování krvácení pomocí nosní tamponády, podávání kyseliny tranexanové a analgetizace. Další péče byla v režii paliativní ambulance.

---

### KAZUISTIKA 2

---

Pacientka, K.B., 53 let, bez sledovaných interních onemocnění, byla odeslaná praktickým lékařem k ORL vyšetření pro rychle rostoucí rezistenci na krku vlevo s rozvojem příznaků mechanického syndromu (útlak průdušnice). Dle anamnézy se rezistence na krku objevila před třemi týdny, rychle roste, tlačí, při polykání dělá pocit cizího tělese v krku, zhoršilo se dýchání a objevil se chraptivý hlas.

Při fyzikálním vyšetření pomocí flexibilního endoskopu byla zjištěna nehybnost levé hlasivky. Palpačně byla na krku hmatná tuhá nepohyblivá a nebolestivá rezistence vel. 6x4 cm. Na CT vyšetření byl zjištěn objemný tumorózní proces vyrůstající ze štítné žlázy infiltrující štítnou chrupavku s deviací průdušnice. Během operace byl odebrán vzorek k rychlému

histologickému vyšetření s výsledkem vysoce agresivního anaplastického karcinomu štítné žlázy. Vzhledem k diagnóze a rozsahu tumoru byl operační výkon ukončen zajištěním dýchacích cest pomocí tracheotomie a pacientka byla předána do péče onkologů a paliativního týmu k paliativní terapii. Tři měsíce od stanovení diagnózy pacientka zemírá na následky lokální a systémové progresy onemocnění.

---

V obou kazuistických sděleních byl pacient v přítomnosti rodinných příslušníků informován o závažnosti stavu, nemožnosti operačního řešení a indikaci paliativní péče ORL lékařem společně s onkologem. Pohovory o nepříznivých diagnózách se většinou řeší na ORL multidisciplinárním týmu. Následná paliativní péče je zajištěna cestou paliativní ambulance ve spolupráci s paliativním týmem nemocnice, nebo cestou onkologie.

#### **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK KE KAPITOLE 4**

CT – počítačová tomografie

ORT – otorinolaryngologie

WHO – World Health Organisation

#### **POUŽITÁ LITERATURA KE KAPITOLE 4**

CHROBOK V et al. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Havlíčkův Brod: Tobias, 2022. ISBN 978-80-7311-205-9.

LABBÉ D. Palliativmedizin in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Palliative care in otorhinolaryngology. HNO. 2020, vol. 68, no. 7, s. 475-482.

LOTFALLAH A et al. Palliative care management of head and neck cancer patients among otolaryngology surgeons: a novel national survey assessing knowledge, decision making, perceived confidence and training in the UK. *Journal of Laryngology and Otolaryngology*. 2022, vol. 136, no. 9, s. 799-808.

SMILEK P et al. *Karcinomy dutiny ústní a hltanu*. Havlíčkův Brod: Tobias, 2015. ISBN 978-80-7311-153-3.

## **5 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V GYNEKOLOGII**

**Martina Romanová**

### **Cíle kapitoly**

V této kapitole se studenti seznámí se specifiky paliativní péče o pacientky s pokročilým a metastazujícím zhoubným onemocněním v oblasti ženských reprodukčních orgánů.

### **5.1 Úvod do paliativní péče u pacientek s gynekologickou malignitou**

Paliativní péče v gynekologii se zaměřuje převážně na pacientky s pokročilým onkologickým onemocněním. Navzdory intenzivnímu výzkumu nových léčebných metod zůstává prognóza gynekologických malignit v pokročilém stadiu nepříznivá. Pětileté přežití u karcinomu ovaria činí přibližně 25 % a u karcinomu děložního hrdla, dělohy a vulvy kolem 30 %.

Metastatické onemocnění však nemusí vždy znamenat bezprostřední ohrožení života. Řada žen s metastatickým postižením přežívá několik měsíců při relativně dobré kvalitě života. A to díky biologickému chování nádorů, možnosti aplikace udržovací léčby a včasnému zahájení paliativní péče.

Kdy nemocným nabídnout konzultaci paliativního týmu:

- do tří měsíců po diagnóze metastatického onemocnění
- méně než rok očekávané délky života
- během druhé linie paliativní chemoterapie
- dle potřeby (emocionální problémy, suicidální myšlenky, spirituální krize, malnutrice, sociální indispozice, bolest a další).

Nejčastějšími příčinami úmrtí pacientek s gynekologickými nádory jsou plicní embolie, infekce, krvácení, komplikace spojené s diseminovanou karcinomatózou jako je například ileus, a celkové vyčerpání organismu.

## **5.2 Specifika paliativní péče v onkogyneologii**

Zhoubné nádory ženských orgánů mají odlišnou prognózu, biologické chování, symptomatologii a průběh nemoci.

### **5.2.1 Nádorové onemocnění zevních rodidel**

V případě inoperabilního onemocnění nebo vzdálených metastáz jsou terapeutické možnosti omezené. Nemoc rychle progreduje, a proto je stanovení fáze umírání obtížné. Metastázy postihují převážně plíce a kosti. Opakované operace mutilují zevní rodidla, což vede k alteraci sexuálních funkcí. Radioterapie zhoršuje funkce močového měchýře a střev (dysurie a průjmy). Specifické obtíže spojené s pokročilým onemocněním a jeho léčbou zahrnují infiltraci okolních tkání, cév, svalů a nervů, dále lymfedém, a přítomnost kožních metastáz či ulcerací. Tyto léze mají často nepříjemný odér, jsou mimořádně bolestivé a nehojí se. Každá péče o ránu by měla probíhat šetrně, za použití adekvátní analgezie.

### **5.2.2 Nádorové onemocnění děložního hrdla**

Pokročilé nádory děložního hrdla invazivně rostou do okolních struktur, vedou k útlaku ureterů, hydronefróze a renální insuficienci. Infiltrace pánevních nervů, svalů a cév způsobuje pánevní bolest, která může být refrakterní na běžnou farmakologickou léčbu. Častými symptomy jsou píštěle (vezikovaginální, rektovaginální) a silné vaginální krvácení. Další komplikací je střevní komprese až obstrukce, metastázy v plicích, játrech a kostech. Progrese neléčeného nádoru bývá fulminantní.

### **5.2.3 Nádorové onemocnění děložního těla**

Karcinomy děložního těla jsou nejčastějším zhoubným onemocněním ženských reprodukčních orgánů. Pokročilá stadia mají symptomatologii podobnou karcinomu děložního hrdla, zahrnující krvácení, útlak a obstrukce ureterů a střev, a bolesti. Méně agresivní růst nádoru vede k pomalejšímu průběhu pokročilého onemocnění.

## 5.2.4 Nádorové onemocnění vaječníků a vejcovodů

Pokročilé nádory adnex mají nejhorší prognózu mezi gynekologickými malignitami. Nádorové buňky se šíří viscerální a peritoneální pobřišnici, vzniká karcinomatóza s tvorbou ascitu. V raném stadiu nemoc probíhá relativně pomalu, avšak prorůstání nádorových ložisek do střev může způsobit ileus. V pokročilém stadiu pacientky hubnou a kachektizují, nemoc se rychle zhoršuje. Zhruba 2-3 měsíce před úmrtím dochází k rapidnímu poklesu fyzické kondice.

## 5.3 Symptomy a management pokročilého onkogynekologického onemocnění

### 5.3.1 Obecné symptomy nádorového onemocnění

- **Bolest** je jedním z nejvíce obávaných a komplexních symptomů, často s neuropatickou složkou. Terapie zahrnuje multimodální přístup (neopioidní analgetika, opiáty, kanabinoidy, antidepresiva, kortikosteroidy). Refrakterní bolest lze řešit intratekální aplikací analgetik. Kromě farmakoterapie lze využít psychoterapii, radioterapii nebo intervenční radiologii.
- **Nechutenství, nauzea, zvracení a kachexie**
- **Nespavost, úzkost a únava**
- **Kašel a dušnost** (metastázy do plic a fluidothorax)
- **Trombóza a embolie, útlakové syndromy, infekce a sepse, anemie**
- **Patologické zlomeniny, poruchy chování a neurologický deficit** (při metastatickém postižení kostí nebo mozku)

### 5.3.2 Symptomy specifické pro gynekologické malignity

**Lymfedém** je patologická akumulace lymfy, která vzniká zejména po odstranění lymfatických uzlin (lymfadenektomii) nebo v důsledku infiltrace nádorovým procesem. Nejčastěji postihuje dolní končetiny, oblast břicha a třísel. Tento stav je spojený s bolestí, omezenou mobilitou, kožními změnami (např. lichenifikací, hyperkeratózou) a zvýšeným rizikem infekce, zejména erysipelu. Léčba lymfedému je multidisciplinární a zahrnuje manuální lymfodrenáž, kompresivní bandáže, fyzikální terapie a cvičení, kožní hygienu. Péče o kůži je klíčová,

aby se předešlo vzniku infekcí a kožních ulcerací. Doporučený je komplexní přístup včetně preventivních opatření během chirurgického zákroku a pooperační péče.

**Krvácení** je nejvíce obávaným symptomem pokročilého nádoru děložního čípku a dalších gynekologických malignit. Probíhá jako mírné a chronické krvácení nebo jako akutní, nepředvídatelné profuzní až život ohrožující vaginální krvácení. Příčinou je pokročilé stádium onemocnění, kdy nádor invazivně roste do okolních tkání. To vede k erozím a krvácení z nádorových lézí.

#### **Management krvácení:**

- **Konservativní opatření.** Mírné krvácení pouze sledujeme.
- **Farmakologická léčba.** Zahrnuje hemostatika (např. tranexámovou kyselinu), která pomáhá snižovat ztrátu krve. Hematologická substituce (např. transfúze) je někdy nezbytná u pacientek s těžkou anémií.
- **Intervenční postupy.** V případě profuzního krvácení, které nelze kontrolovat, indikujeme intervenční radiologii (selektivní embolizace cév zásobujících nádor). Tato metoda většinou efektivně zastaví krvácení s minimálními riziky.
- **Chirurgické intervence.** Pokud je krvácení neřešitelné jinými metodami a představuje život ohrožující stav, indikujeme chirurgickou intervenci.

**Komplikované hojení rány** se vyskytuje zejména u pokročilých nádorů vulvy. Tyto rány jsou malodorizující, secernují velké množství exsudátu a jsou náchylné k infekci. Cílem paliativní péče v těchto případech není úplné zhojení rány, ale kontrola symptomů. Doporučují se

- antimikrobiální krycí materiály (použití obvazů obsahujících stříbro nebo aktivní uhlí k minimalizaci zápachu a infekce)
- lokální antiseptika
- celková léčba (antibiotika jsou indikována v případě prokázané bakteriální infekce)
- psychosociální podpora (pacientky s těmito ranami mohou trpět výraznými emocionálními a psychologickými obtížemi, které je třeba řešit pomocí podpůrné péče)

**Maligní střevní obstrukce** (ileus) se vyskytuje asi u 50 % pacientek s gynekologickou malignitou, nejčastěji v souvislosti s pokročilým karcinomem ovaria. Tato komplikace vede k nevolnosti, zvracení, abdominální distenzi, nechutenství a výrazné bolesti, únavě. Data

z randomizovaných studií zaměřených na management ileu u gynekologických malignit chybí. Předpokládaná délka života těchto pacientek se pohybuje v mediánu 7 měsíců. V managementu střevní obstrukce je doporučený individualizovaný přístup:

- **Chirurgická léčba:** V některých případech je možné provést kolostomii nebo jiný typ střevní operace k uvolnění obstrukce. Indikace k chirurgickému řešení by měla být zvažována s ohledem na celkový stav pacientky.
- **Konservativní postup:** Zahrnuje použití analog somatostatinu (oktreotid), antiemetik, analgetik a výživové podpory, včetně parenterální výživy.
- **Nasogastrická drenáž:** Používá se k dekompresi trávicího traktu, ale její užívání je kontroverzní kvůli riziku diskomfortu pro pacientku.
- **Paliativní chemoterapie:** Pokud je to možné, může být nabídnuta k dočasné kontrole progresu onemocnění a zmírnění příznaků.

**Maligní ascites** je častým symptomem progresu karcinomu ovaria, vyskytuje se u přibližně 38 % pacientek. Hromadění tekutiny v břišní dutině způsobuje bolest, distenzi břicha, nechutenství a dušnost, ileus. Dostatečná léčba analgetiky a antiemetiky je kruciólní. Doporučení k léčbě jsou následující:

- **Paracentéza:** Punkce a drenáž ascitu jsou běžně využívané k rychlé úlevě od symptomů.
- **Trvalá drenáž:** V případě opakovaného hromadění ascitu aplikujeme permanentní břišní drén, který umožňuje pravidelné vypouštění nahromaděné tekutiny i v domácím prostředí. Je to jednoduchá, bezpečná a účinná metoda, s nepatrným výskytem komplikací (peritoneální infekce 11 %).
- **Diuretika:** V léčbě maligního ascitu nejsou diuretika obecně účinná, s výjimkou pacientek se selháním jater nebo portální hypertenzí.
- **Chemoterapie:** Pokud je pacientka v dobrém stavu je indikována paliativní chemoterapie s dobrým efektem kontroluje tvorbu ascitu.

#### TAKE HOME MESSAGE

- **Časná referování pacientky do péče paliativního týmu** vede k nižšímu výskytu návštěv pohotovostních ambulancí, hospitalizací a pobytů na jednotkách intenzivní péče během posledních 30 dnů života. Současně je prokázána nižší pravděpodobnost úmrtí v prostředí akutní péče. Pomůže časně zachytit a agresivně léčit symptomy pokročilého onemocnění (jako je například bolest) a následně poskytuje podporu a léčbu nežádoucích účinků léčby.

- **Individuální a multidisciplinární přístup** je klíčem k úspěšné paliativní péči u pacientek s gynekologickou malignitou. Paliativní tým by měl zahrnovat lékaře, sestry, psychologa, případně kaplana, sociálního pracovníka a další odborníky, aby byla péče zaměřena nejen na fyzické symptomy, ale i na psychosociální a spirituální potřeby pacientky a její rodiny.
- **Efektivní komunikace s pacientkou a rodinou** je zásadní pro úspěšné plánování paliativní péče. Je důležité poskytovat srozumitelné informace o prognóze a možnostech léčby, aby pacientka a rodina mohly učinit informovaná rozhodnutí. Tím se také předchází nejasnostem a snižuje se úzkost a stres pacientky.
- **Podpora důstojnosti a kvality života** je základním principem paliativní péče. Je důležité se zaměřit na to, aby pacientka mohla prožít poslední měsíce a dny života s co nejvyšší možnou mírou komfortu a kontroly nad svou léčbou. To zahrnuje nejen léčbu symptomů, ale také psychologickou podporu a zajištění adekvátní péče v domácím prostředí, pokud je to přání pacientky.

---

### KAZUISTIKA 1

pacientka s onkologickou duplicitou karcinomu děložního hrdla a karcinomu ovaria

---

#### *Průběh nemoci*

40leté ženě byl diagnostikován pokročilý spinocelulární karcinom děložního hrdla. Vzhledem k lokálně pokročilému onemocnění byla indikována primární radiochemoterapie.

Po šesti měsících od ukončené léčby pacientka udávala potíže s hybností a bolesti levé dolní končetiny. Zobrazovací metody prokázaly suspektní nález na levém ovariu a solidní masu v oblasti levé obturatorní fosy. Byla provedena laparoskopická deliberace levého obturatorního nervu a levá adnexektomie. Pacientce se přechodně od bolesti ulevilo. Histologické vyšetření potvrdilo recidivu karcinomu čípku a nádorovou duplicitu mucinozního karcinomu ovaria. Pacientka podstoupila radikální operaci pro karcinom ovaria a následně chemoterapii.

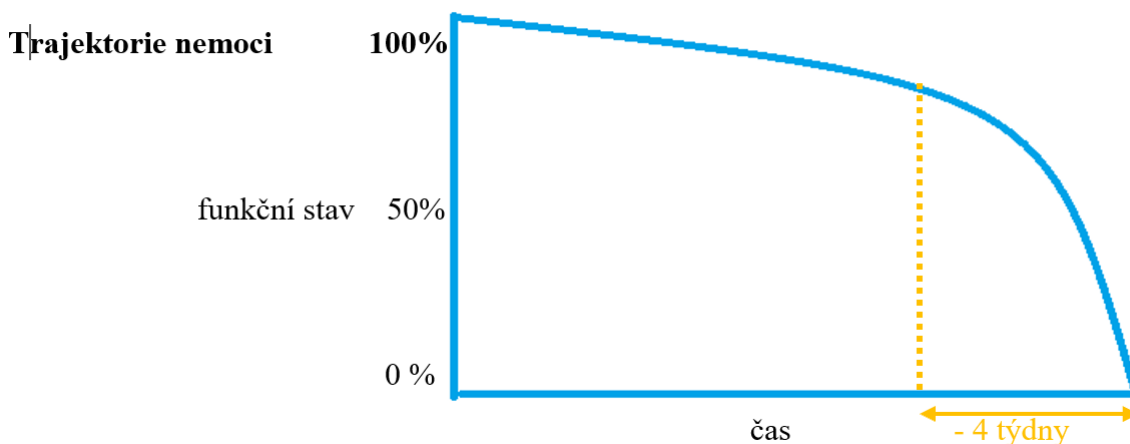
Již po třech měsících je opět patrná recidiva v pánvi, nyní však operačně neřešitelná. Progredující onemocnění a náhlý špatný celkový stav pacientky neumožnil zahájit kurativní léčbu. Během pár dní se extrémně stupňují bolesti levé dolní končetiny, zhoršuje se její hybnost, v noci nemůže spát, psychicky stav alteruje, pacientka se izoluje a minimalizuje kontakt s rodinou, nemá chuť k jídlu.

Pacientku referujeme do péče paliativního týmu (lékař, sestra, psycholog a sociální pracovník). Vzhledem k tomu, že jde o mladou ženu pečující o dvě nezletilé děti s výrazným neurologickým

deficitem, a tedy sníženou soběstačností, paliativní tým se s pacientkou soustředí i na jiné než tělesné symptomy.

### *Průběh paliativní péče*

<b>SOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE</b>
<p>Pacientka žije v bytě s manželem a dvěma nezletilými syny. Vyžaduje pomoc 24 hodin denně. Manžel má vyřízené dlouhodobé ošetrovné, ale měli by zájem o pomoc pečovatelské služby a osobní asistence. Jedná se o sociální službu, která zajišťuje hlídání a pomoc v domácnosti. Sociální pracovnice pomůže zajistit domácí péči. Zdravotní sestra z agentury domácí péče dochází za pacientkou v 8 hodinových intervalech, zajišťuje subkutánní a epidurální aplikaci medikace. V případě potřeby je na telefonu i mimo předem domluveny interval.</p> <p>Pacientka i manžel byli již v nemocnici edukováni ohledně způsobu aplikace subkutánní injekce a instalace naředěné směsi do epidurálního katetru. Smyslem asistence domácí péče bylo, aby si manžel aspoň na pár hodin odpočinul.</p>
<b>PSYCHOLOGICKÉ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY PÉČE</b>
<p>Pacientku opakovaně během hospitalizace navštěvuje paliativní sestra. Sestra nabízí nemocné prostor na sdílení pocitů a obav. Pacientka mluví o svých přáních a trápeních. Není věřící a kaplana nežadá. Ale přeje si mluvit ohledně aktuálního stavu. Má obavy, o to, co bude s jejími syny. Manžel je moc pečlivý, starostlivý, ale taky je už unavený. Má obavy, jak bude manžel zvládat péči o syny a o sebe, když tady nebude. Chtěla by s rodinou trávit co nejvíce času. I když nechce, aby ji viděli a pamatovali si ji takovou nemocnou, slabou a unavenou. Poslední dny často myslí na smrt. Paliativní sestra věnuje nemocné plnou pozornost, je empatická, dlouho jenom naslouchá.</p>
<b>MEDICÍNSKÝ ASPEKT PÉČE</b>
<p>Dominujícím symptomem, který pacientka potřebuje řešit je extrémně krutá bolest v oblasti levého hypogastria, sakroiliakální skloubení s propagací do levé dolní končetiny a do třísla a řezavé bolesti lýtky. Pacientka zmiňuje taky velmi časté průlomové bolesti.</p> <p>Dosavadní medikace: Gabapentin, Nimesil, Ibuprofen a Buprenorfin jsou s nulovým efektem. Při příjmu akutně aplikován Novalgin, Paracetamol, Dipidolor a Lunaldin jsou taky bez efektu, Almiral s krátkou úlevou. Vzhledem k silným bolestem při minimálním efektu standardní kombinace farmakoterapie byl zaveden epidurální katetr k analgetizaci morfinem a marcainem. Pacientka přechodně udává numerické hodnocení bolesti přes noc 7-8/10, během dne NRS 4/10, po dvou týdnech však bolesti opět eskalují. Byla upravena analgetická terapie: navýšení morfinu do epidurálního katetru, fentanyl transdermální náplast, morfin subkutánně co 2-4 hodiny, ketamin intravenózně. Současně byla zajištěna analgetická radioterapie infiltrátu pánve.</p> <p>Bolesti se tak povedlo zmírnit. Pacientka většinu dne pospává, většinu času tráví na lůžku, odpovídá přiléhavě, ale přetrvává slabost, téměř nepřijímá jídlo ani tekutiny. Celkový stav se během několika dní komplikuje sepsí a sterkorální peritonitidou, která progreduje v nezvratné multiorgánové selhání. Nemocná umírá v spánku obklopená manželem a rodiči.</p>



## KAZUISTIKA 2

pacientka s recidivou a metastazováním karcinomu zevních rodidel

### *Průběh nemoci*

55leté ženě bylo diagnostikováno časně stadium karcinomu vulvy. Podstoupila radikální excizi vulvy s negativními resekcními okraji a bez nutnosti adjuvantní terapie. Následně byla po dvou letech potvrzena recidiva nemoci a provedena re-excize vulvy a inguinální lymfadenektomie. S odstupem jednoho roku se u pacientky objevila bolestivá ulcerace v oblasti levého třísla s infiltrovanými okraji a dalšími četnými satelitními ulceracemi v okolí, dominující převážně v oblasti stehna. Biopsie potvrdila recidivu nemoci. Současně zobrazovací metody potvrdily přítomnost vícečetných ložisek v plicním parenchymu. Vzhledem k dobrému celkovému stavu, kdy pacientka je zcela soběstačná, multioborové konzilium indikovalo léčbu radioterapií s následnou systémovou terapií. Vzhledem k opakované rekurenci nemoci byla pacientka současně referována do péče paliativního týmu.

### *Průběh paliativní péče*

<b>SOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE</b>
Pacientka je v invalidním důchodu, žije s manželem a dcerou v domě. Je soběstačná, sama si navaří, nakoupí, ale rodina ji doma aktivně pomáhá. Nyní aktuálně nepotřebuje externí sociální pomoc, ale je poučená o možnosti kontaktování sociální pracovnice v případě potřeby.
<b>PSYCHOLOGICKÉ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY PÉČE</b>
Druhá recidiva nemoci v tak krátkém období nemocnou hodně psychicky alteruje. Léčbu předchozí recidivy zvládla relativně dobře. Tenkrát v podstatě neměla žádné potíže. Nyní má však bolesti, které se postupně zhoršují a vyžadují navyšování analgetik. Navíc má na kůži v třísle a na stehně četné mutilující ulcerace. Začaly jako drobné vyrážky a nyní se rychle rozšiřují.

Rány secernují zápachající sekret, který jde jen stěží překrýt častým mytím a ošetřováním. Její sebevědomí hodně pokleslo. Mimo rodinu se s nikým neseťkává. Většinu času tráví doma, má méně chuť k jídlu, v noci spí, ale přes den ji vadí zápach z rány. S dcerou nakoupily její oblíbená levandulová vonná mýdla, oleje a polštářky k potlačení nepříjemného zápachu v domě a v ložnici.

Dříve ráda hodně času trávila v zahradce před domem, pěstovala zeleninu a různé květiny. A hodně četla beletrii. Nyní se jí moc nechce, není motivována, nemá z toho takovou radost.

Psycholog paliativního týmu se s pacientkou setkává během krátké hospitalizace a pak ambulantně. Věnují čas potřebám a psychickým potížím pacientky, spirituální záležitosti řeší se svým knězem. Nemocná vyjadřuje obavy z plánované léčby, připouští i možnost, že bude léčba zcela bez efektu a povede k progresi nemoci.

Psycholog vyjadřuje pochopení pro nelehkou situaci, rozumí frustraci a obavám nemocné a podporuje ji. Nechá ji prostor, aby vyjádřila svoje stesky a nabízí ji a její rodině společné setkání ve smyslu rodinné konference.

Pacientčin zdravotní stav se však náhle zhoršuje, ze dne na den je slabší, bez kondice, přestane úplně jíst a nemoc ji úplně odebírá sílu na jakoukoliv fyzickou aktivitu, a to vše ještě před zahájením onkologické léčby.

Onemocnění fulminantně progreduje. Pacientka umírá v přítomnost provázející sestry paliativního týmu, dcery a manžela, ve svém vlastním domě.

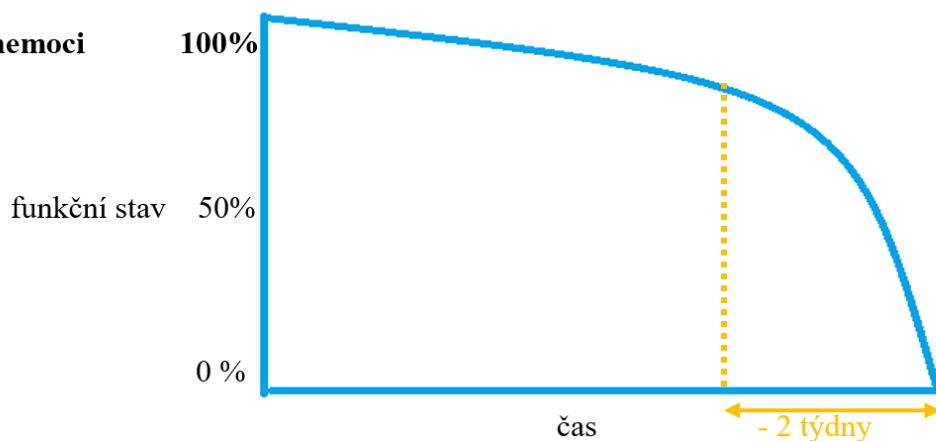
Rodinně pacientky byla následně poskytnutá péče psychologa paliativního týmu. Dcera i manžel se těžce vyrovnávali s tak rychlým odchodem maminky. Psychologické konzultace probíhaly v několika sezeních.

### MEDICÍNSKÝ ASPEKT PÉČE

Dominující symptomy recidivující nemoci jsou nehojící se a zápachající ulcerující rána a eskalující bolesti. Vzhledem k progredující nemoci se intenzívně zvyšují bolesti pacientky, které vyžadují opakovaného navyšování opiátové analgetizace. Pro usnadnění navyšování analgetik v domácí péči a k minimalizaci systémových nežádoucích účinků opiátů byl zaveden epidurální katetr. Takto nastavená léčba bolesti má dobrý efektem, v noci spí.

Léčba nádorové nehojící se rány je však svízelná. Progreduje šíření kožních metastáz, dochází k olupování nekrotické hmoty tumoru, okolí rány je ale bez známek zánětu. Rána je v domácím prostředí opakovaně ošetřována. Důraz je kladen na hygienu. Rána masívně produkuje zápachající sekret a vyžaduje několikrát denně výměnu krytí. Pacientka a rodina jsou poučeni o způsobu ošetření rány, a také o tom, že samotné ošetřování rány nepovede k jejímu úplnému zahojení. Dezinfekční prostředky mají snížit riziko infekce, chladivé oplachy zmírní bolest a zápach rány.

**Trajektorie nemoci**



## Úkoly

1. Uveďte specifické symptomy, které trápí pacientky v terminálním stadiu gynekologického zhoubného nádoru.
2. Jaké modalitty léčby nádorové bolesti znáte?
3. Které jsou rozhodující faktory indikující pacientku do péče paliativního týmu?

## POUŽITÁ LITERATURA KE KAPITOLE 5

AYHAN AA, et al. Textbook of gynaecological oncology, Platinum Edition ESGO, 2023.

CIBULA D et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *International Journal of Gynaecology Cancer*. 2023, vol. 33, no. 5, s. 649-666.

LEDERMANN JA, et al. ESGO–ESMO–ESP consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology and early, advanced and recurrent disease. *Annals of Oncology*. 2024, vol. 35, no. 3, s. 248 – 266.

OONK MHM, et al. European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients with Vulvar Cancer - Update 2023. *International Journal of Gynaecology Cancer*. 2023, vol. 33, no. 7, s. 1023-1043.

SLÁMA O; KABELKA O. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

## **6 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V PEDIATRII**

**Pavla Zárubová**

### **6.1 Úvod**

WHO definuje paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů, včetně dětí, s život ohrožujícími nemocemi prostřednictvím prevence a úlevy od utrpení pomocí včasné identifikace, hodnocení a léčby bolesti a dalších fyzických, psychologických a spirituálních problémů.

Dětská paliativní péče je aktivní a komplexní péče zaměřená na somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte, přičemž zahrnuje také podporu pro rodinu. Tato péče začíná okamžikem stanovení diagnózy a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítěti zároveň poskytována léčba cílená na diagnostikované onemocnění.

Poskytovatelé zdravotní péče musí vyhodnocovat a zmírňovat fyzické, psychické a sociální strádání dítěte. Efektivní paliativní péče vyžaduje široký multidisciplinární přístup, který zahrnuje rodinu dítěte a využívá dostupné komunitní zdroje; tato péče může být úspěšně realizována i s omezenými prostředky. Paliativní péče může být poskytována na všech úrovních zdravotní péče i v domácím prostředí dítěte.

### **6.2 Skupiny dětí indikovaných pro paliativní péči**

Nemoci vyžadující dětskou paliativní péči jsou klasifikovány jako život ohrožující, život limitující nebo terminální. Dětská paliativní péče zahrnuje také perinatální péči pro novorozence s kritickými zdravotními problémy.

Celosvětově je více než 20 milionů dětí indikovaných k dětské paliativní péči, přičemž prevalence se pohybuje od 120 na 10 000 dětí v Zimbabwe po 20 až 63,2 na 10 000 ve Spojeném království. Nejvyšší prevalence je u dětí do jednoho roku a v opomíjených oblastech.

Dětská paliativní péče se týká širokého spektra nemocí, včetně neurologických, svalových, onkologických, respiračních, kardiologických a metabolických poruch, přičemž onkologická onemocnění představují pouze 4,1 % případů. Děti s HIV/AIDS v rozvojových zemích a s vrozenými vadami v bohatších zemích tvoří asi polovinu všech případů. Následují děti s extrémní nezralostí, porodními traumaty a neurologickými nemocemi.

Klasifikace stavů, při nichž může dítě potřebovat dětskou paliativní péči:

1. **Život ohrožující onemocnění.** Zahrnují situace s vysokou pravděpodobností předčasné smrti. Zároveň případy s nadějí na dlouhodobé přežití do dospělosti. Typicky se jedná o onkologické diagnózy a závažné neurologické onemocnění. Dále sem patří děti závislé na zdravotnických technologiích a děti, které jsou v intenzivní péči kvůli akutním poraněním.
2. **Život limitující onemocnění.** Neexistuje žádná rozumná naděje na vyléčení a očekává se předčasná smrt. Mezi typické diagnózy v této kategorii patří genetické a degenerativní choroby, jako je trisomie 13 a 18, Tay-Sachsova choroba a Duchennova muskulární dystrofie.
3. **Terminální onemocnění.** Situace, kde je smrt nevyhnutelná. Zahrnuje děti, které trpí život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním. V takových případech je prioritou poskytovat péči, která zmírňuje utrpení a podporuje kvalitu života dítěte i jeho rodiny.

## 6.2.1 Kategorie dětské paliativní péče

### Kategorie 1

Život ohrožující onemocnění, kde je možná kurativní léčba, která však může selhat. Přístup ke službám paliativní péče může být nutný s ohledem na komplexnost potřeb pacienta (např. zhoubný nádor, komplexní vrozená onemocnění srdce, závažná poranění v důsledku úrazu). Při dosažení dlouhodobé remise nebo po úspěšné kurativní léčbě již nejsou služby paliativní péče zapotřebí.

### Kategorie 2

Onemocnění, jejichž nevyhnutelným důsledkem je předčasná smrt. Dlouhá období intenzivní léčby jsou zaměřena na prodloužení života se zachováním dobré kvality života (např.: cystická fibróza).

### Kategorie 3

Progredující onemocnění, u kterých není možné dosáhnout kurativní léčby, a léčba je výhradně paliativní, což může trvat mnoho let. Příkladem těchto onemocnění jsou Battenova choroba, muskulární dystrofie a chromosomopatie.

#### **Kategorie 4**

Ireverzibilní, ale neprogredující onemocnění, která mají komplexní nároky na zdravotní péči a vedou ke komplikacím, které pravděpodobně způsobí předčasnou smrt. Mezi taková onemocnění patří například závažná forma dětské mozkové obrny a postižení po poranění mozku či míchy. Paliativní péče může být nezbytná v jakémkoli stádiu těchto chorob, přičemž epizody péče mohou být nepředvídatelné a periodické.

#### **Kategorie 5**

Nenarozené děti s významnými zdravotními problémy, které nemusí přežít porod, novorozenci, kteří mají možnost přežití pouze několik hodin či dnů, novorozenci s vrozenými vadami ohrožujícími vitální funkce, a novorozenci, u nichž se rozvinulo nevyléčitelné onemocnění i přes poskytnutí náležité intenzivní péče.

Znalost kategorizace dětských pacientů vyžadujících paliativní péči je i přes všechna její úskalí z mnoha důvodů velmi důležitá. Pomáhá nám v rozhodování o míře „agresivity“ kurativní léčby na straně jedné a možné limitaci této léčby na straně druhé. Může nám být prospěšná v prognózování přežití u takto nemocných dětí.

### **6.3 Plánování dětské paliativní péče**

Předmětem současných diskusí je jakým způsobem identifikovat děti s život limitující nebo ohrožující nemocí pro zajištění některé z forem obecné nebo specializované paliativní péče. V současné době je doporučováno tzv. včasné zahájení paliativní péče, kdy vytipování vhodných dětí pro paliativní péči probíhá zpravidla v nemocnici již při stanovení diagnózy nebo během hospitalizace dítěte při zhoršení jeho zdravotního stavu. Včasné zahájení paliativní péče může být zásadní pro zlepšení kvality života a zajištění adekvátní podpory rodinným příslušníkům, včetně postupné přípravy na úmrtí dítěte.

Plán dětské paliativní péče by měl naplňovat potřeby dítěte i rodiny, a to prostřednictvím intervencí zaměřených na jejich fyzické, psychosociální, sociální, spirituální a etické aspekty. Každou intervencí je nutné plánovat s ohledem na rizika a přínosy a vždy sledovat kvalitu života dítěte i rodiny, včetně dostupnosti zdrojů a možností daného prostředí. Zásadní je etické hledisko poskytované péče. Potřeby dítěte lze rozdělit do klinických, vývojových, psychologických, sociálních a spirituálních kategorií, které se navzájem prolínají.

Rozhovor s rodinou, zahrnující rodiče nebo zákonné zástupce, je důležitou součástí procesu péče o pacienta, tzv. rodinná konference. Tento rozhovor by měl trvat 30 až 40 minut a měl by být veden ošetřujícím lékařem spolu se zástupcem podpůrně-paliativního týmu. Během tohoto setkání je klíčové probrat preference rodiny a jejich hodnotový systém, aby bylo možné lépe porozumět jejich potřebám a očekáváním.

Při takovém rozhovoru je užitečné dodržovat **PĚT ZLATÝCH PRAVIDEL**. Prvním pravidlem je „*Nepanikařte*“, což pomáhá udržet klid a soustředění během diskuze. Druhé pravidlo, „*Pečlivě zhodnoňte stav*“, vyžaduje důkladné posouzení situace, aby se rodina mohla informovaně rozhodnout. Třetím pravidlem je „*Doufejte v nejlepší, připravte na nejhorší*“, což vybízí k pozitivnímu myšlení, ale zároveň k realistickému přístupu k možným komplikacím. Čtvrté pravidlo, „*Řešte, co řešit můžete*“, zaměřuje pozornost na konkrétní otázky a problémy, které je možné aktivně řešit. Nakonec, páté pravidlo, „*Komunikujte*“, zdůrazňuje důležitost otevřeně a jasně komunikace mezi rodinou a týmem poskytovatelů zdravotní péče, což přispívá k lepšímu porozumění a spolupráci

## 6.4 Perinatální paliativní péče

Relativně samostatnou problematiku v rámci pediatrické paliativní péče tvoří perinatální paliativní péče, která znamená péči o plod či novorozence s život ohrožujícím či limitujícím onemocněním a je zaměřená na kvalitu života a nejlepší zájem plodu či narozeného dítěte. Stejně tak jako v péči pediatrické je nedílnou součástí podpůrná péče o rodinu, která je součástí týmu spolupodílející se na rozhodování o dalším postupu. Je to péče multidisciplinární, týmová, péče zaměřená i na proces truchlení rodiny po perinatální ztrátě. Podpora rodiny je zcela individuální a probíhá po tak dlouhou dobu, která je potřebná. Mezi nejčastější příčiny úmrtí v novorozeneckém období patří extrémní nezralost a její komplikace. Cílovou populací jsou všichni novorozenci, u kterých bylo rozhodnuto neposkytovat život zachraňující či život prodlužující péči či v ní nepokračovat. Do problematiky perinatální paliativní péče také musíme započítat děti mrtvorozené.

---

## KAZUISTIKA 1

---

Lenka Lazecká Delongová

---

Děvčátko r. 2019.

Dítě s již prenatálně vysloveným podezřením na genetickou vadu (Edwardův syndrom, trizomie 21. chromozomu). Rodiče si nepřáli invazivní genetické došetření, které proběhlo až po narození dítěte, Edwardsův syndrom byl potvrzen. Děvčátko má středně významnou srdeční vadu, problémy s krmením, významně dlouhodobě neprospívá. U tohoto syndromu přežívá první rok života pouze 10 % dětí, pacientka má nyní 4,5 roku, vyjma neprospívání a těžké psychomotorické retardace nemá v současnosti žádné klinické komplikace. Je sledována praktickým lékařem, dětským kardiologem, gastroenterologem, rehabilituje, je vedena v ambulanci paliativní medicíny při mobilním hospici.

Již v porodnici byl se souhlasem rodičů kontaktován mobilní hospic, který po propuštění dítěte do domácího prostředí nabídl rodině komplexní podporu v péči. Do rodiny dojížděl pravidelně zdravotnický tým (lékař, sestra), mamince bylo poskytnuto sociální poradenství a využila i péči dětské psycholožky.

1. Dítě má významnou, ale jednoznačně operovatelnou srdeční vadu. U zdravého dítěte by tato operace přinesla plnou úzdravu. Umíte definovat současné postoje k těmto typům pacientů, nabízíme jim operaci, je tento kardiochirurgický výkon indikován?
2. Tyto děti nejčastěji umírají na kardiopulmonální komplikace, nejčastěji na apnoi. Je u těchto dětí indikována plná kardiopulmonální resuscitace?
3. Významné potíže s krmením by bylo možno vyřešit zavedením PEGu, rodiče si toto ale nepřejí, i přes zjevnou podvýživu dítěte, můžeme toto rozhodnutí akceptovat?
4. Při rostoucím neklidu nebo vývoji bolesti, jaká by byla nejvhodnější medikametozní terapie v domácích podmínkách?
5. Kdy je vhodné v takovýchto případech zapojit do péče paliativní tým?

---

## KAZUISTIKA 2

---

Pavla Zárubová

---

Dítě z III. gravidity (2 děti zdravé), matka po septické peritonidě, III. porod pro patologický záznam kardiogramu (CTG)

Per SC (císařský řez) v celkové anestezii matky, po vybavení těla uváznutí hlavy v děloze, vybaven těžce asfyktický novorozenec, kardiopulmonální resuscitace (KPR) úspěšná v 5. minutě, žádán transport k řízené hypotermii

Při přijetí nutnost intubace, umělá plicní ventilace (UPV), patologický nález na ultrazvuku centrální nervové soustavy – CNS (edém mozku), rozvoj diseminované intravaskulární koagulopatie (aplikovány koagulační faktory), stabilizace stavu pro převoz na magnetickou rezonanci (MR)

Nález na MR: ischemie mozku, mozečku až po mozkový kmen, četné subdurální a epidurální hematomy

Neurochirurgické konzilium: infaustní stav, bez možnosti intervence

Pohovor s otcem dítěte, který byl přítomen, vyčkávání příjezdu matky po její stabilizaci (10 hodin).

**Společný konsensus s rodiči na limitaci péče.** Matka po císařském řezu schopna pobytu na jednotce intenzivní a resuscitační péče pro novorozence 15 min.

Domluva **paliativní extubace** na **gynekologickém oddělení** přímo v náruči matky za doprovodu otce. Nabídka možnosti sourozenců, rodiče odmítají. Transport na oddělení gynekologie na ambuvaku, bez monitorace vitálních funkcí. Po 5 minutách loučení extubace. Ponechán rodičům čas na rozloučení i po smrti.

### **Otázky ke kazuistice:**

Můžou se rodiče rozhodnout tak rychle?

Je možné provést extubaci?

Je možné dítě nemonitorovat?

Čas stanovení smrti?

---

### **KAZUISTIKA 3**

Pavla Zárubová

---

Dítě z II. gravidity (1x abort), matka: **17 let** (2 týdny do 18. narozenin) - Casus socialis gravis  
Plod ve **23. g.t** s anémií při infekci parvovirem B19, matka i babička dítěte si přejí plnou péči pro dítě

Po přípravě kortikosteroidy ve **24 + 1 g.t.** podávána intrauterinní transfuze plodu, ve 3. minutě komplikace (pokles akce srdeční) - I. porod per SC (císařský řez) v celkové anestezii matky

Vybaven extrémně nezralý novorozenec s akcí srdeční 30/min, nápadný ascites břicha, zahájena kompletní kardiopulmonální resuscitace (KPR), maximální frakce kyslíku, 2x ADR (3., 6. minuta), punkce ascitu, 1x adrenalin (9. minuta), KPR ukončena neúspěšně v 10. minutě

### **Otázky ke kazuistice:**

Zahajovat KPR?

Není to porod mrtvého dítěte?

Punkce ascitu?

Ukončení resuscitaci UŽ v 10. minutě?

---

### **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK KE KAPITOLE 6**

CNS – Centrální nervový systém

CTG – kardiokografie

KPR – kardiopulmonální resuscitace

MR – magnetická resonance

PEG – perkutánní endoskopická gastostomie

SC – císařský řez

UZ – ultrazvukové vyšetření

WHO – World Health Organisation

### **DOPORUČENÁ LITERATURA KE KAPITOLE 6**

BENINI et al. Mezinárodní standardy pro dětskou paliativní péči: Od projektu IMPaCCT k projektu GO-PPaCS. *Paliativní medicína*. 2023, roč. 4, č. 2, s. 6-47.

BUŽGOVÁ R, SIKOROVÁ L. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-0584-7.

## 7 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V ANESTEZIOLOGII A INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ

Barbora Lazecká

### 7.1 Paliativní medicína v přednemocniční péči (PNP)

#### 7.1.1 Vhled do prostředí přednemocniční péče

Pro lepší vhléd do problematiky paliativní péče v PNP bych ráda popsala specifika oboru a s tím související specializaci a nastavení zdravotníků zdravotnické záchranné služby. Mohlo by se zdát, že tyto dva obory (PNP a PP) jsou v jakémsi rozporu.

Specifika PNP jsou:

- rychlá monitorace,
- rychlá diferenciální diagnostika,
- promptní zjištění život ohrožující komplikace/ traumatu,
- adekvátní zajištění selhávajících fyziologických funkcí s následnou resuscitací případně stabilizací do předání do následné již nemocniční péče.

V PNP jsme odborníky na velmi dobrý postřeh, všímavost, smysly, rychlé rozhodnutí a zaléčení akutních stavů. Avšak pro potřeby paliativní péče v podmínkách PNP najednou není prioritou čas, monitorace, rychlá stabilizace. Nyní se musíme přeorientovat na klidný a laskavý přístup, kvalitní empatickou komunikaci, je třeba prostudovat dostupnou zdravotnickou dokumentaci, případně konzultovat již navedené odborníky paliativní péče (lékař ambulance paliativní péče nebo mobilního hospice). Ustoupit od našeho „*scoop and run*“ a místo toho pokládat otázky typu „*Co byste potřeboval?*“ a často „*jen*“ zaléčit na místě a pacienta ponechat v péči rodiny.

#### 7.1.2 Paliativní pacient v PNP

Nejčastějšími symptomy, pro které pacienti kontaktují tísňovou linku, je nezvladatelná dušnost, neztišitelná bolest, zvracení nereagující na léčbu, terminální stavy, na které buď není rodina připravena nebo nezvládají jejich průběh. Ne vždy jsou všichni pacienti navedeni do péče paliativní ambulance nebo mobilního hospice, a občas i takto zajištění pacienti a jejich rodiny nezvládnou situaci doma a obrací se na tísňovou linku. Pokud však nejde o terminální stav, je

již běžnou praxí, že se takto nezajištěné pacienty snažíme po stabilizaci stavu navíc ještě navést na poskytovatele PP předáním kontaktů. V případě, že pacient již např. do ambulance PP dochází, ukazuje se jako velmi výhodné z místa kontaktovat ohledně medikace přímo ošetřujícího lékaře a zároveň tím propojit obě strany. Navíc léčebné prostředky v podmínkách PNP jsou dosti omezené – Tramadol, Metamizol, Ibuprofen, Paracetamol (v případě nelékařských posádek). To není úplně medikace „vyššího kalibru“, než jakou většina zajištěných pacientů běžně užívá (onkologičtí pacienti užívají nejčastěji opiátové náplasti, a to v množství až stovkových mikrogramů). Nejčastějšími pacienty s potřebou PP v PNP jsou vedle onkologických pacientů pacienti s chronickými plicními procesy – terminální CHOPN, plicní fibrózy, pacienti s chronickým srdečním selháváním, pacienti s chronickým renálním selháváním, terminální jaterní selhání a cirhózy, geriatrictí pacienti, pacienti s neurologickými diagnózami jako je amyotrofická laterální skleróza, muskulární dystrofie, genetické a vrozené metabolické vady u dětí. Prioritou většiny těchto pacientů je úleva od nezvladatelných symptomů, nikoli transport do nemocnice.

Dalším velkým tématem PNP je kardio-pulmonální resuscitace. Dalo by se říci „vlajková loď“ celé PNP. Komu ale KPR poskytnout? Komu už ne? Kdy KPR ukončit? To jsou ta pravá etická dilemata související s paliativní péčí, která pracovníci ZZS musí řešit denně. V dnešní době se již legislativa staví za zdravotníky a od rozsudku ústavního soudu (Nález ÚS 1594/22) již není rozdílem mezi KPR nezapočtu a KPR ukončenou. Nejsou jednoznačná pravidla kdy resuscitaci vůbec nezačít krom obligátních jistých známek smrti, nebo stavu neslučitelného se životem. V obecnosti ale hlavním ukazatelem je doba od srdeční zástavy k poskytnuté první pomoci, tedy okno, kdy mozek není okysličován. Za kritickou hranici považujeme 5 min neokysličení. Tyto údaje jsou v podmínkách PNP často nezjistitelné, proto je správné KPR začít a spíše po zjištění doplňujících informací a stavu pacienta dříve ukončit, než bez dostatečné informovanosti nezačít vůbec.

Dalšími vodítky pro naši orientaci je stav zorniček, který ale není jednoznačně determinující a fixovaná mydriáza nemusí znamenat infaustní stav. Velmi důležitým vodítkem pro úspěšnost obnovy životních funkcí jsou také údaje o zdravotním stavu nemocného a jeho funkční zdatnosti v předchorobí. Co předcházelo zástavě? Dlouhodobě chřádl nebo byl v dobrém stavu a najednou ztratil vědomí? Je pacient kachektický? Polymorbidní? Geriatricky křehký? To všechno jsou biologické ukazatele, na které by zkušený lékař PNP měl brát zřetel a měl by umět vyhodnotit šanci na úspěšnou resuscitaci s následným návratem do života v dobré kvalitě, neměl by být na zřeteli pouze jeden krok dopředu, tj. zresuscitovat a předat na pracoviště ARO bez

ohledu na kvalitu dalšího života. Naše společnost při rozvoji PNP a urgentní medicíny neměla vždy tyto rozhodovací postupy jako prioritu. Dlouho byla záchrana života tzv. za každou cenu, bez rozmyslu. Jaká kvalita života zachráněného čeká po tzv. úspěšné resuscitaci nebylo tím hlavním tématem. Velmi vhodným vodítkem je i během probíhající resuscitace pohovor s rodinou. Jaký život doteď pacient vedl? Byl soběstačný? Co by si nejvíce přál? Měl sepsané DVP? Trápil se? Zatím se ukazuje, že není silnějšího argumentu, doporučení či postupu nežli kvalitní a dobře vedená komunikace s rodinou, jejich spoluúčast, přítomnost a veškeré informace a přehled co se s dotyčným děje i po čas KPR. Za svou praxi jsem nikdy nešla přes přání rodiny, vždy se vyplatilo raději déle resuscitovat a o to více vysvětlovat a komunikovat, než direktivně KPR ukončit a racionalizovat postup lidem v akutní emoční krizi. Vždy myslím na to, jak těžká je to pro ně situace, že jsou to lidé v emocích a musím oslovovat emoce, ne rozum. Až postupná komunikace stáhne pozornost z emočních center do mozkové kůry a tam se teprve setkáváme rozum s rozumem, schopným konstruktivního rozumového myšlení.

### **HOME MESSAGE:**

Vyslechni, informuj se, buď racionální, porad' se a nespěchej

## **7.2 Paliativní medicína v intenzivní medicíně**

Co se v této lekci naučíme?

Hranice maximalizace léčby a jejího ukončení

### **7.2.1 Vhled do prostředí intenzivní medicíny (ARO, JIP)**

Pro lepší pochopení tématu shledávám přínosný malý exkurz do podstaty oboru a od toho se odvíjející rozhodování v souvislosti s paliativní péčí. Primárně je intenzivní medicína totiž specializovaná k maximalizaci snahy o záchranu lidského života a obnovu jeho fyziologických funkcí. Vstupně tedy můžeme naznat, že žádný z přijímaných pacientů není primárně paliativní nebo s infaustní prognózou ač si v pozdějším textu ukážeme, že i to nemusí být pravda. Máme tady tedy plejádu odborníků – specialistů na vnitřní prostředí, dýchací přístroje, dialýzu, ECMO... v dnešní době disponující technickými náhradami téměř všech životně důležitých orgánů. A máme tady skupinu pacientů, kterým tuto podporu poskytujeme. Nejčastěji jsou to pacienti po úspěšné resuscitaci, po akutních traumatech, po selhání jednoho nebo více životně důležitých orgánů, v sepsi, po rozsáhlých operačních výkonech... Kde se tedy potkává tato maximalizovaná snaha o záchranu s tématem jako je paliativní péče? Potkává se přesně na té tenké hranici, kde dosahuje svého maxima s minimálním úspěchem, setkává se na hranici

eskalace antibiotické terapie, která po mnohých rotacích přestává zabírat, potkává se na vrcholových tlacích přístrojů umělé plicní ventilace, které už nepřetlačí jedinou molekulu kyslíku navíc do již zcela zničené nefunkční plíce... jinými slovy, kde možnosti intenzivní medicíny končí, tam paliativní medicína začíná. A někdy mohou jít ruku v ruce – například opakované hospitalizace dekompenzovaných pacientů s CHOPN – nevléčitelným onemocněním s četnými exacerbacemi a s možnou potřebou krátkodobého napojení na UPV.

### **7.2.2 Paliativní pacient v intenzivní medicíně**

Paliativní pacient nepřichází na pracoviště intenzivní medicíny, ale paliativním se na těchto pracovištích teprve stane. O to větší důležitost tedy shledávám na dobré komunikaci lékař – pacient – rodina, jelikož změna nastavení z maximálního úsilí o záchranu k paliativní péči je zde mimořádně náročná, a to nejen pro samotné pacienty a jejich blízké, ale ze své podstaty i pro pracovníky intenzivní péče. Nástrojů pro správné rozhodování máme hned několik (skórovací systémy, hodnotící škály). Lidský život a jeho podstatu nezformujeme do jednoduchého grafu. Nejvyšší autoritou při rozhodování je erudice a zkušenost lékaře, konzilium lékařů nad lůžkem nemocného, poučená komunikace s pacientem a jeho rodinou při zohlednění funkčního stavu nemocného, jeho přání a preferencí.

Nemělo by se již pokračovat v terapii, která nevede ke zlepšení kvality života z pohnutek jako je strach ze soudních sporů, obavy z reakcí pacientovy rodiny. Lidský život je konečný a s ním i naše možnosti jej zachránit nebo prodloužit. Nikdy však nerozhoduje jeden člověk, jeho přesvědčení ale kombinace objektivních ukazatelů, přání pacienta/ rodiny a zkušenost lékaře příp. lékařského konzilia. V případech terminálního weaningu apod. se většina pracovišť řídí pravidlem potřeby shody všech nebo odložení řešení, pokud někdo ve shodě není. Končené slovo má ošetřující atestovaný lékař a primář. Závazný pro všechny je pak zápis jejich rozhodnutí ve zdravotnické dokumentaci.

### **TAKE HOME MESSAGE**

Autonomie pacienta, kvalita života, komunikace a lidskost

## **POUŽITÉ ZKRATKY KE KAPITOLE 7**

DVP – dříve vyslovené přání

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

ECMO – mimotělní membránová oxygenace

KPR – kardiopulmonální resuscitace

PP – paliativní péče

PNP – přednemocniční péče

UPV – umělá plicní ventilace

ZZS – zdravotnická záchranná služba

## **SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY KE KAPITOLE 7**

KUŘE, J. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Academica, 2022. 484 s.  
ISBN 978-80-200-3378-9.

## 8 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE V NEUROLOGII

**Martin Sabela**

### Cíle kapitoly

Cílem této kapitoly je seznámení s nejčastějšími symptomy doprovázejícími pokročilá stádia neurologických onemocnění.

### 8.1 Specifika neurologických pacientů v paliativní péči

Mezi nečastější neurologická onemocnění v souvislosti s paliativní péčí jsou uváděna: Parkinsonova choroba (prevalence 110-180/100000), roztroušená skleróza (80-140/100000), amyotrofická laterální skleróza (6-7/100000), Huntingtonova nemoc (6/100000) a atypický parkinsonismus (multisystémová atrofie - 5/100000, progresivní supranukleární obrna - 7/100000). Zpravidla jako samostatná skupina se specifickými potřebami jsou pro paliativní péči uváděni pacienti s Alzheimerovou nemocí, jinými typy demence, dále pacienti s cerebrovaskulárním onemocněním, pacienti po úrazech mozku a míchy a pacienti s primárním nádorem mozku.

U pacientů s neurologickým onemocněním je značný rozdíl v péči a podpoře ve srovnání s ostatními pokročilými nemocemi, jako jsou např. pacienti s onkologickým onemocněním.

Tyto rozdíly jsou shrnuty v těchto oblastech:

- široké spektrum neurologických stavů s různými trajektoriemi nemoci,
- proměnlivá rychlost progresu,
- propojení kognitivních a fyzické disability,
- překrytí mezi tématy fyzického zdraví, komunikace, kognitivního a mentálního zdraví vedoucí k významným výzvám v managementu péče,
- problémy se stanovením diagnózy u některých nemocí,
- některé neurologické nemoci jsou dědičné a ovlivňují reakce a obavy rodinných příslušníků,
- problémy s rozpoznáním konce života, různá délka pokročilé fáze nemoci.

Mezi časté obtíže snižující kvalitu života neurologických pacientů patří:

- Porucha pohyblivosti, pády, omezení mobility a soběstačnosti pacienta
- Poruchy řeči, fatických funkcí, výslovnosti
- Kognitivní poruchy, změny chování, časté psychiatrické komorbidity
- Poruchy polykání
- Epileptické záchvaty
- Neuropatická bolest
- Autonomní poruchy (slinění, zácpa, porucha kontroly močení, ortostatická hypotenze)
- Spasticita

### 8.1.1 Často opomíjená důležitá specifika u neurologických pacientů

Pomoc pečující rodině (pomůcky, zajištění příspěvku na péči, domácí pečovatelské služby) je stejně důležitá jako mírnění symptomů pacienta.

U pacientů s neurodegenerativním onemocněním je třeba řešit přání do budoucna dřív, než se rozvine pokročilý syndrom demence nebo porucha komunikace. Není jasná hranice, kdy se pacient stává paliativním (vzhledem k plíživé progresi a absenci kauzální léčby), proto je nutné zavčas probírat preference pacienta (např. stran umístění do domova pro seniory, zajištění PEG při progresi poruchy polykání) a nabídnout dříve vyslovené přání.

## 8.2 Léčba neurologických symptomů

### 8.2.1 Porucha hybnosti

Většina paliativních neurologických pacientů trpí poruchou hybnosti. Může jít o parézy (ochrnutí), **parkinsonismus**, **ataxi** (poruchu koordinace, rovnováhy), **mimovolní pohyby** (třes, chorea, dystonie) nebo **apraxii** („zapomenutí“ naučených složitých pohybů – např. česání, oblékání, čištění zubů).

U paliativních pacientů s parézami již intenzivní ústavní rehabilitace ztrácí smysl, ale základní ošetrovatelsko-rehabilitační péče zůstává klíčová (jemné protahování paretických končetin, cvičení na lůžku nebo na židli v domácím prostředí, správné polohování u imobilních pacientů).

Ke kontrole parkinsonismu je důležité ponechat pacientům i v terminální stádiu L-DOPA. Lék by se nemocným s Parkinsonovou nemocí neměl nikdy vysazovat!

V případě některých mimovolných pohybů bývá efektivní farmakoterapie. U chorey (např. u Huntingtonovy nemoci) antipsychotika (tiaprid, risperidon, haloperidol), u polékových dyskinez u parkinsoniků někdy redukuje L-DOPA, u dystonie používáme anticholinergika a benzodiazepiny, třes se řeší individuálně dle etiologie.

Vždy je snaha zachovat pacientovi maximální soběstačnost a stanovit cíl nejlepší pohyblivosti. Zachování alespoň částečné zachování soběstačnosti s sebou nese veliký pozitivní vliv na psychiku pacienta. Nejdůležitější úlohu zde mají pomůcky – francouzské hole, chodítka, mechanické vozíky, polohovací lůžka s hrazdou, nástavce na toaletu, madla do koupelny a na toaletu.

Nutné je vytvořit co nejbezpečnější domácí prostředí a zabránit pádům. U špatně mobilních pacientů doporučujeme odstranit ze země překážky (prahy, koberečky), dbát na používání pomůcek při chůzi, při hygieně využívat protiskluzové podložky.

Pro neurologického pacienta je pád hlavní příčinou další morbidity a mortality!

### **8.2.2 Porucha komunikace**

Některé neurologické onemocnění (nejčastěji cévní mozkové příhody, nádory, kraniotraumata) vedou k fatické poruše. Tito pacienti ztrácí schopnost jazyka, psaní, čtení. Zásadní je správná komunikace s pacientem. Vždy mluvit pomalu, jasně a v jednoduchých větách. U nemocných s expresivní afázií musíme dát nemocnému dostatek času se vyjádřit (tito pacienti si svůj deficit uvědomují a jsou jím velmi frustrováni). Pacienti s expresivní afázií mohou působit dojmem těžce dementního člověka, ale myšlení může být zcela normální. Lze využívat např. afatického slovníku. U nemocných s percepční afázií je nejdůležitější poučit rodinu, že pacient nerozumí a své poruchy si není vědom.

U jiných onemocnění může dojít k narušení výslovnosti (dysarthrie) až do stavu neschopnosti vydat ze sebe jediné slovo či hlásku (anarthrie), ale přitom schopnost jazyka zůstává zachována (včetně porozumění, schopnosti číst a psát). Typický je tento stav u nemocných s ALS. Zde je důležitá komunikace písmem (speciální aplikace na tabletech). U nemocných s ALS tyto tablety půjčuje patientský spolek ALSA.

### **8.2.3 Kognitivní poruchy, změny chování, psychiatrické komorbidity**

Nemoci vedoucí k demenci (=získaná kognitivní porucha vedoucí ke ztrátě soběstačnosti) patří k velmi častým příčinám ztráty soběstačnosti u lidí vyššího věku. Pokročilá stádia demence

vedou k naprosté nesoběstačnosti v základních aktivitách (jídlo, oblékání, hygiena...) a extrémně zatěžují jejich pečující.

U nemocných s nově diagnostikovaným kognitivním deficitem je už v časném stádiu potřeba myslet na budoucnost. Zajistit plnou moc pečující osobě, probírat přání a preference pacienta v případě další progresu nemoci. Domácnost je nutné zabezpečit (např. detektor plynu, kouře...), vhodný je např. náramek s kontaktem na rodinu (pokud by pacient odešel z domu a ztratil se) nebo GPS hodinky.

U pacientů s pokročilým syndromem demence vždy hodnotíme míru nesoběstačnosti a je zásadní pomoci rodině zajistit příspěvek na péči, za který mohou financovat např. pečovatelskou službu, odlehčovací lůžka (důležitá prevence vyhoření pečující osoby).

Kognitiva (např. donepezil, memantin) mívají mírný, ale někdy významný efekt a vždy je indikován jejich terapeutický pokus.

V případě neklidu je na prvním místě nutné zjistit, co k neklidu vede a tyto faktory, pokud možno eliminovat. Spousta pacientů např. při hygieně nespolupracuje s partnerem, ale může spolupracovat s jiným členem rodiny. V případě akutní zmatenosti je důležité se s pacientem nehádat, ale využít často těžké poruchy pozornosti a odvést hovor jiným směrem.

Modelová situace zvládnutí neklidu:

- Pacient se snaží otevřít zamčené dveře a odejít z domu
- „*Tati, co se děje?*“
- „*Hledám klíče. Musím jít, už mě čekají v práci.*“
- „*Já jdu taky do práce. Pojd' se mnou. Já tě odvezu.*“
- „*Ale já musím jít hned.*“
- „*Dobře pojd' se mnou, vedle mám ty klíče.*“
- V druhé místnosti odvést řeč na jiné téma.

Tyto strategie vždy fungují lépe než snaha pacienta přesvědčit racionálními argumenty nebo se s ním hádat. Nutné je vždycky mluvit klidně a zabránit eskalaci situace.

Pokud nemoc vede k opakovaným stavům neklidu a agresí, je na místě nasazení malé dávky antipsychotik (např. tiaprid 100-400 mg denně, quetiapin nebo melperon 25-75 mg denně s maximem na noc).

U všech pacientů s demencí je důležitý screening deprese a úzkosti, které mohou neklid zhoršovat. Vhodné je používání validovaných škál (např. geriatrická škála deprese).

V medikaci využíváme hlavně léků SSRI (např. citalopram, sertralin). Je snaha vyvarovat se benzodiazepinům, které mohou vést k paradoxní agitaci a zhoršovat kognitivní deficit. Pokud je to nutné, pak je z benzodiazepinů lékem volby oxazepam.

V případě nespavosti se vždy snažíme vyhýbat Z-hypnotikům a benzodiazepinům, které mohou vést k nočním stavům agitace a které zhoršují kognitivní deficit. Lékem volby jsou trazodon nebo mirtazapin. U pacientů s nespavostí a nočními stavy amence pak co nejnižší dávka antipsychotik

U pacientů s halucinacemi a bludnou poruchou, které vedou k neklidu nebo mají významný dopad na chování je vždy do péče potřeba zapojit psychiatra.

#### **8.2.4 Poruchy polykání**

Jedná se o velmi častý a podceňovaný problém. Mohou vzniknout u téměř všech pokročilých onemocnění centrálního či periferního nervového systému.

Dysfagii trpí nejčastěji nemocní po těžké CMP, pacienti s rozsáhlými mozkovými nádory a s pokročilým neurodegenerativním onemocněním (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, Parkinson plus syndromy, Huntingtonova nemoc, ALS).

Polykací obtíže zvyšují riziko aspirační pneumonie a spolu s pády patří k nejvíce ohrožujícím neurologickým symptomům!

Vždy je třeba se na obtíže s polykáním tekutin či jídla cíleně ptát a případně spolupracovat s logopedem a ORL. Vždy musíme mít dopředu jasno, jaké je stanovisko pacienta a rodiny k zajištění PEG. Pokud si pacient PEG přeje, je třeba jej zajistit před rozvojem malnutrice.

U dysfagických pacientů doporučujeme: jíst a pít výhradně vsedě, u jídla nemluvit, nevěnovat se jiné činnosti. V případě obtíží s pitím je vhodné pít přes brčko nebo tekutiny zahušťovat (přípravek nutillis). U jídla se vyvarovat rizikových potravin (sypká rýže, oříšky...), případně preferovat měkkou stravu či jídlo mixovat.

#### **8.2.5 Epileptické záchvaty**

Epilepsie je častou komplikací u pacientů s primárními i metastatickými nádory mozku, u pacientů po těžkých kraniotraumatech a CMP. Může se vyskytovat i u pacientů s pokročilým neurodegenerativním onemocněním jako je Alzheimerova nebo Huntingtonova nemoc.

Záchvaty se mohou projevit jako celotělové křeče (generalizované záchvaty), ale i jako záškuby části těla (fokální záchvaty) nebo jen přechodnou změnou vědomí nebo komunikace.

Epileptické záchvaty se u všech pacientů vždy snažíme kontrolovat protizáchvatovou medikací, která snižuje četnost záchvatů event. záchvat ukončí.

Postup v případě celotělového záchvatu:

1. Zabránit poranění pacienta. Zachytit jej, uložit na lůžko nebo na zem a z okolí odstranit nebezpečné předměty. Nesnažíme se pacienta imobilizovat, nekládáme mu nic do úst.
2. Podání protizáchvatové medikace – diazepam rektálně nebo midazolam orální sprej.
3. Záchvaty obvykle v řádu minut odezní. Poté pacienta uložit do stabilizované pozice a vyčkat nabytí vědomí.

U pacientů s mozkovým nádorem nebo jiným ložiskovým poškozením mozku jsou antiepileptika indikována již po prvním záchvatu a to i u pacientů v paliativní péči. Nekontrolované záchvaty výrazně snižují kvalitu života nemocných. Nejčastěji využíváme levetiracetam, brivaracetam, lacosamid či valproát, ale medikaci je nutné nasadit s přihlédnutím ke komorbiditám pacienta.

## 8.2.6 Neuropatická bolest

Neuropatická bolest vzniká poškozením centrální nebo periferní části drah bolesti. Častá je u pokročilých polyneuropatií, útlaku nervových kořenů v oblasti páteře (nádorem, kostním fragmentem nebo výhřezem ploténky), poškození míchy nebo thalamu.

Neuropatická bolest prakticky nereaguje na běžná analgetika (NSAID, paracetamol) a v její léčbě farmakologicky využíváme:

- a. Antiepileptika – léky volby, gabapentin v dávce maximálně 3600 mg za den (rozděleno ve 3 - 4 denních dávkách) nebo pregabalin maximálně 600 mg za den (rozděleno ve 2 denních dávkách). Dávka má postupně být titrována do dosažení efektu nebo nežádoucích účinků (nejčastěji útlum a závrativost).
- b. Antidepresiva – léky 2. volby, duloxetin obvykle 60 mg na večer nebo venlafaxin 75 až 150 mg ráno.
- c. Opioidy – léky 3. volby, vhodné při kombinované nádorové a neuropatické bolesti.
- d. Léčebné konopí.

Výše uvedenou medikaci je možné (a často nutné) kombinovat.

## 8.2.7 Autonomní poruchy

Poruchy funkce autonomního systému často patří mezi nejvíce obtěžující a limitující obtíže u pacientů s terminálním neurologickým onemocněním. Typická je pro těžké polyneuropatie, pokročilou Parkinsonovu nemoc a Parkinson plus syndromy, ALS, roztroušenou sklerózu a významná bývá u pacientů s míšní lézí (např. při kompresi míchy nádorovou metastázou nebo patologickou frakturou obratle).

### Mezi nejčastější projevy dysautonomie patří:

- a. **Hypersalivace** – nadměrné slinění výrazně snižuje kvalitu života. Často se s ním setkáváme u Parkinsonovy nemoci a ALS. Léčbou volby je botulotoxin aplikovaný do parotidy, ale pro špatnou dostupnost a nákladnost léčby častěji využíváme amitriptylin nebo magistraliter atropinové kapky aplikované 3-4x denně pod jazyk.
- b. **Ortostatická hypotenze** – porucha kontroly krevního tlaku při vertikalizaci. Patří k nejčastějším příčinám závrativosti u starých pacientů. Tito nemocní mívají krevní tlak vleže a vsedě normální nebo i zvýšený, ale při postavení rapidně klesá a dochází k mozkové hypoperfuzi. Může vést k závratí při postavení nebo synkopám. Diagnostický je pokles TK o alespoň 20 mm Hg systoly nebo 10 mm Hg diastoly. Ortostatická hypotenze se řeší režimovými opatřeními – po ránu vypít velkou sklenici vody, jíst v malých porcích víckrát denně, používat kompresní punčochy. Nutné je revidovat užívaná antihypertenziva a jejich dávku snížit nebo podávat část léků večer před spaním. Farmakologicky používáme midodrin 5 mg, ale po jeho užití pacienti nemohou ležet pro riziko hypertenzní špičky vleže.
- c. **Gastrointestinální obtíže** – může jít o poruchu motility žaludku (vede k časnému pocitu sytosti) nebo střev (typicky způsobující zácpu). Časnou sytost řešíme úpravou stravování (časté ale malé porce, nízký obsah tuků), pomůže metoclopramid (CAVE kontraindikován u parkinsoniků). U zácpy je na prvním místě třeba dostatečný příjem tekutin a vlákniny ve stravě, vhodné je sušené ovoce. Z farmak pomáhají laxativa a prokinetika (itoprid nebo domperidon).
- d. **Sfinkterové obtíže** – mívají dvojí charakter. Hyperaktivní močový měchýř (pacienti trpí nutkavým močením i při nízké náplni močového měchýře) je typický pro neurodegenerativní onemocnění a chronické léze CNS. Řešitelný je farmaky (např. trospium, mirabegron). Druhá forma je chabý močový měchýř (pacienti nemočí, necítí potřebu, měchýř je přeplněn, je paradoxní ischurie a riziko postrenálního selhání ledvin),

který bývá v akutním stádiu míšní léze a dlouhodobě při lézi míšního konu nebo cauda equina. Zde je zásadní evakuace moči pomocí katétru.

### **8.2.8 Spasticita**

Spasticita je syndrom patologicky zvýšeného svalového napětí způsobené poškozením centrálních pyramidových drah. Pacienty trápí svalové křeče někdy až pod obrazem těžkých bolestivých spazmů, dále zkracování svalů s rozvojem kontraktur.

Spasticita je častá u pacientů s pokročilým stádiem roztroušené sklerózy, dále u pacientů po míšních poraněních, cévních mozkových příhodách a poranění mozku.

Lékem volby u léčby spasticity jsou kanabinoidy. Nejlepší efekt je u nabixomolů (orální sprej Sativex), ale lze využít i jiných preparátů z léčebného konopí. Z jiných farmak je efektivní baclofen v dávce 30 až 100 mg rozdělený do 3denních dávek. Vzácně se indikuje baclofenová intrathékální pumpa (nejčastěji u pacientů s těžkou spasticitou po míšním traumatu). Často používané benzodiazepiny nejsou podle současných doporučených postupů k léčbě spasticity indikovány.

---

## **Kazuistika**

---

Pacientka 82 let odeslána ke konzultaci pro pokročilé stádium Parkinsonovy nemoci. Subjektivně ji hodně trápí slinění, špatné polykání, špatná chůze s opakovanými pády při zakopávání, špatný spánek, budí se i 10x za noc, trápí ji noční děsivé živé sny. Dle rodiny bývá občas zmatená, pravidelně v noci halucinuje cizí lidi v pokoji. Vyžaduje celodenní pomoc. Chodí jen v část dne – kdy fungují léky, maximálně 3 hodiny. Opakovaně během dne není neschopna se sama ani postavit. V objektivním nálezu dominovala středně těžká demence, těžký parkinsonismus horší vpravo. V době vyšetření byla pacientka schopna sama se postavit a šoupavě chodit. Chůze byla nestabilní s vysokým rizikem pádu. Polykacím testem byla objektivizována dysfagie. Pomocí mikčního deníku a uroflowmetrie byl objektivizován hyperaktivní močový měchýř. V medikaci byl pouze ACE inhibitor, antiparkinsonika (l-dopa 100 mg 3x denně) a tiaprid 100 mg na 3x denně.

Pacientce byla doporučena úprava medikace, vysazen tiaprid, nasazena kognitiva (rivastigmin postupně k 4,5 mg 2x denně), navýšeno dávkování l-dopa postupně na 6x denně 100 mg a byl přidán mirabegron 50 mg 1x denně k léčbě močových urgencí. Rodině bylo doporučeno

odstranění prahů, koberečků z podlahy, nainstalování madel do koupelny a na toaletu, používání protiskluzové podložky a stoličky do sprchy. Na domu bylo předepsáno 4kolové chodítko. Polykací obtíže byly efektivně řešeny pitím přes brčko a úpravou stravy. Slinění se zmírnilo navýšením antiparkinsonik a atropinovými kapkami pod jazyk dle potřeby. Zahájeno bylo i sociální šetření, zajištěn příspěvek na péči k financování domácí pečovatelské služby. Po vysazení tiapridu (který je pro parkinsoniky nevhodný) a navýšení l-dopa se hybnost během dne stabilizovala, pacientka byla schopna chůze s chodítkem po většinu dne. Přidáním kognitiv došlo ke zmírnění četnosti stavů zmatenosti a noční halucinace téměř vymizely. Po nasazení mirabegronu se zmírnily močové urgencye, pacientka chodí na toaletu 2x za noc a spí mnohem lépe.

**Komentář ke kazuistice:** U pacientů s Parkinsonovou nemocí je vždy třeba přehodnocovat farmakologickou anamnézu, vysazovat medikaci, která může hybnost či kognici zhoršovat. V tomto případě řešení stavů zmatenosti bylo třeba řešit kognitivu a antipsychotikům se spíše vyvarovat vzhledem k jejich nežádoucím účinkům na hybnost nemocných. L-dopa byla u pacientky efektivní, ale krátké okno efektu vyžadovalo častější dávkování léku. Močové urgencye jsou u těchto pacientů časté a obvykle výrazně zhoršují kvalitu života a kvalitu spánku. Polykací obtíže se nikdy nesmí podceňovat pro riziko aspirační pneumonie a akutního dušení. Na prvním místě věnujeme pozornost správným režimovým opatřením při jídle a pití. Důležité je řešit sociální zázemí, vyřídit veškeré potřebné pomůcky a příspěvek na péči.

---

## TAKE HOME MESSAGE

1. Při poruše pohyblivosti často pomohou dobře zvolené kompenzační pomůcky.
2. Fatická porucha není demence.
3. Nepodceňovat dysfagii a autonomní obtíže. Pokud se nezeptám, problém pacientů často nehlásí.
4. Neklid se primárně řeší režimem a poučením rodiny. Antipsychotika jsou lékem volby jen u agresivních jinak nezvladatelných pacientů.
5. Epileptické záchvaty řešíme i u paliativních pacientů.
6. Neuropatická bolest špatně reaguje na běžná analgetika.
7. U parkinsoniků a pacientů s demencí vždy přemýšlet, zda nasazenou medikací pacientovi neublížím.

## **Kontrolní otázky**

1. Jaký je lék volby poruchy hybnosti i u pacientů s pokročilým stádiem Parkinsonovy nemoci?
2. Jaký je lék volby k zastavení probíhajícího epileptického záchvatu?
3. Jaké je prvotní opatření u pacienta s míšní metastázou a akutní retencí močovou?
4. Jaký je lék volby u neuropatické bolesti a v jakém dávkování?
5. Jak se správně léčí neklid u pacienta s demencí?

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK KE KAPITOLE 8**

ALS – Amyotrofická laterální skleróza

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

ORL – otorinolaryngologie

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

## **POUŽITÁ LITERATURA KE KAPITOLE 8**

BUŽGOVÁ R, KOZÁKOVÁ R. *Základy paliativní péče v neurologii*. Praha: Galén, 2020.  
ISBN 978-80-7492-502-3.

**Název:**

Specifika poskytování paliativní péče v jednotlivých medicínských oborech  
Paliativní medicína II.

**Autoři:**

Doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D. (editor)

MUDr. Lenka Lazecká Delongová, MUDr. Patrícia Gubová, MUDr. Viktória Hránková,  
MUDr. Pavla Jadrníčková, MUDr. Ludmila Muroňová, MUDr. Marie Lazarová, Ph.D.,  
MUDr. Barbora Lazecká, MUDr. Anna Pekařová, Ph.D., MUDr. Martina Romanová,  
MUDr. Martin Sabela, MUDr. Ondrej Šušol, MUDr. Pavla Zárubová

**Recenzenti:**

MUDr. Jarmila Kušnířová, MUDr. Renata Urbanová, Ph.D.

**Vydavatel:**

Ostravská univerzita  
Dvořákova 7  
701 03 Ostrava

**Vydání:**

První, 2025

**Počet stran:** 107

Jazyková korektura nebyla/byla provedena. Za jazykovou stránku je odpovědný autor.

Jedná se o autorské dílo.

CC BY-NC-SA 4.0 (Uveďte původ – Neužívejte komerčně – Zachovejte licenci) – dílo lze  
volně šířit s uvedením autora (původce) a zachováním licence, ale pouze k nekomerčním  
účelům.

**ISBN 978-80-7599-492-9 (online ; pdf)**