

# Předmluva

Kardiologie je díky prudkému rozvoji diagnostických i léčebných postupů od prevence až po léčbu těch nejzávažnějších stavů vnímána jako vítězný obor. Česká kardiologie, zvláště intervenční léčba akutního koronárního syndromu, patří mezi nejlépe organizované na světě. Proto není divu, že je jak laickou, tak částečně i odbornou veřejností vnímáno, že smrt v kardiologii je svým způsobem zbytečnou prohrou.

Zažil jsem několik smutných příběhů o konci života při kardiálním onemocnění. Byly značně rozpačité kvůli jednání neinformovaných zdravotníků, kteří se snažili udělat pro pacienta jen to dobré, ale nevěděli, jak s umírajícím a jeho rodinou právě na konci života jednat.

Jak nám již ukázali onkologové, musíme vzít v úvahu, že i kardiologičtí nemocní přes veškerou naši léčebnou snahu, od farmakologické, intervenční až po přístrojovou, jsou smrtelní.

V knize Dr. Gřivy a spolupracovníků jednotlivé kapitoly poskytují konkrétní návody tam, kde je to důležité, připomínají nám, abychom přemýšleli dopředu a vypracovali plány v době, kdy je nemocný ještě schopen je vnímat. Upozorňují nás, abychom věnovali pozornost tomu, jak postupovat v konkrétních situacích, nechybí duchovní pohled na umírání, sdělování nepříznivé prognózy, ošetrovatelská péče a další aspekty paliativního přístupu.

Žít dlouho se srdečním onemocněním, které kdysi ukončovalo život náhle a často v raném věku – to je významný pokrok v lékařské péči. Pacienti i jejich nejbližší jsou rádi, že jejich život je nejen delší, ale také kvalitnější. Cena za tento úspěch by neměla být bolest na konci života. Je načase pomoci klinickým lékařům zajistit, aby jejich klienti s onemocněním srdce žili dobře až do konce života. Kniha o paliativním přístupu v kardiologii Dr. Gřivy a spol. zcela splňuje své předsevzetí – nabízí náměty k zamyšlení, otázky i odpovědi právě pro toto životní období našich pacientů.

Proto jsem rád přijal roli recenzenta knihy *Paliativní péče v kardiologii*, ve které se autoři odhodlali ujmout velmi těžkého úkolu a upo-

zornit na to, že i kardiologičtí nemocní se dostanou do terminálních stavů. Tato kniha by se měla stát povinnou četbou nejen pro všechny kardiology, ale i pro další lékaře, kteří se starají o nemocné na konci jejich života s kardiálním onemocněním. Jak kdysi napsala profesorka Lynne W. Stevenson, přední americká kardioložka v oblasti srdečního selhání: „It awakens us to the realization that the patients are there, and we are there with them.“ A kniha Dr. Gřivy a spol. nám k této výzvě velmi pomůže.

*Prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC*

# 1

## Paliativní péče a moderní medicína

V průběhu posledních 50 let dosáhla moderní medicína zásadních pokroků v prevenci a léčbě kardiovaskulárních onemocnění. Tyto pokroky proměnily „krajinu“ moderní kardiologie. Výrazně poklesl počet úmrtí na akutní koronární příhody. Většina pacientů dnes díky včasným léčebným intervencím prvotní infarkt přežívá. Také pacienti se závažnými chlopňovými a vrozenými srdečními vadami žijí díky moderním léčebným metodám déle a s méně symptomy srdeční nemoci. Významná část z nich ale přesto umírá – často o řadu let později – v důsledku chronického srdečního selhání nebo jiných souvisejících onemocnění. Pacienti s onemocněním srdce se častěji dožívají vyššího věku a v průběhu stárnutí akumulují další chronická onemocnění, která mohou v mnoha oblastech negativně ovlivňovat jejich kvalitu života. A jsou to právě kardiovaskulární onemocnění, která jsou u těchto pacientů nakonec často bezprostřední příčinou smrti. Nemoci srdce tak v současné době začínáme vnímat stále více jako chronické stavy, avšak zůstávají i nadále potenciálně „život ohrožujícími“.

Koncept „život ohrožujících onemocnění“ je podle definice Světové zdravotnické organizace základním vymezením populace pacientů, kteří profitují z paliativního přístupu a z paliativní péče.

### 1.1 Definice paliativní péče dle WHO

Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů (a jejich rodin), kteří trpí život ohrožujícím onemocněním. Jejím obsahem je prevence a mírnění utrpení cestou včasného rozpoznání, správ-

ného zhodnocení a efektivní léčby bolesti a ostatních obtíží v oblasti tělesné, psychosociální a spirituální. Paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších obtížných tělesných symptomů;
- vychází z úcty k životu, ale považuje umírání za přirozený proces;
- neurychluje, ale ani uměle neoddaluje smrt;
- systematicky do péče integruje také psychosociální a spirituální rozměr;
- snaží se vytvářet podpůrný systém, který by pacientovi umožnil žít co neaktivněji až do smrti;
- snaží se vytvářet podpůrný systém pro rodinu v průběhu pacientovy závažné nemoci i v době zármutku a truchlení po jeho smrti;
- využívá týmový interdisciplinární přístup při řešení pacientových mnohostranných potřeb;
- snaží se pozitivně ovlivnit kvalitu života a přitom může také příznivě ovlivňovat průběh základního onemocnění;
- je aplikovatelná již v časných stadiích závažné nemoci současně s léčebnými modalitami zaměřenými na prodloužení života. Důležitou součástí paliativní péče jsou také vyšetření, která mohou přispět ke zjištění příčiny a účinné léčbě obtížných komplikací základního onemocnění.

Termíny „paliativní péče“ a „paliativní léčba“ se v současnosti v ČR užívají v různých významech a kontextech. To může snadno vést k nedorozuměním mezi zdravotníky, ale také mezi zdravotníky a pacienty a jejich rodinami. Obsah paliativní péče bývá často vymezen převážně „negativně“, jako výčet činností a postupů, které již u pacienta v paliativní péči „nejsou indikovány“ (tj. paliativní péče – už nedělat nic, co by vedlo k prodloužení života: NE kardiopulmonální resuscitace, NE intubace a umělá plicní ventilace, NE profylaxe tromboembolické nemoci, NE přijetí na akutní oddělení nebo JIP, NE parenterální výživa, NE krevní transfuze, NE drahá antibiotika atd.). Paliativní péče v tomto pojetí znamená především dostatek analgetik, anxiolytik a antidepresiv a laskavou ošetrovatelskou péči. Je zřejmé, že tento velmi zjednodušený a někdy až „nihilistický“ přístup k paliativní péči může snadno pacienty připravit o možnosti, které by významným způsobem ovlivnily kva-

litu a někdy i dobu jejich života. V posledních 15 letech došlo ve světě k významnému posunu v chápání obsahu paliativní péče. Především se ukazuje, že model multidisciplinární péče zaměřené na zmírnění nepříjemných symptomů nemoci a na komplexní podporu pacienta a jeho rodiny je aplikovatelný a pro pacienta prospěšný již v mnohem časnějších stádiích závažných chronických onemocnění, a to současně s léčbou zaměřenou na ovlivnění základního onemocnění. Paliativní péče by tedy neměla být nabízena až v posledních týdnech a dnech života, když byly vyčerpány všechny ostatní léčebné možnosti. Paliativní přístupy by měly být součástí péče od okamžiku stanovení diagnózy nevléčitelného, potenciálně život ohrožujícího onemocnění.

Druhý posun v chápání paliativní péče se týká vymezení diagnóz, pro které je paliativní přístup relevantní. Z původního téměř výlučného zaměření na onkologické pacienty je v poslední době mnohem větší pozornost věnována pacientům s chronickými neonkologickými chorobami (např. chronické srdeční selhání, CHOPN, neurodegenerativní onemocnění, syndrom demence). I tito pacienti trpí život ohrožujícím, kauzálně nevléčitelným onemocněním a trpí řadou obtíží v oblasti somatické i psychosociální. Tito pacienti tedy mají potřebu paliativní péče. Její formy a trvání se však mohou lišit od paliativní péče u pacientů onkologických. Obě výše popsané proměny v chápání paliativní péče jsou obsaženy v nejnovější definici paliativní péče Světové zdravotnické organizace.

## 1.2 Paliativní péče v kardiologii

Přestože je úmrtí na kardiální příčinu u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním pravděpodobné, není zatím v našich podmínkách obvyklé, aby lékaři s pacienty otevřeně diskutovali otázky prognózy a preferencí ohledně léčby a péče v závěru života. Rovněž na straně pacientů, přestože si uvědomují postupné zhoršování celkového zdravotního stavu, pozorujeme velkou zdrženlivost v komunikaci o tématech závěru života. Tato zdrženlivost a rozpaky na straně zdravotníků i pacientů jistě souvisí s objektivní složitostí odhadu dalšího průběhu onemocnění a individuální prognózy u konkrétního kardiologického pacienta. Situace je zde výrazně odlišná např. od pacientů s pokroči-

lým nádorovým nebo neurodegenerativním onemocněním, u kterých lze poměrně spolehlivě identifikovat terminální fázi nemoci a stanovit diagnózu „umírání“ a podle toho péči klinicky a organizačně nastavit (např. předáním pacienta do mobilní nebo lůžkové hospicové péče). Role paliativní péče v rámci komplexní kardiologické léčby má svá specifika vyplývající z klinického průběhu kardiálních onemocnění, ale také z dynamicky se rozvíjejících metod moderní kardiologie. Základní principy paliativní péče v kardiologii se týkají následujících oblastí:

### 1.2.1 Individuální přístup

Důležitým nástrojem dobré paliativní péče je individuální léčebný plán. Ten by měl kromě standardních biomedicínských prediktivních a prognostických faktorů zohlednit pacientův osobní „kontext“ (příběh). U pacienta s pokročilým chronickým onemocněním jsou indikované takové léčebné postupy a intervence, které vedou k dosažení cílů, jež jsou pro pacienta významné (např. zlepšení funkční zdatnosti, což umožní účast na aktivitách, které pacienta těší; prodloužení života v přijatelné kvalitě), a to za cenu/rizika, která jsou pro pacienta přijatelná. Je zřejmé, že individuální plán péče je možné s pacientem vytvořit pouze v případě, že pacient dobře rozumí své klinické situaci a lékař dobře rozumí jeho přáním, aspiracím a preferencím.

Komunikační rámec pro diskusi o individuálním plánu paliativní péče může být vymezen následujícími otázkami (volně podle S. Blocka):

- Jak rozumíte své aktuální zdravotní situaci a jejím důsledkům?
- Z čeho máte obavy? V co doufáte?
- Jak byste si představoval naši péči, pokud by se Váš stav zhoršil?
- Jakou zátěž/riziko jste ochoten podstoupit a jakou naopak ne?

### 1.2.2 Hodnocení a léčba symptomů

Nejlepší léčba nepříjemných symptomů (např. dušnost, stenokardie, bolest, otoky) je vždy léčba kauzální, takže možnosti kauzální léčby bychom měli vždy zvažovat. V pokročilých stádiích onemocnění srdce taková kauzální léčba často není možná. Zásadní význam má v těchto fázích pravidelné hodnocení a „symptomatická“ farmakologická i nefarmakologická léčba různých forem dyskomfortu (např. morfin při léčbě dušnosti, podporná psychoterapie při úzkosti a nespavosti atd.).

### 1.2.3 Racionální využití život prodlužujících a život udržujících léčebných intervencí

Součástí individuálního léčebného plánu by měla být rozhodnutí o využití nebo nevyužití život prodlužujících léčebných metod a orgánových náhrad, a to především tam, kde je selhání jednoho nebo více orgánů rámcově očekávatelné. Pacienti, kteří jsou schopni svou situaci pochopit a vyjádřit svá přání, by se na takovém rozhodování měli sami podílet. V některých případech můžeme pacienty povzbudit, aby pro případ, že by rozhodovací schopnost v budoucnu ztratili, sepsali tzv. „dříve vyslovená přání“. U pacientů nekompetentních bychom se měli snažit rozhodovat v jejich „nejlepším zájmu“ a v konsenzu s jejich rodinou (blízkými). Při zvažování o nenasazení, popř. vysazení některé z léčebných modalit je třeba zcela konkrétně zvažovat vliv na délku a kvalitu života (symptomovou zátěž, „kvalitu umírání“). Paliativní přístup je v zásadní polemice s alibistickým využíváním invazivních metod (např. intubace a UPV) u pacientů v závěru života, u kterých v důsledku této orgánové podpory dochází pouze k nedůstojnému prodlužování procesu umírání.

## 1.3 Závěr

Paliativní péče se nesmí stát eufemistickým označením pro odpírání léčebných postupů (např. kardiostimulátorů nebo ICD) u pacientů, kteří jsou sice staří a polymorbidní, ale kteří by z nich přesto zřetelně profitovali. Paliativní péče v kardiologii vytváří prostor, ve kterém můžeme s pacienty a jejich rodinami o přínosech a rizicích moderních technologií poučeně hovořit v kontextu jejich hodnot a životních příběhů.

## Literatura

- Harvard Medical School, Boston. The Conversation Project, <http://theconversationproject.org/> (2017, accessed 5 June 2017).
- WHO. National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines (2nd edition). World Health Organisation, Geneva, <http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/> (2002, accessed 5 June 2017).