***Výtah z článku:***

Článek pojednává o třech tématech u lidí s rakovinou. Prvním je symptomatická zátěž a její dopad na kvalitu posledních dní života pacientů. Druhé téma se věnuje výživě v posledních dnech života, převážně zda nedostatek či umělá výživa mění kvalitu posledních dní života. Třetí téma je hydratace, a zda také ona zlepšuje poslední dny a zda by se měla uměle podávat. Populaci v uvedených výzkumech tvoří pacienti s různým typem rakoviny v posledních dnech života. Pacienti s pokročilou rakovinou často pociťují úzkost, která může ovlivnit jejich příjem jídla a tekutin. V posledních týdnech je u nich zaregistrován velký pokles příjmu potravy i tekutin, který může být způsoben ztráty touhy po jídle, obtížným polykáním, nevolností, ale i právě depresemi či úzkostným stavem. Pacienti jsou často v kachektickém stavu a odkázání na ošetřující personál. Ten je postaven, před těžkou volbu, kdy pacientovi podávat potravu orální cestou nebo zda zprostředkovat umělou výživu. Článek poukazuje, že věrohodných výzkumů v této oblasti je málo a zdůrazňuje potřebu dalších výzkumů. Každopádně výsledkem je, že umělá výživa se nedoporučuje kvůli její invazivní povaze a možných komplikacích při aplikaci. Zatímco umělá hydratace může být zvážena případ od případu. Ve výzkumech zabývajících se problematikou umírajících pacientů je mnoho metodologických problémů. U pacientů se často rozvine delirium, tudíž se zhoršuje komunikace. Nejsou například schopni hlásit příznaky a musí se používat náhradní hodnocení skrze zdravotnický personál nebo rodinu pečující o pacienta. Kliničtí lékaři však často podhodnocují zátěž symptomů, zatímco pečovatelé často nadhodnocují intenzitu symptomů. Dalším problémem je, že načasování smrti je obtížné předvídat, takže není jasné, kdy zahájit sběr dat. Také jsou významné rozdíly ve studijních populacích. V neposlední řadě výzkum může ovlivnit i nedostatek vyšetřovatelů, struktura výzkum nebo financování. Nemalá část článku se zabývá symptomatickou zátěží. Autor zde vypsal několik výzkumů z různých zemí (Italie, Nový Zéland Španělsko, Kanada, Korea). Vždy se jednalo o skupinu 100 - 400 pacientů, kteří trpěli rakovinou a byli v posledních dnech života. V procentech se studie mírně liší, ale všechny potvrzují nejčastější symptomy u studované populace. Jsou jimi únava, zmatenost, hubnutí, neklid, bolest, dušnost, dysfagie, úzkost, inkontinence, nauzea, hlučné dýchání, nechutenství a dále. Na celkovém výčtu problémů, které trápí pacienty, je vidět, že je potřeba paliativní péči dále rozvíjet, aby mohla co nejvíce zlepšit kvalitu posledních dnů umírajících pacientů. Je potřeba, aby komunikace zdravotnického personálu s pečujícími osobami byla co nejlepší a obsahovala veškeré podrobné informace, které jsou potřeba k lepší péči o pacienta. Dopad příznaků na výživu a hydrataci je markantní. Hlavními faktorem je hubnutí. S blížící se smrtí se často zhoršují příznaky jako anorexie, dysfagie, slabost či zmatenost. Mohou přímo nebo nepřímo ovlivnit snížení perorálního příjmu, dehydrataci a úbytek hmotnosti. Navíc pacienti v posledních dnech života často mají kachexii se zánětlivou odpovědí, hypermetabolismem a celkovým katabolickým stavem, což vede k dalšímu úbytku hmotnosti. Úbytek hmotnosti je velkým problémem. Zlepšení hmotnosti často trvá týdny, i když se pacienti vyskytují v dřívějších stadiích kachexie. Bohužel anorexie-kachexie je spojena s kratší délkou života a je nepravděpodobné, že by léčba tohoto symptomu, i kdyby byla úspěšná, měla jakýkoli smysluplný dopad na přežití kvůli progresivní rakovině. Další část článku se věnuje roli umělé výživy a umělé hydratace. Mnoho lékařů se neshodnou, zda je podání umělé výživy v nejlepším zájmu pacienta. Podle systematického přehledu o umělé výživě u pacientů s paliativní péčí nebyly zjištěny žádné kontrolované studie. Většina studii se odehrávala během měsíců a ne dnů. Vědci se shodli, že neexistují dostatečné důkazy, aby bylo možné učinit doporučení ohledně umělé výživy na konci života. Další systematický přehled také zdůraznil nedostatek důkazů na podporu toho, že umělá výživa může zlepšit přežití nebo kvalitu života. Hlavní problém je v invazivní povaze. Může způsobit značné komplikace. Nežádoucí účinky spojené s enterálním krmením zahrnují bolest a krvácení v místě zavedení, ucpání trubice, průjem, zácpu, aspiraci, nedostatek elektrolytů, hyperglykémii, syndrom doplňování potravy a syndrom podávání sondou. Parenterální výživa je také spojena s mnoha komplikacemi, jako je sepse, hypoglykemie, hyperglykémie, jaterní dysfunkce, abnormality elektrolytů, objemové přetížení a cholecystitida. Dalším problémem je potřeba častého sledování a nákladů. Směrnice Evropské společnosti pro klinickou výživu a metabolismus (ESPEN) z roku 2006 doporučila být proti podávání enterální výživy pacientům s nevyléčitelnou rakovinou. Je zde však podmínka na délku života pacientů a to 2 – 3 měsíce, zde se může uvažovat o podání umělé výživy. Prognostické kritérium je založeno na pozorování, že zdravý jedinec může žít 2–3 měsíce bez makronutrientů. V neposlední řadě se článek zabývá rolí umělé hydratace v posledních dnech života. Umělá hydratace může být podávána enterálně, subkutánně, intravenózně nebo rektálně. Zastánci umělé hydratace uvedli, že se jedná o základní lidské právo, že hydratace může zmírnit některé nepříjemné symptomy (žízeň, suchost), se kterými se pacienti potýkají. Může snížit komplikace bez významného prodloužení procesu umírání a zlepšit vztahy s rodinnými pečovateli, kteří si často umělou hydrataci přejí. Odpůrci umělé hydratace se domnívají, že hydratace může zvýšit riziko komplikací (otoky, výpotek). Může představovat zátěž v podobě častého nucení močit. Podle nich nezlepšuje kvalitu života a není potřeba u pacientů, kteří si nestěžují na žízeň. Dokonce může narušit přirozený proces umírání. Názory i literatura o umělé hydrataci je smíšená. Zatím studie neposkytly definitivní důkazy na podporu jejího využívání. Některé říkají, že umělá hydratace může zmírnit některé symptomy jako delirium, únava či zmatenost. Ovšem i zde by bylo potřeba více výzkumů a ucelenější informace. Pacienti a pečovatelé často vnímají umělou výživu a hydrataci jako prospěšné, zatímco zdravotníci se obávají jejich vedlejších účinků. Na konci článek zmiňuje, jak by měl vypadat přístup k hydrataci a výživě v posledních dnech života. Lékaři by měli vést upřímné diskuse s pacienty a rodinami o prognóze a cílech péče. Pacienti mají často symptomy, které jim ztěžují nebo znemožňují přísun výživy. Pacienti by se neměli cítit provinile za to, že nemohou jíst nebo pít. A neměli by být krmeni násilím. Pokud je to žádoucí, mohou pacienti zkusit jíst nebo pít malé množství orálně. Mohou být přijata aktivní opatření k léčbě jakýchkoli potenciálních symptomů nebo komplikací ovlivňujících výživu. Je nutno normalizovat reakci pečovatelů a poskytnout dlouhodobé poradenství a vzdělání. Lékaři se tedy shodli, že umělou hydrataci lze tedy u vybraných pacientů zvážit po pečlivém projednání rizik, přínosů a cílů péče. Umělá výživa se nedoporučuje. To bych shrnula jako základní myšlenkou článku a také poukázání na potřebu dalšího výzkumu v této oblasti.