



# III ZJAZD

POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
MEDYCYNY PALIATYWNEJ

PROGRAM  
STRESZCZENIA



ŁÓDŹ, 6-8.10.2011

Landel's  
HOTEL ŁÓDŹ

## Program III Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Łódź, 6–8 października 2011 r.

	czwartek, 6 października		piątek, 7 października
<b>Warsztaty</b>	<b>15.30–17.30</b>	<b>Sesja otwierająca</b>	<b>9.00–11.00</b>
Sala 1. <b>Problemy przystosowania do kryzysu choroby</b> – możliwości pomocy – prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko		Powitanie	5 min
		Wystąpienia oficjalne	30 min
		Wręczenie Dyplomu Honorowego Członkostwa PTMP	10 min
Sala 2. <b>Leczenie bólu w chorobie nowotworowej</b> <b>w oparciu o najnowsze standardy</b> – dr Małgorzata Sokalszczuk		prof. Robert Twycross <i>Symptom Management Revisited</i>	45 min
Sala 3. <b>Praktyczne zastosowanie bifosfonianów w opiece paliatywnej</b> – dr Wojciech Rolski, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa, Ośrodek Hospicjum Domowe		dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz <i>Opieka paliatywna w Polsce w liczbach</i>	20 min
		Dyskusja	10 min
		Przerwa na kawę / Sesja plakatowa	11.00–11.30
Sala 4. <b>Podstawy Evidence Based Medicine w medycynie paliatywnej</b> – dr n. med. Tomasz Dzierżanowski		<b>Sesja 1.</b>	<b>11.30–12.45</b>
		dr n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek <i>Leczenie bólu u pacjenta z chorobą nowotworową</i> – zazwyczaj skuteczne, ale nie zawsze. <i>Z czego wynikają główne trudności?</i>	30 min
Sala 5. <b>Zastosowanie Methadonu w walce z bólem przewlekłym w opiece paliatywnej.</b> <b>Studium przypadków</b> – dr n. med. Mariola Lembas-Sznabel, dr n. med. Wojciech Leppert		dr n. med. Małgorzata Krajnik <i>Leczenie bólu opornego na opioidowe leki przeciwbólowe</i>	30 min
		Dyskusja	10 min
Sala 6. <b>Leczenie odleżyn u pacjentów z chorobą nowotworową</b> – mgr piel. Małgorzata Budynek, mgr piel. Sylwia Rogowska		Lunch/Sesja plakatowa	12.45–13.30
Sala 7. <b>Leczenie żywieniowe w opiece paliatywnej</b> – dr n. med. Marek Kunecki, Centrum Leczenia Żywieniowego, Łódź		<b>Sesja 2.</b> <b>Sesja sponsorowana firmy Nycomed</b> dr n. med. Jerzy Jarosz <i>Rozpoznawanie i leczenie bólów przebijających</i>	<b>13.30–14.45</b>
<b>Walne Zebranie Członków PTMP</b>	<b>18.00–20.00</b>	prof. Andrew Davies <i>The role of Instanyl in the management of breakthrough cancer pain</i>	
Sala Konferencyjna, Hotel Andel's		dr Jarosław Woron <i>Farmakokinetyczne uwarunkowania stosowania donosowego fentanylu w leczeniu bólu przebijającego</i>	
<b>Koktajl powitalny</b>	<b>20.00–22.00</b>	Wiesława Juraszek <i>Bóle przebijające – przełom w leczeniu. Opis przypadku</i>	
Muzeum Miasta Łodzi, Ogrodowa 15			

<b>Sesja 3.</b> dr n. med. Jadwiga Pyszkowska <i>Adekwatność weralizacji bólu a jego pomiar kliniczny</i>	<b>14.45–16.10</b> 25 min	dr n. med. Marcin Janecki <i>Neuropatyczny ból nowotworowy – problemy diagnostyczne i terapeutyczne w świetle najnowszych zaleceń i rekomendacji</i>	25 min
dr n. med. Jerzy Jarosz <i>Przerzuty nowotworowe do kości – wyzwania dla medycyny paliatywnej i medycyny bólu</i>	25 min	Dyskusja	10 min
prof. dr hab. med. Jerzy Wordliczek <i>Inwazyjne techniki leczenia bólu – pro i kontra</i>	25 min	<b>Sesja 7.</b>	<b>11.55–13.40</b>
Dyskusja	10 min	dr n. med. Aleksandra Modlińska <i>Problemy kontroli glikemii u chorych w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej</i>	25 min
Przerwa na kawę/Sesja plakatowa	16.10–16.40	dr n. med. Wojciech Leppert <i>Patomechanizm i leczenie nudności i wymiotów u chorych na nowotwory</i>	25 min
<b>Sesja 4.</b> prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko <i>Nowe aspekty poprawy jakości życia u pacjentów w opiece paliatywnej</i>	<b>16.40–18.05</b> 25 min	dr n. med. Anna Orońska <i>Intensywna terapia i opieka paliatywna – czy mają ze sobą coś wspólnego?</i>	25 min
dr hab. n. med. Tomasz Dangel <i>Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci</i>	25 min	dr n. med. Andrzej Stachowiak <i>Sedacja w praktyce klinicznej</i>	25 min
prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak <i>Czy tylko słowa? Narracja w opiece paliatywnej</i>	25 min	Dyskusja	10 min
Dyskusja	10 min	Lunch/Sesja plakatowa	13.40–14.25
Spotkanie towarzyszące „Wieczór Czterech Kultur”	20.30	<b>Sesja 8.</b> dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko <i>Asystowana dializa otrzewnowa jako terapia paliatywna przewlekłej niewydolności nerek i serca</i>	<b>14.25–15.50</b> 25 min
<b>sobota, 8 października</b>			
<b>Sesja 5.</b> <b>Sesja sponsorowana Firmy Cephalon</b> prof. Andrew Davies, Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust <i>Breakthrough pain: the ART of management</i>	<b>8.30–9.40</b>	dr n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek <i>Skuteczne i bezpieczne leczenie bólu u pacjentów z chorobą nowotworową – czy interakcje lekowe mają znaczenie?</i>	25 min
dr Elwira Góraj, dr n. med. Jerzy Jarosz Centrum Onkologii w Warszawie <i>Dylematy w diagnostyce i terapii bólu nowotworowego</i>		dr n. med. Małgorzata Krajnik <i>Nowe spojrzenie na leczenie objawowe duszności</i>	25 min
Dyskusja	10 min	Dyskusja	10 min
Przerwa	5 min	<b>Sesja 9. Sesja prac zgłoszonych, cz I.</b>	<b>15.50–17.20</b>
<b>Sesja 6.</b> prof. John Zeppetella <i>Evidence-Based Guidelines for the Use of Opioid Analgesics in the Treatment of Cancer Pain: the EAPC Recommendations</i>	<b>9.45–11.25</b> 40 min	<b>Przerwa</b>	<b>17.20–17.40</b>
dr n. med. Tomasz Dzierżanowski <i>Lek z wyboru w leczeniu bólu nowotworowego w świetle EBM i najnowszych wytycznych</i>	25 min	<b>Sesja 10. Sesja prac zgłoszonych, cz II.</b>	<b>17.40–18.30</b>
		<b>Podsumowanie i zakończenie Zjazdu</b>	<b>18.30–19.00</b>
		<b>Kolacja pożegnalna</b>	<b>20.30</b>



## Leczenie objawów

Robert Twycross, DM, FRCP

Emeritus Clinical Reader in Palliative Medicine,  
Oxford University

Opieka paliatywna to aktywna całościowa opieka nad pacjentem z zaawansowaną, postępującą chorobą. Jest ona skoncentrowana bardziej na pacjencie niż na chorobie i obejmuje zarówno leczenie objawów fizycznych, jak i zapewnienie wsparcia psychologicznego i duchowego. Najlepiej sprawowana jest poprzez zespoły wielodyscyplinarne. Opieka paliatywna ani w zamierzeniu nie przyspiesza, ani też nie odwleka momentu śmierci. Jej celem jest możliwie najlepsza jakość życia pacjentów i ich rodzin. Zasadniczą rolę odgrywa dobra komunikacja.

Aby osiągnąć maksimum korzyści, potrzebne jest podejście systematyczne i naukowe:

- *ocena*: rozpoznaj przyczynę(y) każdego objawu,
- *wyjaśnienie*: wyjaśnij pacjentowi, co proponujesz zrobić i dlaczego,
- *leczenie*: zindywidualizuj terapię,
- *monitorowanie*: utrzymuj kontrolę skuteczności leczenia,
- *baczenie na szczegóły*: nie przyjmuj założeń bez gwarancji.

*Ocena* jest oparta na prawdopodobieństwie (powszechne przyczyny są bardziej prawdopodobne) i rozpoznaniu typowego obrazu. Objawy mogą być wywołane przez leczenie, ogólne osłabienie lub współistniejącą inną chorobę, jak również przez chorobę pierwotną. Jedne objawy mają różne mechanizmy wywołujące, inne zaś spowodowane są przez wiele czynników.

*Wyjaśnienie* przez lekarza przyczyn objawów często zmniejsza ujemny wpływ psychologiczny na cierpiącego i zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania reżimu przyjmowania leków.

*Leczenie* obejmuje leki oraz inne środki „odwracające to co odwracalne”. Mimo że choroba podstawowa nie może być wyleczona, poprzez przyjęcie podejścia wielokierunkowego z reguły możliwe jest uzyskanie znaczącej, a czasem pełnej ulgi. Cele jednakże powinny być realistyczne. Tak więc w przypadku przewlekłej częściowej niedrożności przewodu pokarmowego, lepsze jest zwykle zmniejszenie częstości wymiotów do 1–2 razy na dzień, zamiast próby pełnego ich wyeliminowania.

Leki stosowane w leczeniu objawów uporczywych powinny być podawane regularnie na zasadzie profilaktyki. Stosowanie leków wyłącznie „w razie potrzeby” jest przyczyną niepotrzebnego cierpienia. Czasami głównym celem leczenia objawowego jest pomoc pacjentowi (i jego rodzinie) w zaakceptowaniu nieodwracalnych ograniczeń fizycznych schyłkowej fazy choroby, w szczególności w odniesieniu do anoreksji, utraty masy ciała, osłabienia i znużenia.

*Monitorowanie* jest kluczowe. Często nie jest możliwe przewidzenie optymalnej dawki opioidów, leków przeciwszczepających czy psychotropowych i konieczne okazuje się dostosowywanie dawki. Niepożądane (uboczne) działania mogą grozić niestosowaniem się przez pacjenta do zaleceń.

*Baczenie na szczegóły* jest równie ważne w odniesieniu do pozafizycznych aspektów opieki; wszystkie objawy ulegają zaostrzeniu podczas lęku i strachu.

Sukces w leczeniu objawowym jest bardziej prawdopodobny, jeśli zespół:

- docenia fakt, że ból i inne objawy są zjawiskiem psychosomatycznym, to znaczy są modulowane przez nastrój i morale pacjenta,
- starannie ocenia przyczyny objawu,
- właściwie łączy środki nefarmakologiczne i leki,
- stosuje właściwe leki we właściwych dawkach we właściwych odstępach czasu,
- jest świadomy znacznej zmienności zakresu skutecznych dawek leków objawowych,
- jest świadomy, że niektóre typy bólu słabo odpowiadają na leczenie opioidami, i obeznany ze stosowaniem różnych analgetyków adiuwantowych,
- zna różne klasy środków przeciwwymiotnych i przeciwszczepających i zna zasady wyboru.

## Opieka paliatywna w Polsce w liczbach

Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii,  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Na podstawie analiz przygotowywanych dla Parlamentu Europejskiego oraz *Atlasu Opieki Paliatywnej w Europie* Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej. Zawdzięczamy to dużej liczbie hospicjów domowych.

W 2011 r. w Polsce funkcjonuje ok. 442 podmiotów prowadzących działalność w zakresie opieki paliatywnej. Jest to 415 jednostek mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej oraz ok. 27 niemających kontraktu, lecz działających w ramach jednostek niepublicznych (organizacje pozarządowe). Największa liczba jednostek, które podpisały umowy z NFZ, znajduje się w województwie śląskim – 47, mazowieckim – 46, wielkopolskim – 43. Najmniej takich jednostek jest w województwie opolskim – 11, świętokrzyskim – 11, podlaskim – 13, lubuskim – 15.

Nakłady przeznaczane ze środków publicznych na świadczenia z opieki paliatywnej w 2011 r. wynoszą 291 456 109 zł (dane sierpień). Środki pochodzące z innych źródeł (organizacje pozarządowe oraz samorządy terytorialne) nie są znane. Jakkolwiek kwoty przeznaczane na te świadczenia corocznie nieznacznie się zwiększają, to jednak są województwa, gdzie nie tylko nie ma wzrostu nakładów, lecz nawet można zaobserwować spadek. Istnieją znaczne różnice w wysokości środków w poszczególnych województwach – najmniejsze (poniżej 9 mln zł) są w województwie podlaskim, zachodniopomorskim, lubuskim, opolskim, największe (powyżej 37 mln zł) w województwie wielkopolskim i mazowieckim. W przeliczeniu na jednego mieszkańca najniższe kwoty przeznaczono w województwie zachodniopomorskim – 4,29 zł, lubelskim – 5,75 zł, podlaskim – 5,94 zł, najwyższe w województwie kujawsko-pomorskim – 11,21 zł, wielkopolskim – 11,16 zł. Wartości te są niewystarczające zarówno w wycenie osobodnia, jak liczbie zakontraktowanych świadczeń. Najbardziej deficytowa jest opieka stacjonarna.

Na podstawie przeprowadzonych analiz wiadomo, że należy dążyć do zwiększenia nakładów na opiekę paliatywną o ponad 30% w zakresie wartości osobodnia.

Do połowy 2011 r. specjalizację z medycyny paliatywnej uzyskało 253 lekarzy, jednak ok. 80% specjalistów pracuje w jednostkach opieki paliatywnej, ponad 100 osób jest w trakcie specjalizacji. Zapotrzebowanie w tym zakresie szacuje się na ok. 1000 specjalistów.

## Skuteczne i bezpieczne leczenie bólu u pacjentów z chorobą nowotworową – czy interakcje lekowe mają znaczenie

Aleksandra Kotlińska-Lemieszek

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Właściwy dobór leków, dawek i systematyczne monitorowanie efektów leczenia stanowi podstawową zasadę skutecznego i bezpiecznego leczenia bólu u pacjentów z chorobą nowotworową. Odpowiedź na leczenie jest uzależniona od rodzaju bólu, uwarunkowanej m.in. genetycznie podatności na opioidy i adiuwanty analgetyczne, istnienia szeregu zjawisk związanych z długotrwałym charakterem bólu i przewlekłą terapią, takich jak hiperalgezia poopioidowa i tolerancja na opioidy. Pacjenci w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej są szczególnie narażeni na wystąpienie objawów ubocznych leków i niepożądanych interakcji, co jest związane z (najczęściej) podeszłym wiekiem, odwodnieniem, obniżonym poziomem białek w surowicy, zaburzeniami czynności nerek i wątroby; również z przyjmowaniem wielu leków w celu zwalczania dokuczliwych objawów związanych z chorobą nowotworową i chorobami współistniejącymi. W badaniach różnych autorów pacjenci ośrodków hospicyjnych otrzymywali średnio 5–10 leków. Pomędzy stosowanymi u pacjenta lekami powstaje sieć złożonych zależności. Leki modyfikują wzajemnie swoje działanie poprzez oddziaływanie na ten sam receptor lub efektor, a także poprzez wpływ na wszystkie etapy farmakokinetyki, poczynając od absorpcji do fazy eliminacji. Wiedza na ten temat jest nadal bardzo fragmentaryczna, oparta na badaniach eksperymentalnych *in vitro*, badaniach z udziałem ochotników, nielicznych badaniach przeprowadzonych w warunkach klinicznych i pojedynczych doniesieniach kazuistycznych. W przeszłości szczególną uwagę poświęcano interakcjom na etapie absorpcji leków, wiązania z białkami surowicy oraz wydalania z organizmu. Badania i obserwacje ostatnich lat wskazują, że większość interakcji farmakokinetycznych istotnych klinicznie zachodzi na poziomie procesów metabolicznych i dotyczy leków, które podlegają przemianom przy udziale cytochromu P450 (większość opioidów i leków adiuwantowych). W ostatnim okresie coraz więcej uwagi poświęca się roli białek transportujących leki przez błony biologiczne, szczególnie glikoproteinie P. Większość leków opioidowych stanowi substraty tej glikoproteiny (podobnie jak innych, mniej poznanych, białek transportujących),

która determinuje wysokość frakcji leku zaabsorbowanego z przewodu pokarmowego, przekraczającego barierę krew–mózg, a także wydalanego z organizmu przez nerki. Większość enzymów metabolizujących leki, podobnie jak i białka transportujące, wykazuje istotne (m.in. uwarunkowane genetycznie) zróżnicowanie aktywności, co obok interakcji lekowych stanowi o znacznej zmienności odpowiedzi na leczenie.

Na wykładzie zostaną przedstawione podstawowe czynniki wpływające na farmakokinetykę i działanie leków opioidowych oraz poznane interakcje o potencjalnie istotnym znaczeniu dla kliniki.

## Nowe spojrzenie na leczenie objawowe duszności

Małgorzata Krajnik

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum  
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja  
Kopernika w Toruniu

Duszność to subiektywne doświadczenie dyskomfortu związanego z oddychaniem, na które składają się różne jakościowo odczucia o różnej intensywności. Duszność w terminalnej fazie niewydolności serca lub przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest bardziej nasiloną niż w populacji chorych na nowotwory i to pomimo leczenia objawowego. Jednakże u pacjentów onkologicznych, a szczególnie tych z rakiem płuca, duszność znacząco i gwałtownie nasila się u schyłku życia. W ostatnim tygodniu życia 80–90% chorych z zaawansowanym rakiem płuca zgłasza duszność, a aż 28% ma duszność o nasileniu  $\geq 7/10$  w skali numerycznej. Dane te dotyczą chorych objętych opieką paliatywną, co wskazuje na to, że objaw ten u schyłku życia stanowi ciągle duże wyzwanie dla specjalistów medycyny paliatywnej i jest niezadowolająco kontrolowany u wielu chorych. Można przewidzieć, że co drugi chory na zaawansowany nowotwór, niezależnie od miejsca pierwotnego, będzie zgłaszał duszność pod koniec życia. Należy więc wypracować optymalną strategię postępowania w leczeniu tego objawu. Biorąc pod uwagę wielorakość mechanizmów i czynników nasilających duszność, niezbędne jest stosowanie różnego typu specyficznych interwencji.

Skuteczne leczenie duszności zależy w dużej mierze od zdiagnozowania mechanizmów odpowiedzialnych za jej wystąpienie oraz rozważenia możliwości stosowania leczenia przyczynowego. W leczeniu objawowym zaleca się uwzględnianie metod, które wpływają na czuciowo-motoryczną integrację ośrodków korowych (np. dostosowanie wentylacji do zapotrzebowania organizmu) wraz z interwencjami w zakresie samej percepcji. Niedawna metaanaliza badań wykazała, że interwencje prowadzone przez pielęgniarki były bardzo skuteczne, szczególnie w łagodzeniu cierpienia i poprawie funkcjonowania chorych na zaawansowanego raka płuca. Ciekawą inicjatywą jest stworzenie w Wielkiej Brytanii zespołów (*Breathlessness Intervention Services* – BIS), które wdrażają elementy rehabilitacji pneumonologicznej w połączeniu z elementami typowymi dla opieki paliatywnej oraz odpowiednią

farmakoterapią. BIS obejmują zarówno chorych na nowotwory, jak i na choroby nienowotworowe, cierpiących z powodu duszności. W przypadku większości chorych na nowotwory BIS prowadzony jest przez specjalistę medycyny paliatywnej we współpracy z fizjoterapeutą i terapeutą zajęciowym. Oprócz interwencji nefarmakologicznych, jedynie stosowanie regularnie małych dawek morfiny doczekało się potwierdzenia w metaanalizach badań klinicznych. Inne, stosowane na podstawie oceny empirycznej metody powinny być oceniane w badaniach klinicznych z randomizacją.

## Asystowana dializa otrzewnowa jako terapia paliatywna przewlekłej niewydolności nerek i serca

Monika Lichodziejewska-Niemierko

Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Medycyny Rodzinnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Niewydolność krążenia jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w populacji europejskiej i amerykańskiej. Nasilające się zaburzenia patofizjologiczne wywołane chorobą serca mogą prowadzić do powstania zespołu sercowo-nerkowego, charakteryzującego się progresją niewydolności serca i narastającą niewydolnością nerek. Dodatkowo w ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się dramatycznie wzrastającą liczbę chorych na przewlekłą chorobę nerek będących w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami towarzyszącymi, w tym wymagających leczenia nerkozastępczego.

U chorych ze schyłkową niewydolnością serca rozwija się odporne na diuretyki przewodnienie, z kolei chorym na schyłkową niewydolność nerek zagraża rozwój zespołu mocznicowego. Hiperwoleミア oraz cechy niewyrównanej niewydolności nerek wiążą się z licznymi objawami pogarszającymi jakość życia tych chorych. Sześciomiesięczne przeżycie wśród tych pacjentów szacuje się na poniżej 50%.

Dializa otrzewnowa jest metodą leczenia nerkozastępczego polegającą na wykorzystaniu błony otrzewnowej jako błony filtracyjnej i zachodzących na niej zjawisk: dyfuzji, która warunkuje zmniejszenie stężenia toksyn mocznicowych, oraz osmozy, która umożliwia odwadnianie chorego. Przez cewnik otrzewnowy, na stałe implantowany do jamy otrzewnowej, podaje się płyn o odpowiednim składzie, który, przebywając przez określony czas, pozwala na dializę cząstek oraz ultrafiltrację nadmiaru płynów. Metoda ta stosowana jest od lat jako alternatywa dla hemodializoterapii, a jej procedury są, po odpowiednim przeszkoleniu, wykonywane na ogół samodzielnie przez pacjentów w domu. Dla chorych w podeszłym wieku oraz pacjentów z niewydolnością serca dializa otrzewnowa ma wiele zalet: leczenie w przyjaznych warunkach domowych, łagodną metodę pozbawioną niestabilności hemodynamicznej, zapewnienie ultrafiltracji otrzewnowej u chorych z opornością na leczenie moczopędne.

Asystowana dializa otrzewnowa polega na zaangażowaniu osób trzecich w wykonywanie procedur dializy otrzewnowej u pacjentów niesamodzielnych. Metodę stosuje się z powodzeniem u chorych w podeszłym wieku we Francji, krajach skandynawskich, Kanadzie, w których dializoterapię otrzewnową prowadzą pielęgniarki środowiskowe w domu pacjenta. W takich krajach, jak Stany Zjednoczone, Polska i Serbia, dializę prowadzą rodziny chorych.

Dializa otrzewnowa u chorych w podeszłym wieku ze schyłkową niewydolnością nerek zmniejsza objawy mocznicy, a u pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca – poprzez stałe odwadnianie – poprawia wrażliwość na diuretyki, zmniejsza częstość hospitalizacji oraz całkowity koszt terapii. Udowodniono, że w obu grupach dializa otrzewnowa poprawia jakość życia, najpewniej, zwłaszcza u pacjentów z niewydolnością serca, nie mając wpływu na przeżycie. W wielu krajach na świecie dializa otrzewnowa jest traktowana jako terapia paliatywna dla chorych z zaawansowaną niewydolnością serca.

Wobec krótkiego przewidywanego przeżycia pacjentów w podeszłym wieku ze schyłkową niewydolnością nerek oraz serca należy rozważyć wyodrębnienie grup pacjentów, u których dializoterapia otrzewnowa byłaby właściwą terapią u kresu życia, u których jej pozytywny wpływ na objawy kliniczne i jakość życia przewyższałby objawy uboczne inwazyjnej terapii. Istotne jest współdziałanie zespołu nefrologiczno-kardiologiczno-paliatywnego, którego celem byłoby ustalenie odpowiedniego do stanu pacjenta sposobu postępowania, eliminującego terapie uporczywe.

## Adekwatność werbalizacji bólu a jego pomiar kliniczny

Jadwiga Pyszkowska

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
Poradnia Leczenia Bólu, Poradnia Medycyny Paliatywnej, SP Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Ból przewlekły, w tym u osób z zaawansowaną chorobą nowotworową, z różnych przyczyn etiopatogenetycznych jest powszechnym zjawiskiem. Ból przewlekły to choroba (zespół chorobowy), która wymaga rozpoznania jego patogenezы, cech ilościowych i jakościowych. Postępowanie określające rodzaj bólu determinuje skuteczność leczenia przez wybór odpowiedniej metody kontroli bólu. Mimo że doznania bólowe oceniane są przez samego chorego, w badaniach algometrycznych korzysta się z naukowych metod oceny bólu i metod pomiaru jakości życia chorych z bólem ostrym i przewlekłym. Pomiar bólu ilościowy i jakościowy jest znaczącą perspektywą dla skutecznej kontroli bólu.

W nielicznych badaniach teoretycznych i klinicznych okazało się, że ocena jakościowa z werbalizacją bólu jest adekwatna do jego patomechanizmu i użyteczna dla osiągnięcia skutecznej kontroli bólu przewlekłego. Należy rozważać takie podejście, mające na celu badanie bólu ze



szczególным naciskiem na oddzielanie aspektów ilościowych i jakościowych. Pacjent ocenia swoje cierpienie subiektywnie. Dzieje się tak, ponieważ na ocenę mają wpływ przede wszystkim próg czucia bólu oraz próg tolerancji na niego. Im są one niższe, tym chory będzie bardziej cierpiał. Duże znaczenie w odbiorze i ekspresji bólu mają także zarówno cechy etniczne i kulturowe, jak i uczucia, wyuczone reakcje i wychowanie. Wykazały one, że w jego patomechanizmie biorą udział zjawiska: nocycepcji, percepcji, świadomości cierpienia i zachowań bólowych (behawior bólu). Zachowania bólowe mogą przybierać formę werbalnej i niewerbalnej ekspresji, stając się językiem przeżywania bólu i cierpienia, za pomocą którego chory komunikuje się z otoczeniem.

Metody badania bólu przewlekłego podlegają ciągłej modyfikacji i rozwojowi, mogą też stanowić jedną z podstaw rozpoznawania przyczyny choroby oraz bólu. Oceniając ból, należy pamiętać, że istnieje różnica między doznaniem i zachowaniem bólowym a słownym opisem bólu. Pomiar zjawiska na podstawie wypowiedzi osoby badanej jest bardzo trudny ze względu na złożone zależności między bólem przewlekłym a osobowością człowieka. Niemniej psychologiczne metody pomiaru bólu, posługując się samooceną przedstawioną przez pacjenta, pomagają ustalić przyczynę bólu. Monitorują jego natężenie w celu ustalenia czynników wpływających na jego zmienność. Za pomocą pomiarów psychometrycznych oceniają metodę leczenia, określając zmiany charakteru bólu, jego natężenia i umiejscowienia. To z kolei wspomaga ocenę skuteczności zastosowanych metod leczenia.

Podjęto kolejne badania metod subiektywnych, opartych na informacjach werbalnych i niewerbalnych opisujących cechy kliniczne bólu, uzyskanych od osób cierpiących na bóle przewlekłe. Metody samooceny bólu polegały na określeniu jego jakości przez chorego. Materiał i metody: Natężenie bólu (NRS) oraz jakość bólu (Arkuszy Oceny Bólu opr. K. Sz.) mierzono u 72 pacjentów z chorobą nowotworową objętych opieką ambulatoryjną. Grupę badaną podzielono według doznań bólu nocyceptywnego i nienocyceptywnego. Oceniano również u pacjentów poziom przygnębienia testem Becka. Wyniki: Średnie natężenie bólu wynosiło 5,8 NRS. Czas trwania choroby nie był skorelowany z jakością i natężeniem bólu. Pacjenci z bólem neuropatycznym werbalizowali w przymiotnikach skorelowanych z natężeniem bólu. Intensywność bólu była skorelowana jedynie w grupie doznań sensorycznych. Jakość bólu była dodatkowo związana z wyższą punktacją testu Becka. Wnioski: Ból przewlekły należy oceniać w sposób wielowymiarowy. Dalsze badania powinny być skierowane na dostosowanie istniejących modeli przewlekłego zespołu bólowego.

Niewłaściwa ocena i diagnostyka bólu lub też jej zupełny brak prowadzi do nieskutecznej kontroli bólu. Mamy wówczas do czynienia z zespołem bólowym określanym jako trudny do leczenia (uśmierzenia). Bólem trudnym do uśmierzenia w okresie terminalnym może być: ból neuropatyczny, ból przebijający, ból „zapamiętany”, potęgający u chorego obawę i strach przed jego nawrotem. Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia m.in. na drodze skutecznej kontroli bólu totalnego u chorych

u kresu życia z powodu postępującej i wyniszczającej choroby. Uwarunkowana jest ona rozpoznaniem rodzaju bólu, które uzyskuje się za pomocą oceny bólu w kategoriach ilościowych i jakościowych.

## Przerzuty nowotworowe do kości – wyzwanie dla medycyny paliatywnej i medycyny bólu

Jerzy Jarosz

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Oddziałem Medycyny Paliatywnej, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Kości są najczęstszym umiejscowieniem przerzutów nowotworowych. Przerzuty stwierdza się u 85% chorych na raka piersi, prostaty i płuc. U 28–45% z nich są one przyczyną nasilonych bólów. Inne powikłania to: patologiczne złamania kości, hiperkalcemia, ucisk rdzenia kręgowego, upośledzenie funkcji szpiku z różnego rodzaju cytopeniami, konieczność leczenia chirurgicznego i radioterapii. Wszystkie te powikłania, nazywane zdarzeniami kostnymi (ang. *skeletal-related events* – SREs), poważnie ograniczają funkcjonowanie chorych, wywołują dokuczliwe dolegliwości, zmuszają do leczenia szpitalnego.

Występowanie SREs stawia specjalne wyzwania terapeutyczne. Stosowane jest leczenie chirurgiczne, chemioterapia, radioterapia, systemowe podawanie radioizotopów, inwazyjne techniki leczenia bólu, podawanie leków hamujących aktywność osteoklastów (bisfosfoniany, przeciwciała monoklonalne), cementoplastyka trzonów kręgowych, embolizację naczyń tętniczych. Metody te stosowane są jednocześnie z podawaniem analgetyków zgodnie z zasadami drabiny analgetycznej oraz leków uzupełniających stosowanych w leczeniu bólów neuropatycznych. Przerzuty nowotworowe do kości są szczególnym wyzwaniem.

Konieczność uważnej i bezzwłocznej (złamania, ucisk rdzenia) diagnostyki oraz kojarzenia metod leczenia (chirurgia, radioterapia) jest specjalnym wyzwaniem organizacyjnym. Ośrodki wyspecjalizowane w leczeniu objawowym (medycyna paliatywna, medycyna bólu) muszą współpracować z ośrodkami dysponującymi wymienionymi możliwościami leczenia interwencyjnego.

Bóle kostne wykazują specyficzne cechy kliniczne. Charakterystyczna jest względna oporność na leki opioidowe (u ok. 45% chorych), znaczna częstość (do 75% chorych) i dokuczliwość bólów przebijających oraz kliniczne cechy neuropatii u ok. 20% chorych.

Mechanizm powstawania bólów kostnych nie został do końca poznany. Obok mechanicznego drażnienia nocyceptorów (okostna, jama szpikowa) aktywowana jest również sieć unerwienia współczulnego. Drażnienie mechaniczne odpowiada za bóle przebijające wywołane ruchem.

Najważniejszym mechanizmem powodującym ból jest prawdopodobnie zaburzenie homeostazy kości, a przede wszystkim wzmocniona aktywność osteoklastów. W zapobieganiu SREs oraz leczeniu bólów kostnych powszechnie

stosowane są bisfosfoniary hamujące aktywność osteoklastów. Nową terapią jest stosowanie przeciwciała monoklonalnego (Denosumab) specyficznie hamującego tworzenie, aktywację i czas przeżycia osteoklastów.

W powstawaniu i modulacji bólu kostnego biorą udział mediatory zapalenia (prostaglandyny, czynnik wzrostu nerwów – NGF) oraz miejscowa kwasica.

Obserwuje się również zmiany adaptacyjne ośrodkowego układu nerwowego wskazujące na użyteczność blokerów kanałów wapniowych w terapii bólów.

Złożoność problemów związanych z przerzutami nowotworowymi do kości jasno pokazuje, że leczenie musi być kompleksowe i wymaga wielospecjalistycznej współpracy. Lepsze poznanie mechanizmów bólów kostnych pozwala wzbogacać metody leczenia o leki specyficznie ingerujące w poszczególne mechanizmy.

## Zabiegi neurodestrukcyjne w leczeniu bólu – pro i kontra

Jerzy Wordliczek

Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego,  
Uniwersytet Jagielloński

Ból przewlekły ma zazwyczaj bardzo złożony mechanizm powstawania i jest często oporny na leczenie farmakologiczne, dlatego też w jego leczeniu zaleca się postępowanie wielokierunkowe, w którym swoje miejsce mają również blokady i zabiegi neurodestrukcyjne. Rozwój farmakologii i wprowadzenie do leczenia bólu nowych grup leków spowodowało, że w ostatnich latach znaczenie zabiegów neurodestrukcyjnych znacznie zmalało. Nadal jednak u ok. 15–20% chorych istnieją wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia. Głównym wskazaniem są dolegliwości bólowe odporne na rutynowe leczenie, mające ograniczony zakres i wyraźne umiejscowienie. Zadaje się także często pytanie, kiedy zabieg neurodestrukcyjny powinien być wykonany? Niektórzy uważają, że u chorego na nowotwór należy go wykonać dopiero w zaawansowanym okresie choroby, wówczas gdy pacjent jest już leczony silnymi opioidami. Moim zdaniem rację mają ci, którzy zabiegi te wykonują odpowiednio wcześniej, czyli wtedy, kiedy chory zaczyna dopiero odczuwać dolegliwości bólowe. Można wtedy znacznie ograniczyć złożone leczenie farmakologiczne i/lub opóźnić rozpoczęcie takiego leczenia. Zawsze należy jednak zastanowić się nad sensownością wykonania każdej inwazyjnej techniki i kierować się przede wszystkim dobrem chorego oraz pamiętać, że nadrzędnym celem leczenia jest poprawa jakości życia.

W każdym przypadku przeprowadzenia zabiegu neurodestrukcyjnego istnieje bowiem ryzyko wystąpienia powikłań lub objawów niepożądanych. Trwałe uszkodzenie struktur nerwowych, a szczególnie nerwu obwodowego, może się wiązać także z przykrymi konsekwencjami, takimi jak parestezje, uczucie odrętwienia oraz deficyt ruchowy. Ponadto po pewnym czasie od zabiegu neurodestrukcyjnego w zakresie nerwu obwodowego może dojść do powstania nowego, innego rodzaju bólu – bólu

neuropatycznego, którego natężenie jest czasami większe od wcześniej odczuwanych dolegliwości. Dlatego przed wykonaniem każdego zabiegu neurodestrukcyjnego należy poinformować pacjenta o możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i ewentualnych powikłań. Konieczne jest również uzyskanie świadomej pisemnej zgody na zabieg.

Wykonanie zabiegu neurodestrukcyjnego można poprzedzić blokadą diagnostyczno-prognostyczną z zastosowaniem leków znieczulających miejscowo. Takie postępowanie pomaga zróżnicować, czy mamy do czynienia z bólem somatycznym, trzewnym czy zależnym od układu współczulnego, oraz pokazuje choremu zalety i wady planowanego zabiegu neurodestrukcyjnego. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że lek znieczulający miejscowo działa zawsze silniej niż środek neurodestrukcyjny, jak również, że dwukrotnie narażamy chorego na wykonanie takiego samego zabiegu.

## Nowe aspekty jakości życia w opiece paliatywnej

Krystyna de Walden-Gałuszko

Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

Problemy poprawy jakości życia chorych w opiece paliatywnej ulegały zmianom na przestrzeni lat. Początkowo było to towarzyszenie w chorobie, potem dobra kontrola objawów, następnie opieka holistyczna, a obecnie – pomoc w rozwoju osobowym.

Szczególnie znaczące zmiany nastąpiły w obszarze psychicznym jakości życia. Dawne działania skoncentrowane na usuwaniu negatywnych emocji (lęku, depresji) zostały zastąpione troską o „dobre życie” uwarunkowane rozwojem osobowym – co oznacza nie tylko przywrócenie, lecz wręcz poprawę stanu sprzed choroby.

Następstwem rozwoju osobowego jest zwiększenie „wewnętrznych zasobów”, a tym samym wzrostu tzw. sprężystości psychicznej i samokontroli.

Spośród wielu zasobów szczególnie ważne u chorych są nadzieja, poczucie własnej wartości, wdzięczność, zdolność przebaczenia, ciekawość, kreatywność, poczucie humoru i duchowość.

Pomoc w rozwoju ww. zasobów u chorych jest szczególnie skuteczną formą poprawy ich jakości życia.



## Rola narracji w opiece paliatywnej

Jacek Łuczak

Hospicjum Pallium SK Przemienienia Pańskiego,  
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
Hospicjum Pallium w Poznaniu

*The sick need people who can understand their diseases, treat their medical problems, and accompany them through their illnesses*  
Charon

Cierpieniem (doświadczanym przez ciężko chorych pacjentów i ich bliskich) nazywamy uświadomiane przykre doznania psychiczne i duchowe zmniejszające lub w znacznym stopniu ograniczające możliwość uzyskania ulgi i ukojenia w przeżywanej sytuacji. Udreka związana jest z dokuczliwymi objawami (ból, duszność, postępujące osłabienie, niepokój i inne), utratą: wyglądu, samodzielności, wiary w sens, roli w życiu, godności, kogoś bliskiego, nadziei, w szczególności w ciężkiej, postępującej, ograniczającej życie, śmiertelnej chorobie. Według Chapman i Gavrin cierpienie jest zagrożeniem integralności osoby. Na cierpienie doświadczane przez osobę zwraca uwagę E. Cassel: choroba uszkadza ciało, a cierpi pacjent jako osoba. Cierpienie „występuje w sytuacji zagrażającej dezintegracji osoby, trwa do czasu, gdy czynnik uszkadzający ustąpi, lub do czasu odzyskania w inny sposób stabilizacji”. Autor wyróżnia komponenty osobowościowe chorego, jego związki z innymi, sobą zarówno w przeszłości, jak i obecnie z wizją przyszłości. Cherny i Foley zwrócili uwagę na cierpienia osób bliskich choremu i personelu medycznego opiekującego się, leczącego ciężko chorego pacjenta z postępującym, ograniczającym życie schorzeniem. Model cierpienia – bólu wszechogarniającego – Dame Cicely Saunders uwzględnia somatyczne, psychosocjalne i duchowe – egzystencjalne obszary cierpienia. Narracja – swobodna opowieść wysłuchana przez obdarzoną empatią osobę (bliscy, personel medyczny, wolontariusze) – jest kluczem do poznania cierpienia. Podstawy i rolę narracji przedstawiła E. Kubler-Ross („Rozmowy o śmierci i umieraniu”). Narracja – przekazanie relacji, historii (cierpienia) przez jedną osobę drugiej – łączy się z uświadomieniem sobie znaczenia tego przekazu, jest zależna od tego, kim jest osoba przekazująca, kim jest słuchająca, kiedy, gdzie i jak relacja jest przekazywana, co jest przydatne w planowaniu sposobu leczenia u zgłaszającego potrzeby cierpiącego chorego, w szczególności gdy odbiorcą jest lekarz lub pielęgniarka (Maddocks). Narracja jest podstawowym niezbędnym narzędziem, sposobem komunikowania w opiece paliatywnej\* i hospicyjnej, umożliwiającym nie tylko poznanie istoty i składowych cierpienia chorego i jego bliskich, lecz także często uzyskanie odpowiedzi na trudne pytanie: co chory tak naprawdę sądzi o swojej chorobie i czy zdaje sobie sprawę z niekorzystnego rokowania i coraz bliższej śmierci, i jak sobie z tym radzi. Narracja, przekaz historii życia i cierpienia, pozwala personelowi opiekującemu się zrozumieć chorego, własny obraz choroby i jej wpływu na życie i zmniejszyć jego stres. Chory proszący o wysłuchanie,

intymność (Barnard) dzieli się nabrzmiałymi cierpieniem przekazami – obrazującymi jego potrzeby i często nierealistyczne oczekiwania stawiające niejednokrotnie w kłopotliwej sytuacji osobę wysłuchującego (lekarza, pielęgniarkę, wolontariusza). Ważną rolę odgrywa tu duchowny – bardziej jako osoba wysłuchująca bolesnych zwierzeń również o poczuciu opuszczenia przez Boga aniżeli kapłan udzielający sakramentów. Podobną do narracji, ważną rolę w przekazywaniu ważnych, gnębiących chorego i Jego bliskich kwestii odgrywają zapiski, prowadzenie dzienniczka lub blogu (Naomi Mor). Wiadomo także, że każde działanie służące ekspresji emocji, łącznie z pisaniem, ma pewne znaczenie w procesie katharsis. Ten sposób przekazu odgrywa również rolę w procesie kognitywno-uczuciowym. Pisanie ma tu znaczenie istotnego aktu kontrolującego. Poprzez pisanie osoba dokumentuje drogę prowadzącą do procesu poszukiwania znaczenia. Znaczenie przeszłości – ołówki i papier/komputer/zapis na taśmie magnetofonowej stanowią środki do dokonania pewnego przeglądu życia. Znaczenie teraźniejszości – manuskrypt jest zadaniem wymagającym uzupełnienia. Znaczenie dla przyszłości – daje choremu poczucie kontynuacji i wytyczenie celów na przyszłość.

Rolę narracji w diagnostyce i terapii podsumowuje artykuł opublikowany w *British Medical Journal* [1]. W odniesieniu do diagnostyki uwzględniono znaczenie narracji w przekazie doświadczeń związanych z chorobą, działanie ukierunkowane na wzbudzanie empatii i wzajemne zrozumienia chorego i klinicysty, kształtowanie poczucia sensu – znaczenia, źródło analizy i ważnych przekazów. W terapeutycznym aspekcie narracja ma istotne znaczenie w holistycznym sprawowaniu opieki i leczenia, stanowi wewnętrzne źródło wsparcia, może pomagać w poszukiwaniu nowych komplementarnych działań leczniczych oraz pełni ważną funkcję edukacyjną w zapamiętywaniu opartego na doświadczeniach, pobudzającego do refleksji przekazu. Może mieć także wpływ na prace badawcze poprzez uwzględnienie ważnej roli chorego, nabywanie wiedzy w obliczu wyzwań oraz generowanie nowych hipotez. Medycyna narracyjna nie tylko pomaga w poznawaniu doświadczeń pacjenta, lecz także ma wpływ na rozwój kreatywności i wzbudzania refleksji u klinicysty (źródło Wikipedia).

1. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative?. *BMJ* 1999; 318: 48-50.

\* Opieka paliatywna (z łac. *palliare* – przynosić ulgę, okrywać płaszczem) obejmuje różne formy wszechstronnej opieki uwzględniającej somatyczne, psychosocjalne i duchowe aspekty cierpienia – i leczenia ukierunkowanego głównie na łagodzenie dokuczliwych objawów choroby. Ma na celu zapobieganie i ulgę w cierpieniu oraz poprawę jakości życia. Zgodnie z definicją WHO świadczenie opieki paliatywnej nie może być uzależnione od rozpoznania choroby pacjenta i rokowania; opieka ta jest świadczona w każdym okresie zaawansowanej choroby i w łączności z leczeniem przyczynowym oraz innymi sposobami leczenia (leczenie przedłużające życie, np. żywienie dojelitowe i pozajelitowe). Opieka w schyłkowym okresie życia jest istotną składową opieki paliatywnej, ale nie może być nazywana z nią wymiennie. W Polsce podobnie jak w Wielkiej Brytanii i Kanadzie opieka paliatywna i hospicyjna są tożsame (jakkolwiek istnieją różnice w organizacji, głoszonej misji i niejednokrotnie w powszechnej dostępności technik medycznych i wolontariatu).

## Opioidy i ból nowotworowy: ewolucja wytycznych EAPC

Giovanbattista Zeppetella, FRCP

Farmakoterapia jest kamieniem węgielnym terapii bólu nowotworowego i ma na celu zapewnienie największej możliwej do osiągnięcia ulgi w bólu przy najmniejszej liczbie działań niepożądanych, z zastosowaniem najdogodniejszego sposobu podawania. Leczenie ogólnie opiera się na zasadach drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W formie trójstopniowej drabiny, WHO zaleca lek nieopiodowy w bólach łagodnych na stopniu I, opiod w łagodnym do umiarkowanego na stopniu II oraz opiod w bólu umiarkowanym do ciężkiego na stopniu III. Analgezja dostosowywana jest do ciężkości bólu, a nie ciężkości choroby [1].

Mimo że opioidy zalecane są w leczeniu bólu nowotworowego umiarkowanego do ciężkiego, to skuteczność leczenia takiego bólu może być ograniczona przez bariery związane z lekarzem lub pacjentem, takie jak obawy związane z tolerancją leczenia czy lęk przed uzależnieniem. Co więcej, niewłaściwe stosowanie opiodów może być również związane z ciężkimi, czasami pogarszającymi stan pacjenta działaniami ubocznymi, w tym sennością, dezorientacją i zaparciem stolca. Aby sprostać tym wyzwaniom, zostało opracowanych wiele zaleceń klinicznych, w tym także przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC).

W 1996 r. Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej opublikowało w *British Medical Journal* wytyczne leczenia opiodami pod tytułem „Morfina w bólu nowotworowym: sposoby podawania” [2]. Grupa robocza ekspertów przedstawiła dwadzieścia zaleceń odnoszących się do podawania morfiny, z dwiema rekomendacjami odnoszącymi się do innych opiodów podawanych drogami alternatywnymi. Wytyczne te zostały szeroko rozpowszechnione i stały się podstawą krajowych i lokalnych wytycznych.

Wytyczne EAPC zostały w 2001 r. rozszerzone o inne opioidy niż morfina w *British Journal of Cancer* pod tytułem „Morfina i opioidy alternatywne w bólu nowotworowym: zalecenia EAPC” [3]. Przedstawiono i opublikowano dwadzieścia zaleceń, przy czym tym razem dokonano oceny siły i spójności dowodów klinicznych stojących za poszczególnymi rekomendacjami, zgodnie z zasadami Agencji Polityki Zdrowotnej i Badań USA, jako:

- A. Wymaga przynajmniej jednego badania z randomizacją, jako część literatury o ogólnej dobrej jakości i spójności, odnoszącego się do danego zalecenia (poziom dowodów Ia i Ib).
- B. Wymaga dobrze przeprowadzonych badań klinicznych, ale nie ma badań z randomizacją na temat danego zalecenia (poziom dowodów IIa, IIb i III).
- C. Wymaga dowodów uzyskanych z raportów grupy ekspertów lub opinii, lub doświadczeń klinicznych uznanych autorytetów. Wskazuje na brak bezpośrednio odnoszących się dobrej jakości badań klinicznych (poziom dowodów IV).

Pięć wytycznych EAPC uzyskało ocenę A, kolejnych pięć – ocenę B i 10 – ocenę C, zaznaczając dalsze poleganie rekomendacji na raportach lub opiniach grupy ekspertów.

W 2007 r. European Palliative Care Research Collaborative dokonało przeglądu wytycznych pod tytułem roboczym „Zalecenia stosowania analgetyków opiodowych w leczeniu bólu nowotworowego oparte na faktach: wytyczne EAPC”. Proces ten rozpoczęła międzynarodowa grupa ekspertów, która określiła metodą Delphi kluczowe punkty, jakie powinny być oraz jakie nie powinny być włączone. Zidentyfikowano do włączenia do nowych wytycznych dwadzieścia trzy punkty kluczowe. Członkowie grupy ekspertów zostali następnie zaproszeni do przeprowadzenia przeglądu systematycznego literatury odnośnie do jednego lub większej liczby punktów kluczowych i wyznaczeni do przygotowania jednego lub więcej finalnego zalecenia. Wstępne wyniki zostały zaprezentowane na Konferencji Opiodowej w Bristolu w lutym 2010 r., po czym członków grupy poproszono o przedłożenie do publikacji swoich przeglądów systematycznych w specjalnym wydaniu czasopisma *Palliative Medicine* i w lipcu 2011 r. opublikowano 17 przeglądów systematycznych [4].

Końcowy dokument został właśnie przygotowany i czeka na wydrukowanie. Zawiera 16 zaleceń, z których każde zostało ocenione według siły dowodów wspierających daną rekomendację. Wytyczne mają wspierać praktykę kliniczną i mieć wpływ na planowanie przyszłych badań, abyśmy wszyscy mogli być bardziej skuteczni w naszych wysiłkach znoszenia niepotrzebnego cierpienia oraz poprawiania jakości życia pacjentów dotkniętych nowotworem.

### PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organisation. Cancer Pain Relief. WHO, Geneva 1986.
2. Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Morphine in cancer pain: modes of administration. *BMJ* 1996; 312: 823-826.
3. Hanks GW, De Conno F, Cherny N i wsp. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; 84: 587-593.
4. Augusto Caraceni. The EPCRC project to revise the European Association for Palliative Care (EAPC) guidelines on the use of opioids for cancer pain. *Palliat Med* 2011; 25: 389-390.

## Lek z wyboru w leczeniu bólu nowotworowego w świetle EBM i najnowszych wytycznych

Tomasz Dzierżanowski

Fundacja Hospicjum Onkologiczne  
im. św. Krzysztofa w Warszawie

Konieczność ciągłego podejmowania decyzji przez lekarza wobec różnorodnych sytuacji klinicznych wymaga od niego gruntownej znajomości etiologii i patofizjologii chorób i stosowanych środków leczniczych oraz indy-

widualnego doświadczenia. Okazało się jednak, że nie są to wystarczająco pewne podstawy do podjęcia optymalnej decyzji lekarskiej. Jako przykład podaje się przeprowadzone w 1986 r. badanie CAST (*Cardiac Arrhythmia Suppression Trial*), porównujące skuteczność leków antyarytmicznych klasy Ic w celu zapobiegania przedwczesnym pobudzeniom komorowym u osób po zawale mięśnia sercowego, bowiem wraz ze zwiększeniem ich częstości wzrasta umieralność tych pacjentów. Co więcej, przeświadczenie o korzystnym działaniu tych leków było tak mocne, że niektórzy uważali przeprowadzenie badania z użyciem placebo za nieetyczne. Badanie zostało przerwane, ponieważ okazało się, że w grupie pacjentów otrzymujących lek antyarytmiczny ryzyko zgonu nie tylko nie zmalało, ale wręcz wzrosło 1,5-krotnie. Innym często przytaczanym przykładem jest stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) w celu zapobiegania chorobom niedokrwiennym serca u kobiet w okresie po menopauzie. Słuszność takiego postępowania oparta była z jednej strony na obserwacji związku pomiędzy wzrostem zachorowalności na chorobę wieńcową a obniżonym stężeniem estrogenów u kobiet w okresie menopauzy, z drugiej strony znany był korzystny wpływ HTZ na profil lipidowy. Dodatkowo założenia te poparte były wynikami badań obserwacyjnych. W przeprowadzonym badaniu HERS (*Heart Estrogen/Progestin Replacement Study*) wykazano istotną poprawę profilu lipidowego osocza, jednakże ryzyko zawału mięśnia sercowego nie zmniejszyło się, a wzrosło ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej [1].

Podobnie w dziedzinie medycyny paliatywnej wiedza o etiologii i patofizjologii oraz doświadczenie lekarskie wymagają weryfikacji poprzez wysokiej jakości badania naukowe, aby uniknąć narażania pacjentów na terapie szkodliwe lub nieskuteczne, a z drugiej strony – nie dopuścić do opóźnienia we wdrożeniu metod optymalnych. Przykładem jest metadon, dla którego na podstawie przeglądu systematycznego wiarygodnych badań naukowych (Cochrane Collaboration) nie wykazano korzyści stosowania w stosunku do morfiny, natomiast stwierdzono wzrost ryzyka depresji oddechowej przy stosowaniu powyżej 28 dni [2]. Podobnie w bieżącym roku na Zjeździe EAPC w Lizbonie przedstawiono wyniki australijskiego wieloosrodkowego badania z randomizacją ketaminy parenteralnej w leczeniu adiuwantowym bólu opornego na leczenie opioidami. W badaniu tym nie wykazano różnicy pomiędzy ketaminą a placebo, mimo iż za skutecznością ketaminy przemawiały podstawy farmakologii bólu oraz wiele doniesień w postaci opisów przypadków [3].

Niedostatki tradycyjnego procesu podejmowania decyzji klinicznych na podstawie wiedzy o etiologii i patofizjologii oraz doświadczenia lekarza doprowadziły do wprowadzenia medycyny opartej na faktach (*evidence-based medicine* – EBM), jako wiarygodnego i aktualnego wsparcia klinicysty. Nie zastępuje ona podejścia tradycyjnego, lecz nakłada obowiązek podejmowania decyzji klinicznych na podstawie podsumowania możliwie najwyższej jakości dostępnych danych w odpowiedzi na prawidłowo postawione pytanie kliniczne. Liczba badań oraz przeglądów systematycznych jest ogromna i trudno jest praktykowi nadać im za pomocą naukowych nawet w wąskiej dziedzinie, dlatego grupy robocze uznanych towarzystw opracowują wytyczne w postaci zbioru zale-

ceń, sformułowanych w sposób usystematyzowany, które mają pomagać lekarzom w podejmowaniu optymalnych decyzji w określonych okolicznościach.

Takim niezbędnym dla lekarza medycyny paliatywnej wzorcem jest drabina analgetyczna WHO w aktualnej modyfikacji oraz wytyczne leczenia bólu EAPC [4, 5]. Zgodnie z przedstawionym podczas 5<sup>th</sup> Bristol Opioid Conference (Bristol 8–9.02.2010) oraz 12<sup>th</sup> Congress of the EAPC (Lizbona 18–21.05.2011) szkicem aktualizacji wytycznych z 2001 r., preferowanym opioidem III szczebla drabiny analgetycznej jest morfina, oksykodon oraz hydromorfon, w formie doustnej. Fentanyl oraz buprenorfina w formie plastrów są lekami alternatywnymi i w niektórych sytuacjach klinicznych mogą być również lekami z wyboru.

Czy istnieje różnica pomiędzy morfiną a oksykodonom (hydromorfon jest niedostępny w Polsce) będącymi silnymi opioidami pierwszego wyboru, czy też można te leki traktować identycznie w podobnych sytuacjach klinicznych? Dane kliniczne wskazują, że morfina i oksykodon mają podobną skuteczność w bólu nowotworowym, w tym w bólu neuropatycznym, a w bólu trzewnym znaczną przewagę wykazuje oksykodon. Zasadnicza różnica leży w lepszej tolerancji i bardziej przewidywalnym efekcie terapeutycznym oksykodonu. Biorąc pod uwagę różnicę w metabolizmie obu leków, nie są to identyczne leki i w niektórych sytuacjach klinicznych lekarz może oczekiwać większych korzyści z wyboru jednego z nich, mimo iż obydwa są rekomendowane jako leki preferowane [6–8].

Aktualne zalecenia EAPC, których publikacji oczekujemy jeszcze w 2011 r. (*Lancet Oncology*), stanowią ogromny postęp w dziedzinie medycyny paliatywnej i spełniają rygorystyczne kryteria EBM. W połączeniu ze znajomością różnic pomiędzy poszczególnymi lekami są one pomocne w podjęciu decyzji o optymalnej strategii leczenia bólu w konkretnej sytuacji klinicznej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Podstawy EBM. Gajewski P, Jaeschke R, Brożek J (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2008.
2. Nicholson AB. Methadone for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 4.
3. Hardy J, Plummer J, Rowett D i wsp. A Randomised Multi-site, Double-blind, Parallel Arm, Dose Titrated Placebo Controlled Study of Subcutaneous Ketamine in the Management of Cancer Pain. 12th Congress of EAPC Lisbon, Portugal, 18-21.05. 2011; FC6.2
4. World Health Organization. Cancer pain relief. 2 wyd. WHO, Geneva 1995.
5. Hanks GW, De Conno F, Cherny N i wsp. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; 84: 587-593.
6. Mucci-LoRusso P, Berman BS, Silberstein PT i wsp. Controlled-release oxycodone compared with controlled-release morphine in the treatment of cancer pain: a randomized, double-blind, parallel-group study. *Eur J Pain* 1998; 2: 239-249.
7. Staahl C, Christrup LL, Andersen SD i wsp. A comparative study of oxycodone and morphine in a multi-modal, tissue-differentiated experimental pain model. *Pain* 2006; 123: 28-36.
8. Staahl C, Dimcevski G, Andersen SD i wsp. Differential effect of opioids in patients with chronic pancreatitis: an experimental pain study. *Scand J Gastroenterol* 2007; 42: 383-390.



## Neuropatyczny ból nowotworowy – problemy diagnostyczne i terapeutyczne w świetle najnowszych zaleceń i rekomendacji

Marcin Janecki

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej,  
Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Opieki Zdrowotnej,  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Ból neuropatyczny, zgodnie z aktualnymi wytycznymi, definiuje się jako „ból powstający w wyniku bezpośredniego uszkodzenia lub choroby dotyczącej układu somatosensorycznego”. Może go wywołać szereg chorób i sytuacji, poczynając od pourazowego uszkodzenia włókien nerwowych, kompresji nerwów (jak w przypadku choroby nowotworowej), neuropatii spowodowanych chorobami metabolicznymi (jak cukrzyca), a kończąc na chorobach ośrodkowego układu nerwowego (OUN), takich jak udar czy stwardnienie rozsiane (SM).

Ból neuropatyczny jest jedną z tych sytuacji klinicznych, która doprowadza do powstania przewlekłego zespołu bólowego. Najważniejszy element bólu neuropatycznego to występowanie kombinacji utraty czucia i paradoksalnej przeculicy w bolącej okolicy. Najnowsze dostępne badania pokazują, że ból neuropatyczny wpływa w znacznym stopniu na związaną ze zdrowiem jakość życia pacjentów (*health related quality of life* – HRQoL), ograniczając ich najważniejsze możliwości właściwego funkcjonowania (fizycznego i emocjonalnego) oraz niosąc ze sobą ogromne koszty społeczne.

Patofizjologiczne podłoże bólu neuropatycznego jest złożone i nie do końca poznane. Konsekwencją uszkodzenia włókna nerwowego jest dośrodkowa sensytyzacja, obserwowana w miejscu uszkodzenia, w komórkach zwójów rogów tylnych rdzenia kręgowego oraz w połączeniach synaptycznych dośrodkowych dróg czuciowo-ruchowych. Powstające w ten sposób impulsy nerwowe prowadzą do wystąpienia dolegliwości bólowych.

Wyzwaniem pozostaje diagnostyka różnicowa bólu neuropatycznego i innych rodzajów bólu. Żaden pojedynczy objaw nie pozwala na rozpoznanie bólu neuropatycznego. Decydujące znaczenie ma stwierdzenie kombinacji pewnych objawów, cechy bólu i właściwe badanie fizykalne chorego. Na tej podstawie stworzono kilka narzędzi skringingowych, które z dużym prawdopodobieństwem pozwalają na rozpoznanie bólu neuropatycznego, a równocześnie są łatwe i proste w codziennym użyciu klinicznym. Zaliczamy tu m.in. kwestionariusze LANSS, NPQ, DN4, painDETECT czy ID-pain.

Równie wielkim wyzwaniem pozostaje skuteczna terapia bólu neuropatycznego, co jest związane z tym, że tylko mniej więcej połowa chorych poddanych farmakoterapii zgłasza klinicznie istotną ulgę w bólu, a i to zwykle tylko częściową, a nie całkowitą. Dodatkowym problemem są częste i dokuczliwe objawy niepożądane stosowanego leczenia. Stąd istnieje ciągła potrzeba analizowania istniejących zaleceń dotyczących rekomendowanego leczenia bólu neuropatycznego (wśród leków I rzutu

wyróżniamy np. antydepresanty i leki przeciwdrgawkowe) oraz poszukiwania nowych, bardziej skutecznych rozwiązań.

## Problemy kontroli glikemii u chorych w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej

Aleksandra Modlińska

Dom Hospicyjny im. św. Józefa  
Caritas Archidiecezji Gdańskiej

Cukrzyca jest grupą chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią. Zwiększony poziom glikemii wynika z upośledzenia wydzielania i/lub działania insuliny [1]. Klasyfikacja stanów hiperglikemii uwzględnia obok cukrzycy tzw. stan przedcukrzycowy (*prediabetes*).

Przez *prediabetes* rozumiemy nieprawidłową glikemię na czczo (*impaired fasting glucose* – IFG) i/lub nieprawidłową tolerancję glukozy (*impaired glucose tolerance* – IGT). Nieprawidłową glikemię na czczo rozpoznajemy, gdy poziom glukozy na czczo mieści się w przedziale 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l), a IGT – gdy w 120. min doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT) glikemia wynosi 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l) [1]. Zarówno IGT, jak i IFG predysponują do rozwoju cukrzycy [2]. Do rozpoznania cukrzycy upoważnia spełnienie jednego z niżej wymienionych kryteriów:

- występowanie typowych klinicznych objawów hiperglikemii i glikemia w przygodnym badaniu co najmniej 200 mg/dl ( $\geq 11,1$  mmol/l),
- glikemia na czczo  $\geq 126$  mg/dl ( $\geq 7,0$  mmol/l),
- glikemia w 2. godzinie OGTT przeprowadzonego wg zaleceń WHO  $\geq 200$  mg/dl ( $\geq 11,1$  mmol/l).

Klasyfikacja WHO uwzględnia podział cukrzycy na cztery grupy – typ 1, typ 2, inne określone typy oraz cukrzycę ciążową. W cukrzycy typu 1 obserwujemy upośledzenie wydzielania insuliny (brak). W typie 2 działanie insuliny jest upośledzone, a trzustka nie reaguje kompensacyjnym wydzielaniem hormonu [2]. Wśród tzw. innych typów cukrzycy mieści się m.in. cukrzyca wywołana przez leki (tiazidy, glikokortykoidy, beta-blokery, kwas nikotynowy) [2], niektóre bowiem mogą upośledzać wydzielanie insuliny, co u osób z insulinoopornością może prowadzić do rozwoju cukrzycy [2].

Występowanie stanów hiperglikemii wśród chorych w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej wiąże się z epidemiologią występowania cukrzycy w społeczeństwie. Nie bez znaczenia jest częstsze występowanie zarówno cukrzycy, jak i chorób nowotworowych wraz z wiekiem oraz dość powszechne zastosowanie leków hiperglikemizujących, zwłaszcza steroidów.

Weryfikacji i bardziej liberalnego, indywidualnego podejścia wymagają też cele leczenia cukrzycy. Zgodnie ze standardami PTD cel leczenia to uzyskanie pożądaných wartości docelowych glikemii, ciśnienia tętniczego, masy ciała, wartości lipidów. Za kryterium ogólne wyrów-

nia gospodarki węglowodanowej przyjmuje się utrzymanie poziomu hemoglobiny glikowanej  $HbA_{1c} < 7\%$ . Pamiętać jednak należy o zaniżonej wartości diagnostycznej  $HbA_{1c}$  w przypadku współwystępowania niedokrwistości czy podwyższonego poziomu bilirubiny [4]. W wielu przypadkach (chemioterapia, steroidoterapia) za docelowe uznaje się uzyskanie glikemii nieprzekraczającej w ciągu doby 180 mg/dl.

Jest oczywiste, że dążenia te muszą ulec złagodzeniu (od niektórych należy odstąpić) w sytuacji współistnienia ograniczającej przeżycie choroby o złym rokowaniu. Z praktycznego punktu widzenia ustalenie właściwego postępowania nabiera większego znaczenia niż choćby kwalifikacja do odpowiedniego typu cukrzycy [2]. Wydaje się, że należy odwołać się tu do nadrzędnego celu opieki paliatywnej, jakim jest zapewnienie pacjentom jak najlepszej jakości życia oraz bilans możliwych do uzyskania korzyści wobec istotnego ryzyka pogorszenia stanu, zwłaszcza hipoglikemii (zaawansowany wiek, powikłania chorób przewlekłych). Nie bez znaczenia są ograniczenia edukacji chorych, zwłaszcza w sytuacji, gdy zarówno chory, jak i jego rodzina po raz pierwszy stają wobec problemu hiperglikemii.

Zależnie od typu zaburzeń w leczeniu cukrzycy wykorzystuje się leczenie dietetyczne, insulinę lub inne leki hipoglikemizujące – metforminę, pochodne sulfonilomocznika, inhibitory alfa-glukozydazy oraz tzw. leki inkretynowe (agoniści receptora GLP-1, inhibitory DPP-IV). Ograniczeniem zastosowania jest m.in. niewydolność nerek – wątroby i/lub nerek, często towarzysząca schyłkowej fazie chorób przewlekłych czy związana z zaawansowanym wiekiem pacjentów.

Upośledzenie funkcjonowania wątroby wpływa na farmakokinetykę leków stosowanych w regulacji poziomu glikemii, a one same wpływają na czynność narządu. W niewydolności wątroby nie powinno się stosować metforminy, przeciwwskazane są glipizyd, gliklazyd, glimepiryd, a inne pochodne SU należy stosować ostrożnie, podobnie jak podskórnych agonistów GLP-1 [2]. Choroby wątroby wpływają na zaburzenia trawienia i wchłaniania, co ogranicza wykorzystanie akarbozy. Eksenatyd, wydany przez nerki, może być bezpiecznie stosowany w umiarkowanych zaburzeniach, podobnie jak sitagliptyny [2]. Brak jest danych na temat zastosowania liraglutynu. Wildagliptyna nie powinna być włączana u chorych, u których wartości aminotransferaz trzykrotnie przewyższają normę [2].

Niezależnie od postępu w leczeniu cukrzycy w ciągu ostatnich lat (m.in. wprowadzenie inkretyn) lekiem, który w największym stopniu wpływa na obniżenie poziomu glikemii, pozostaje insulina. Jest lekiem z wyboru w cukrzycy typu 1, drogą do kontroli glikemii w wieloletniej cukrzycy typu 2 oraz w wielu sytuacjach szczególnych (infekcje, zabiegi, stany nagłe, choroby przewlekłe). W insulinoterapii wykorzystuje się obecnie insuliny ludzkie oraz analogi insuliny w formie preparatów krótko działających, form o przedłużonym działaniu oraz mieszanek insulinowych.

W tym ostatnim przypadku istotne znaczenie ma wcześniejsze występowanie czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę (m.in. nadwaga i otyłość brzuszna, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, wywiad rodzinny itd.). Konieczna jest systematyczna

kontrola glikemii na czczo oraz 2 godz. po posiłku po 4 tyg. od włączenia steroidów i dalej co 3 miesiące [4].

W przypadku cukrzycy posteroideowej u osób bez wcześniejszych zaburzeń zaleca się wdrożenie leczenia dietetycznego po przekroczeniu norm glikemii lub (wg innych autorów), gdy poziom glukozy przekroczy 220 mg/dl [4, 5]. Wskazaniem do włączenia insuliny jest utrzymywanie się w ciągu doby glikemii powyżej 180 mg/dl lub obecność cukru czy ciał ketonowych w moczu. Za początkową dawkę insuliny przyjmuje się 0,2–0,3 j./kg m.c./dobę. Dawkę 0,5 j./kg m.c./dobę zaleca się dla glikemii przekraczającej 300 mg/dobę w momencie rozpoznania cukrzycy [4].

Włączenie steroidów chorym z *prediabetes* lub *diabetes* wiąże się z wysokim ryzykiem narastania zaburzeń gospodarki węglowodanowej i stanowi wskazanie do okresowej insulinoterapii w dawce wstępnej 0,5 j./kg m.c./dobę [4]. Jeśli chory leczony był już wcześniej insuliną, steroidoterapia wiąże się często z koniecznością nawet dwu- lub trzykrotnego zwiększenia zapotrzebowania na insulinę [4].

Podobnie jak u większości chorych w zaawansowanej fazie chorób przewlekłych poddawanych chemioterapii, tak i w tym przypadku preferowana jest intensywna insulinoterapia z zastosowaniem insuliny krótko działających lub (np. u chorych z zaburzeniami łąknienia) analogów insulinowych. Jeśli w leczeniu steroidami utrzymuje się model zbliżony do ich fizjologicznego wydzielania, tj. podaje się je rano i we wczesnych godzinach południowych, insulinoooporność, a co za tym idzie, hiperglikemia, narasta po posiłku po południu i wieczorem [4].

Zarówno zwiększanie dawki steroidów, jak i jej redukcja wymaga dokładnej oceny profilu glikemii – zaleca się ocenę na czczo oraz trzykrotnie 2 godz. po trzech głównych posiłkach [4]. W długotrwałej steroidoterapii i/lub przy trudnościach w poprawie kontroli glikemii mimo wdrożonego postępowania rozważenia wymaga włączenie insuliny o przedłużonym działaniu (tzw. bazy).

## PIŚMIENNICTWO

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.
2. Moczulski D. Szczególne sytuacje w leczeniu cukrzycy. W: Moczulski D (red.). Diabetologia. Medical Tribune, Warszawa 2011.
3. Orłowska-Kunikowska E. Sytuacje wymagające zwiększenia dawki insuliny lub okresowego jej podawania w cukrzycy. Medycyna po Dyplomie 2011; 5: 77-82.
4. Wierusz-Wysocka B, Zozulińska-Ziólkiewicz D. Postępowanie w stanach nagłych i szczególnych u chorych na cukrzycę. Via Medica, Gdańsk 2010.
5. Gittoes NJL, Ayuk J, Ferner RE. Drug induced diabetes. W: Pickup JC, Williams G (red.). Textbook of diabetes. Blackwell, Oxford 2003; 26.1-26.12.

## Patomechanizm i leczenie nudności i wymiotów u chorych na nowotwory

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

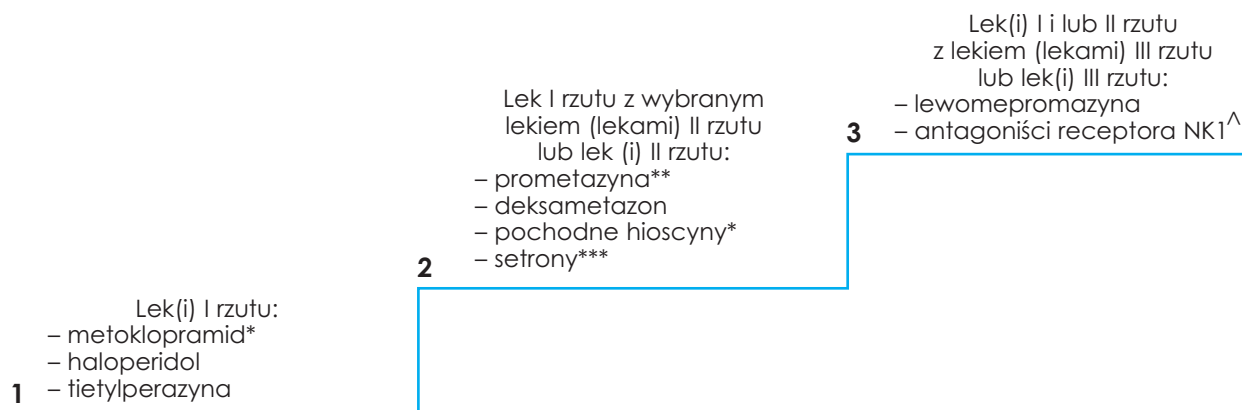
Nudności i wymioty należą do częstych objawów, występujących u ok. 16–60% chorych w zaawansowanej chorobie nowotworowej (wg różnych autorów nudności występują u 6–98%, a wymioty u 4–32%). Objawy występują częściej u kobiet, u chorych poniżej 65. roku życia, u pacjentów z nowotworami ginekologicznymi, przewodu pokarmowego, piersi, przy przerzutach do otrzewnej, płuc i opłucnej, u chorych z niedrożnością jelit oraz podczas leczenia opioidami.

Do chwili obecnej nie udało się opracować jednolitych, szeroko akceptowanych zasad leczenia nudności i wymiotów, co wynika z bardzo nielicznych badań klinicznych przeprowadzonych u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Wydaje się, że zasady te powinny opierać się na ustaleniu przyczyn, patomechanizmu i wyborze właściwego sposobu leczenia, a także prowadzeniu szczegółowej oceny objawów i skuteczności wdrożonego postępowania poprzez audyt kliniczny. Podstawą wyboru leczenia powinny być wyniki kontrolowanych badań klinicznych III fazy. Ogólnie wyróżnia się dwa rodzaje postępowania. Podejście mechanistyczne, najczęściej stosowane, oparte jest na ustaleniu przyczyny nudności i wymiotów oraz próbie jej wyeliminowania bądź przynajmniej ograniczenia. Podejście empiryczne, rzadziej stosowane, opiera się na znajomości mechanizmu działania leków przeciwwymiotnych i ich arbitralnym wyborze. Skuteczność obydwu metod wydaje się podobna.

Terapia nudności i wymiotów powinna uwzględniać usunięcie przyczyn odwracalnych, kompleksowe postępowanie nefarmakologiczne i farmakoterapię, dotyczące także leczenia innych objawów oraz całościowe podejście do chorego. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa i własnego doświadczenia przedstawiono propozycję trój-

stopniowej drabiny leczenia nudności i wymiotów przewlekłych (ryc. 1.) u chorych z niedrożnością jelit (ryc. 2.). Oprócz wyboru odpowiednich leków przeciwwymiotnych należy uwzględnić ich drogę podania i postępowanie wspomagające. Skuteczne postępowanie powinno się opierać na dokładnej ocenie klinicznej chorych, wyjaśnieniu przyczyn nudności i wymiotów pacjentowi i rodzinie, indywidualizacji leczenia, uzgodnionego z chorym i opiekunami, przekazaniu instrukcji odnośnie do dawek, sposobu podawania i przygotowywania zestawu leków w strzykawce do podawania drogą podskórną oraz dokładnemu monitorowaniu terapii. Szczególną uwagę należy zwracać na liczne działania niepożądane leków przeciwwymiotnych. Do najczęstszych należą objawy pozapiramidowe (metoklopramid, haloperidol), sedacja (fenotiazyny, leki przeciwhistaminowe, zwłaszcza w połączeniu z opioidami), objawy antycholinergiczne (pochodne hioscyny, fenotiazyny, leki przeciwhistaminowe), spadki ciśnienia ortostatycznego (fenotiazyny, zwłaszcza lewomepromazyne), agranulocytoza i możliwe wydłużenie odcinka QT (haloperidol, fenotiazyny) i potencjalne interakcje farmakokinetyczne (np. metoklopramid i tramadol).

W leczeniu nudności i wymiotów istotne znaczenie odgrywa teoria receptorowa, wg której objawy powstają wskutek pobudzenia określonych receptorów, zlokalizowanych w ośrodkowym lub obwodowym układzie nerwowym. Celem terapii jest zablokowanie określonego receptora lub kilku receptorów, których aktywacja powoduje nudności i wymioty. W tym celu najczęściej stosuje się leki przeciwwymiotne, choć coraz większa rola przypada leczeniu nefarmakologicznemu. Istotne jest także postępowanie przyczynowe, uwzględniające czynnik wyzwalający nudności i wymioty oraz zapobieganie wystąpieniu objawów. U chorych z nasilonymi przewlekłymi nudnościami i wymiotami oraz w przebiegu niedrożności jelit najczęściej zalecana jest droga podskórna podawania leków przeciwwymiotnych przy użyciu igły motylek, rzadziej dożylna lub doodbytnicza. Nie zaleca się łączenia prokinetyków z antagonistami receptorów muskarynowych (leki antycholinergiczne i przeciwhistaminowe), z powodu działania antagonistycznego obu grup leków na propulsywne ruchy perystaltyczne jelit.



\* Niezalecane kojarzenie prokinetyków z lekami przeciwholinergicznymi

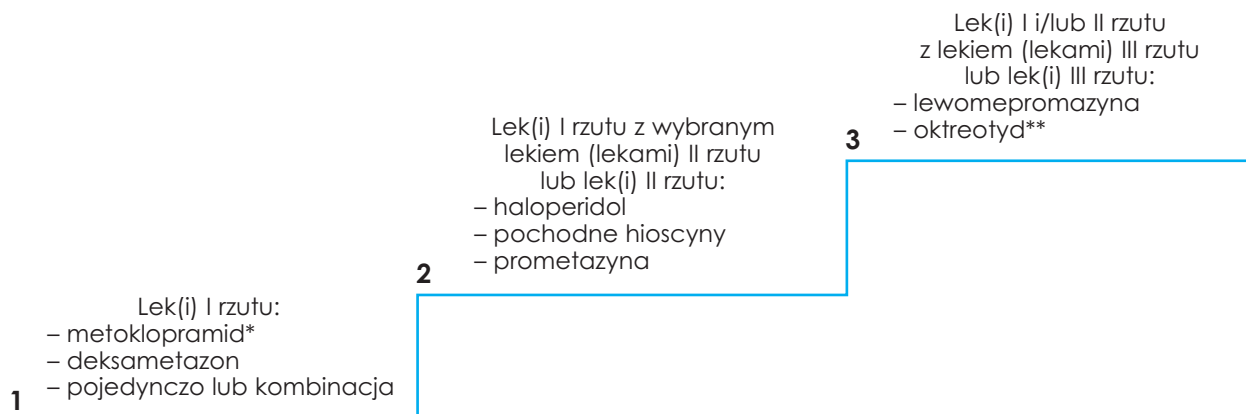
\*\* Alternatywnym lekiem jest dimenhydrinat

\*\*\* Ondansetron, tropisetron, granison, palonosetron, dolasetron, wysoki koszt

<sup>^</sup> aprepitant, wofopitant, kasopitant, fosaprepitant, netupitant, westipitant, wysoki koszt

Ryc. 1. Trójstopniowa drabina leczenia przewlekłych nudności i wymiotów u chorych w medycynie paliatywnej





\* Niezalecany w całkowitej niedrożności mechanicznej i przy bólu kolkowym jelit

\*\* Przy braku skuteczności pochodnych hioscyny i leków przeciwwymiotnych, wysoki koszt

**Ryc. 2.** Trójstopniowa drabina leczenia nudności i wymiotów u chorych na nowotwory z objawami niedrożności jelit

Istotną rolę w terapii nudności i wymiotów odgrywa leczenie przyczyn odwracalnych, takich jak ból, infekcje grzybicze jamy ustnej, gardła i przełyku, kaszel, hiperkalcemia, wodobrzusze, wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, leki wywołujące nudności i wymioty oraz zaburzenia lękowe. Istotną rolę odgrywa zapobieganie nudnościom i wymiotom poprzez stosowanie środków gastroprotecyjnych w trakcie terapii niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, glikokortykoidami i leków przeciwwymiotnych przy rozpoczęciu i, w razie potrzeby, w trakcie leczenia opioidami. Istotne jest, aby pamiętać o opóźnionych nudnościach i wymiotach, występujących do kilku dni po podaniu wysoce emetogenicznej chemioterapii (dotyczy to szczególnie schematów zawierających cisplatynę), co stanowi trudny problem terapeutyczny. Do poprawy skuteczności terapii nudności i wymiotów może się przyczynić postępowanie nefarmakologiczne, wspomagające farmakoterapię, m.in. unikanie widoku i zapachu potraw, przeskórna, elektryczna stymulacja nerwów, akupunktura, akupresura (zakładanie opasek w okolicy środkowej części dłoniowej nadgarstka), masaż stóp, podawanie imbiru. W ostatnich latach stosowane są próby stymulacji żołądka prądem elektrycznym, u chorych z gastroparzą przy braku efektu prokinetyków.

Istotną rolę odgrywają zabiegi paliatywne, zwłaszcza u chorych z niedrożnością jelit. W tej grupie chorych, przy bardzo obfitym wydzielaniu treści żołądkowo-jelitowej, gdy wymiotów nie udaje się skutecznie złagodzić postępowaniem farmakologicznym, niekiedy przydatne jest okresowe opróżnianie treści zalegającej w żołądku, przy zastosowaniu zgłębnika wprowadzanego przez nos (zwykle po podaniu midazolamu) lub rzadziej, założenie przeskórnej, odbarczającej gastrostomii. U chorych z niedrożnością jelit należy rozważyć możliwość wykonania paliatywnego zabiegu chirurgicznego. Przy podjęciu decyzji odnośnie do leczenia operacyjnego lub zachowawczego, istotny jest stan ogólny chorych. Pacjenci z oceną aktywności wg ECOG 4 i Karnofsky 40% lub mniej, z przewidywanym krótkim okresem przeżycia, rozsiewem w jamie otrzewnowej, wodobrzuszem, najczęściej nie są kwalifikowani do zabiegu operacyjnego. Bardzo duże znaczenie w podjęciu właściwej decyzji mają preferencje chorego i opiekunów. Warto podkreślić możliwość stosowania technik endoskopowych, które pozwalają na zakładanie protez

w obrębie przełyku, dwunastnicy i jelita grubego, w przypadku niedrożności odpowiednich części przewodu pokarmowego i przeciwwskazań do leczenia chirurgicznego. W przypadku obturacji dróg żółciowych należy rozważyć założenie protezy drogą endoskopową lub odprowadzenia żółci na zewnątrz. W przypadku masywnego wodobrzusza wskazana jest ewakuacja płynu z jamy otrzewnowej.

## Intensywna terapia i opieka paliatywna – czy mają ze sobą coś wspólnego?

Anna Orońska

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Poradnia Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowe

Czy opieka paliatywna i intensywna terapia są opcjami przeciwstawnymi? Wydaje się, że tak. Opieka paliatywna jako cel stawia sobie „godne umieranie”, a intensywna terapia heroiczną niemal walkę o życie. Wydawałoby się, że to najwyższej opieki paliatywnej potrzebuje czasem anesteziolog, aby założyć znieczulenie nadoponowe, wykonał blokadę lub neuroлизę, założył dostęp do żyły. Ale czy lekarz pracujący na oddziale intensywnej terapii nie powinien znać zasad medycyny paliatywnej?

Oddziały intensywnej terapii przeznaczone są do ratowania życia krytycznie chorych. Ale cel ten nie zawsze jest osiągalny, śmiertelność sięga 40%. Gdy zmniejsza się szansa wyleczenia i przedłużenia życia, lekarz intensywnej terapii musi pomóc choremu, a zwłaszcza jego rodzinie, zmierzyć się z doświadczeniem śmierci. W sytuacji gdy śmierć pacjenta staje się nieunikniona, należy podjąć decyzję o ograniczeniu terapii, i wtedy wprowadzenie do postępowania elementów opieki paliatywnej staje się wręcz nieodzowne.

Śmierć pacjenta może być odbierana jako porażka, a nie nieuchronny koniec dewastującej choroby. Pacjent rzadko jest zdolny do współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji, musi być ona wynikiem dyskusji między lekarzami, pielęgniarzami, ale też rodziną pacjenta. Rozmowy z rodziną chorego są trudne i lekarz często ich uni-

ka, ograniczając się do suchych „komunikatów” o stanie zdrowia pacjenta. Natomiast, podobnie jak w opiece paliatywnej, ważna jest szczerza i częsta komunikacja, stała rewizja oczekiwań ze strony rodziny, która wierzy w nieograniczone możliwości technologii, spodziewa się heroicznego lub cudownego uzdrowienia.

Oddział intensywnej terapii jest idealnym miejscem do uczenia się podejmowania decyzji o zastosowaniu lub zaprzestaniu działań podtrzymujących życie, rozpoznania i próby zaradzenia cierpieniom pacjenta i rodziny, uczenia się komunikacji i podejmowania zespołowych decyzji. Bariery są niestety brak czasu i, zwłaszcza w przypadku młodych lekarzy, nadmierne zainteresowania technologią.

Najważniejszą sprawą, o której musi pamiętać lekarz intensywnej terapii, jest to, że CEL LECZENIA MA WYZNACZAĆ WYKORZYSTANIE TECHNOLOGII, A NIE ODWROTNIĘ.

Współpraca specjalistów opieki paliatywnej i intensywnej terapii procentuje poprawieniem jakości opieki nad pacjentami umierającymi niezależnie od miejsca, w którym do tego dochodzi. Przez ograniczenie niepotrzebnych i dodających choremu cierpienia badań i procedur zmniejsza też znacznie koszty opieki medycznej w ostatnich dniach życia.

W wielu krajach wprowadzono w ostatnich latach programy integrujące zagadnienia intensywnej terapii i medycyny paliatywnej.

W Polsce należałoby dążyć do wprowadzenia obowiązkowych szkoleń z zakresu medycyny paliatywnej dla lekarzy specjalizujących się w anestezjologii i intensywnej terapii (staż z intensywnej terapii jest w programie specjalizacji z medycyny paliatywnej). W szpitalach, w których są oddziały intensywnej terapii, powinny działać zespoły wspierające opiekę paliatywnej lub przynajmniej być zapewnione konsultacje specjalisty medycyny paliatywnej.

## Sedacja paliatywna

Andrzej Stachowiak

NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy

Jeśli pacjenci w okresie terminalnym choroby doświadczają wielu trudnych do opanowania objawów, takich jak: osłabienie, trudności w oddychaniu, nudności i wymioty, pobudzenie, ból i inne, które w sposób znaczący obniżają jakość ich życia, zarówno pacjenci, jak i lekarze stają przed koniecznością podjęcia decyzji, jak powinna wyglądać opieka w ostatnim okresie życia. W wielu sytuacjach doznawane cierpienie może być opanowane przez zastosowanie sedacji.

Sedacja w opiece paliatywnej jest złożoną procedurą będącą formą leczenia ostatniego rzutu uzgodnioną z pacjentem i jego opiekunami. Polega ona na zmniejszeniu świadomości i, co za tym idzie, percepcji uciążliwych objawów towarzyszących chorobie przez zastosowanie środków farmakologicznych, głównie benzodwazepin. Poprzez stopniowe farmakologiczne „wyciszenie” ośrodkowego układu nerwowego można wywołać „sedację płytką” z zachowaną świadomością lub „sedację głęboką”

z całkowitą utratą świadomości. Ze względu na czas prowadzenia sedacji można ją podzielić na okresową lub ciągłą. W okresie paliatywnym najczęściej stosuje się sedację przez kilka godzin lub kilka dni w celu opanowania trudnych do zniesienia dolegliwości. Ten rodzaj sedacji określa się też mianem „sedacji paliatywnej”.

Grupy eksperckie rekomendują włączenie sedacji do opieki paliatywnej u pacjentów z nieuleczalną i zaawansowaną chorobą, u których rokuje się, że śmierć nastąpi w ciągu 1–2 tygodni. Zaleca się stosowanie benzodwazepin jako leków sedatywnych pierwszego wyboru oraz ograniczenie nawodnienia u pacjentów, w przypadku gdy korzyści przeważają nad działaniami niepożądanymi. W rekomendacjach podkreśla się również wagę uzyskania opinii specjalisty medycyny paliatywnej w procesie podejmowania decyzji o sedacji przez lekarza prowadzącego.

Należy jednoznacznie odróżniać sedację od eutanazji. Nie ma dowodów na to, iż u pacjentów z zaawansowaną chorobą, których szacowany czas przeżycia jest krótki, włączenie głębokiej i ciągłej sedacji z powodu trudnego do zniesienia cierpienia ma wpływ na skrócenie życia. W niektórych przypadkach może je nawet nieznacznie wydłużyć. Przy wyborze sedacji kierujemy się wskazaniami medycznymi i planem opanowania uciążliwych objawów przez ograniczenie świadomości, gdy inne metody terapeutyczne zawiodły. Z kolei przy wyborze eutanazji istotne znaczenie ma współczucie personelu medycznego i żądanie pacjenta ograniczenia lub zapobiegania cierpieniu przez skrócenie życia. Z moralnego punktu widzenia sedacja nie powinna być zatem stawiana na równi z eutanazją, gdyż jest elementem terapii i opieki chrońcą pacjenta przed trudnymi do zniesienia dolegliwościami.

Istnieje jednak obawa co do nadużywania „sedacji terminalnej” jako prostszej w realizacji procedury zastępującej pełną wymogów formalnych eutanazję u pacjentów żądających skrócenia życia. Wyniki ostatnich badań prowadzonych m.in. w Holandii wykazały znaczny wzrost liczby przypadków stosowania sedacji, z jednoczesnym obniżeniem wskaźnika wykonywanej eutanazji. Te doświadczenia wskazują na potrzebę opracowania możliwie jasnych wytycznych dotyczących praktycznego stosowania terapeutycznej sedacji przez specjalistów w opiece paliatywnej zarówno u pacjentów nowotworowych, jak i nienowotworowych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Rietjens J, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, et al. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ* 2008; 336: 810; doi: 10.1136/bmj.39504.531505.25.
2. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Rurup ML. End-of-Life Practice in the Netherlands under the Euthanasia Act. *NEJM* 2007; 356: 19.
3. Valeo T. On palliative sedation. What Would Neurologists Do? *Neurology Today* 2010.
4. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Pall Med* 2009; 23: 581-593.
5. Stachowiak A, Mrówczyńska E. Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia. *Medycyna Paliatywna* 2011; 1: 1-10.
6. Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home – a systematic review. *J Pain Symptom Manag* 2011; 41: 754-760.