

# Opieka paliatywna i terminalna w zaawansowanej niewydolności nerek

**O**pieka terminalna nad chorymi na niewydolność nerek była dawniej niedostateczna. Częściej niż inni pacjenci umierali oni w szpitalach,<sup>1</sup> a lekarze zajmujący się nimi nie zawsze byli w stanie rozpoznać objawy zwiastujące śmierć.<sup>2,3</sup> Dziś wiadomo, że pacjenci z zaawansowaną przewlekłą chorobą nerek (CKD – *chronic kidney disease*) wymagają opieki specjalistycznej.

W drugiej części brytyjskich ustaleń dotyczących opieki nad pacjentami z CKD (National Service Framework for Chronic Kidney Disease)<sup>4</sup> uwzględniono wymagania dotyczące jakości życia chorych w jego schyłkowym okresie oraz zalecono opracowanie uzgodnionego wspólnie przez nefrologów i specjalistów z zakresu opieki paliatywnej planu postępowania paliatywnego w tej grupie chorych. W dokumencie tym zawarto również strategię opieki w schyłkowym okresie życia pacjentów.<sup>5</sup> Opracowano też zarys zasad postępowania<sup>6</sup> pomocnych w osiągnięciu określonych celów.

Dziś jesteśmy już świadomi roli opieki paliatywnej nad chorymi rezygnującymi z dializoterapii z powodu rozpoznania u nich innego schorzenia w bardzo zaawansowanym stadium lub nasilenia chorób współistniejących. Coraz większą wagę przywiązuje się też do opieki nad pacjentami z zaawansowaną przewlekłą chorobą nerek, którzy od początku nie zgadzają się na leczenie nerkozastępcze.

## Klasyfikacja

Opracowanie wzoru MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*) [pochodzącego z badania klinicznego o tej nazwie – przyp. red.], służącego do wyliczania szacunkowego współczynnika przesą-

czania kłębuszkowego (eGFR – *estimated glomerular filtration rate*), doprowadziło do wprowadzenia klasyfikacji dzielącej przewlekłą chorobę nerek na 5 stopni zaawansowania (tab. 1).<sup>7</sup> Zaawansowana choroba nerek (AKD – *advanced kidney disease*) odpowiada późnej fazie stopnia 4. i stopniowi 5.

## Częstość występowania upośledzenia czynności nerek w populacji ogólnej i wśród chorych leczonych paliatywnie

Badania, w których oceniano czynność nerek na podstawie wartości eGFR obliczanej wg wzoru MDRD, ujawniły występowanie przewlekłej choroby nerek w co najmniej 3. stopniu zaawansowania aż u 5% osób dorosłych.<sup>8</sup> Choroba ta występuje szczególnie często wśród osób w podeszłym wieku i obciążonych chorobami współistniejącymi, dlatego wśród osób wymagających opieki paliatywnej odsetek ten może być większy. Progresa niewydolności nerek jest u takich pacjentów powszechna, występuje bowiem u około 3/4 spośród nich.<sup>9,10</sup> Liczba chorych poddawanych ostatecznie dializoterapii jest jednak bardzo niewielka, dlatego tak ważne jest opracowanie zasad postępowania z tymi pacjentami u schyłku ich życia.

## Opanowanie objawów zaawansowanej choroby nerek

U pacjentów z zaawansowaną chorobą nerek należy dążyć do opanowania uciążliwych objawów, które są podobne do obserwowanych u osób z zaawansowaną chorobą nowotworową.<sup>11</sup> Do najczęstszych należą zmęczenie, duszność, ból oraz świąd skóry (tab. 2). Ważne jest również zaspokojenie potrzeb psychologicznych, społecznych

Lynne Russon,<sup>1</sup>  
Andrew Mooney<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consultant in palliative medicine, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust and Sue Ryder Care, Wheatfields, Leeds, Wielka Brytania

<sup>2</sup> Consultant renal physician, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Wielka Brytania

*Palliative and end-of-life care in advanced renal failure*  
Clinical Medicine  
2010;3(10):279-281

Tłum. dr n. med. Ewa Koźmińska



Tabela 1. Klasyfikacja przewlekłej choroby nerek<sup>7</sup>

Stopień zaawansowania	GFR (ml/min)	Opis
1	>90	Prawidłowa czynność nerek, ale występują zmiany w moczu, nieprawidłowości strukturalne lub genetyczne cechy wskazujące na chorobę nerek
2	60-89	Nieznacznie upośledzona czynność nerek, ale inne cechy (podobnie jak w stopniu 1.) wskazują na chorobę nerek
3	30-59	Umiarkowanie upośledzona czynność nerek
4	15-29	Znacznie upośledzona czynność nerek
5	<15	Schyłkowa niewydolność nerek

GFR (glomerular filtration rate) – współczynnik przesączania kłębuszkowego

i duchowych chorych, związanych z sytuacją, w jakiej się znaleźli, coraz większym uzależnieniem od innych oraz utratą niezależności finansowej.

### Leki służące opanowaniu objawów

#### Zaawansowana przewlekła choroba nerek

**Ból.** Ból występujący w przebiegu niewydolności nerek jest często związany ze zmianami kostnymi. Na ogół nie jest on opanowywany w wystarczającym stopniu z powodu obaw przed stosowaniem leków oraz niedostatecznej znajomości zagadnienia przez lekarzy.

U osób z niewydolnością nerek należy unikać stosowania kodeiny i morfiny. Jeśli leki te są przyjmowane regularnie, ich toksyczne metabolity, które są wydalane przez nerki, gromadzą się i szybko dochodzi do przedawkowania leku. Mało jest danych z badań klinicznych o skutkach podawania silnie działających opioidów pacjentom z niewydolnością nerek, praktyka kliniczna dowodzi jednak, że oksykodon jest lepiej tolerowany niż morfina i można go stosować u chorych z GFR 50-20 ml/min. Ponieważ metabolity oksykodonu również mogą się gromadzić, w miarę

zmniejszania się wartości GFR należy zmniejszać jego dawki i wydłużać przerwy między kolejnymi podaniami.

U osób z GFR <20 ml/min powinno się stosować buprenorfinę lub preparaty fentanylu. Chorzy z ciężkim upośledzeniem czynności nerek lepiej tolerują te leki, ponieważ ich metabolity są na ogół nieaktywne i wydalane z żółcią. U pacjentów wymagających stalego podawania leków przeciwbólowych w małych lub umiarkowanych dawkach można stosować naklejane na skórę plastry z buprenorfiną, a u chorych wymagających większych dawek – plastry z fentanylem. Jeśli konieczne jest podawanie różnych dawek leków przeciwbólowych u chorych z GFR <20 ml/min lub w schyłkowym okresie życia, zarówno fentanyl, jak i alfentanil [niezarejestrowany w Polsce – przyp. red.] można zastosować w pompie infuzyjnej.<sup>13</sup>

Metadon gromadzi się w organizmie w niewielkim stopniu, ale jego dawki muszą być dobrane indywidualnie dla każdego pacjenta, a wskaźnik terapeutyczny jest wąski. Można go stosować tylko po konsultacji specjalisty.<sup>14</sup>

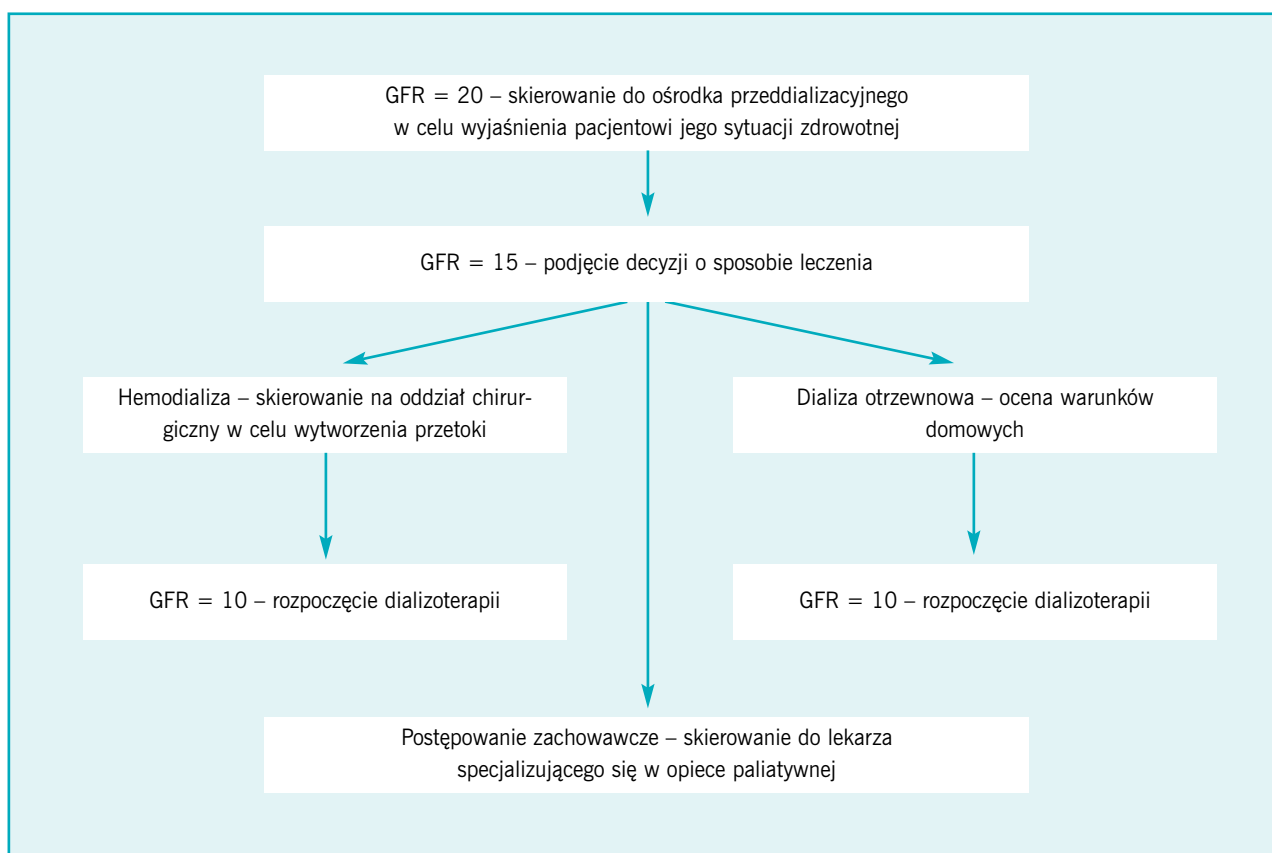
Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) powodują zaburzenia hemodynamiczne w kłębuszkach nerkowych, są więc nefrotoksyczne. U chorych z ciężkim upośledzeniem czynności nerek trzeba je stosować ostrożnie, jedynie wtedy, gdy korzyści z ich zastosowania przeważają nad ich negatywnym wpływem, np. w ostatnich dniach życia. Nie udowodniono, aby którykolwiek z NLPZ był mniej nefrotoksyczny niż inne leki z tej grupy.

**Ból neuropatyczny.** Podawanie amitryptyliny należy rozpocząć od niewielkich dawek, np. 1 × 10 mg/24h. Lek ten nie wymaga korygowania dawki. Jest to natomiast konieczne w przypadku gabapentyny i pregabaliny. U chorych z GFR <30 ml/min maksymalna dawka gabapentyny wynosi 300 mg/24h. Przy GFR <20 ml/min często skuteczne są bardzo niewielkie dawki, np. 50 mg.

**Nudności.** U pacjentów z niewydolnością nerek często występują nudności i wymioty spowodowane zaburzeniem przemian chemicznych w organizmie. Najskuteczniejszymi lekami przeciwwymiotnymi są u nich zatem haloperydol, ondansetron i granizetron [niezarejestrowany w Polsce – przyp. red.]. W ostatnich dniach życia jako lek przeciwwymiotny i uspokajający przydatna jest również lewomepromazyna. Działanie uspokajające haloperydolu i lewomepromazyny jest u osób z niewydolnością nerek silniejsze, na-

Tabela 2. Częstość występowania poszczególnych objawów w przewlekłej chorobie nerek 5. stopnia<sup>12</sup>

Objaw	Średnia częstość występowania (%)
Zmęczenie	71
Świąd skóry	55
Zaparcie	53
Jadłowstręt	49
Ból	47
Skurcze mięśni	46
Zaburzenia snu	44
Niepokój	38
Duszność	37
Nudności	33
Zespół niespokojnych nóg	30
Depresja	27



**Rycina 1. Postępowanie u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek**  
GFR (glomerular filtration rate) – współczynnik przesączania kłębuszkowego

leży zatem stosować je w mniejszych dawkach – zwłaszcza przy GFR <10 ml/min – i odpowiednio stopniowo zwiększanych. Gdy istnieje konieczność podania leku przeciwwymiotnego prokinetycznego, dobrze tolerowany jest metoklopramid, jeśli jednak GFR wynosi <20 ml/min, należy zmniejszyć dawkę.

**Świąd skóry.** Osteodystrofia pochodzenia nerkowego przyczynia się do zmniejszenia stężenia wapnia, a także zwiększenia stężenia fosforanów, co wywołuje świąd skóry. Leczenie polega na podawaniu preparatów, które wiążą w jelicie fosforany zawarte w diecie. U pacjentów z chorobą nerek skóra często jest sucha i przez to swędząca, dlatego zaleca się regularne stosowanie prostych środków nawilżających, np. kremów.

Świąd skóry może powodować również mocznica, zwykle przy GFR <10 ml/min. Leki przeciwhistaminowe nie są wówczas szczególnie przydatne. Istnieją dowody, że w takich przypadkach ondansetron, antagonist receptorów serotoninowych typu 3 (5-HT<sub>3</sub>), może skutecznie zwalczać zarówno nudności, jak i świąd skóry. Również gabapentyna podawana w małych dawkach łagodzi świąd w przebiegu mocznicy.<sup>15</sup>

### Leczenie nerkozastępcze

Chorzy dializowani, wymagający opieki paliatywnej, powinni być leczeni tak samo jak pacjenci ze znacznie zmniejszonym GFR, którzy

nie są dializowani. U chorych poddawanych dializie otrzewnowej wskaźniki klirensu stosowanych leków są stałe i czas podawania kolejnych dawek nie ma znaczenia. Pacjenci poddawani hemodializie otrzymują leczenie przerywane, ale skorygowanie czasu podawania leków rzadko jest konieczne. Dializa powoduje oczyszczenie organizmu z niewiążących się z białkami rozpuszczalnych leków o małym ciężarze cząsteczkowym, zatem jedynie antybiotyki podawane dożylnie wymagają niekiedy skorygowania dawki. Wymienione wyżej leki można stosować w każdym momencie cyklu dializacyjnego.

### Leczenie zachowawcze w schyłkowej niewydolności nerek

Na wielu oddziałach nefrologicznych powołano specjalistyczne zespoły zajmujące się pacjentami ze znacznie zmniejszonym GFR. W naszym ośrodku w Leeds chorym z GFR <20 ml/min proponujemy różne możliwości leczenia: hemodializę, dializę otrzewnową lub przeszczepienie nerki. Dalsze postępowanie zależy od decyzji pacjenta (ryc. 1).

### Rezygnacja z dializoterapii

Obecnie oferuje się pacjentom także jeszcze jedną opcję: rezygnację z terapii nerkozastępczej. Chorzy decydujący się na nią są konsultowani przez specjalistę z zakresu medycyny paliatywnej, który przekazuje im zalecenia dotyczące stosowania leków, pielęgnacji

### Kluczowe zagadnienia

Coraz większa jest świadomość potrzeby zapewnienia opieki paliatywnej pacjentom z zaawansowaną chorobą nerek.

Pacjenci z zaawansowaną chorobą nerek wymagają leczenia łagodzącego objawy. Niedostateczne zwalczanie objawów jest spowodowane niewystarczającą wiedzą i obawą przed stosowaniem leków.

Coraz więcej chorych z zaawansowaną chorobą nerek nie decyduje się na dializoterapię (wybiera postępowanie zachowawcze).

Są to głównie osoby w podeszłym wieku obciążone chorobami współistniejącymi, które najprawdopodobniej umrą w szpitalu.

Zaplanowanie opieki terminalnej jest istotną częścią opieki paliatywnej u pacjentów ze schorzeniami nefrologicznymi i ma zasadnicze znaczenie dla wypełnienia woli pacjenta w schyłkowym okresie życia.

i diety, a także zwalczania niedokrwistości w celu minimalizowania zmęczenia. Największą wagę przykładają się jednak do złagodzenia objawów i zapewnienia pomocy społecznej, w tym przydzielenia opiekuna. Tacy chorzy są na ogół w podeszłym wieku, obciążeni wieloma współistniejącymi schorzeniami. Wśród pacjentów leczonych w naszym ośrodku taką opcję postępowania wybiera 1/6. Dowiedziono, że u chorych w wieku >75 lat, z licznymi obciążeniami, zwłaszcza chorobą niedokrwinną serca, dializoterapia nie zawsze przedłuża przeżycie.<sup>16</sup>

Należy regularnie monitorować czynność nerek, by utrzymywać ją w jak najlepszym stanie. Poza tym jest ona wskaźnikiem rokowniczym. Powinno się kontrolować również stężenie fosforanów i wapnia oraz przemiany witaminy D, a nieprawidłowości korygować za pomocą diety i leków, a także wykrywać i leczyć paliatywnie objawy wywołane przez mocznicę.

#### Piśmiennictwo:

- Smith C, Da Silva-Gane M, Chandna S, et al. Choosing not to dialyze: evaluation of planned non-dialytic management in a cohort of patients with end stage renal failure. *Nephron Clin Pract* 2003;95:c40-6.
- Levy JB, Chambers EJ, Brown EA. Supportive care for the renal patient. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:1357-60.
- Davison SN. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. *Am J Kidney Dis* 2003;42:1239-47.
- Department of Health. National Service Framework for Renal Services. Part 2: Chronic kidney disease, acute renal failure and end of life care. London: DH, 2005.
- Department of Health. End of Life Care Strategy: promoting high quality health care for all adults at the end of life. London: DH, 2008.
- Department of Health. End of life care in advanced kidney disease: a framework for implementation. London: DH, 2009.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic kidney disease: early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. Clinical guideline CG73. London: NICE, 2008.
- Snyder JJ, Foley RN, Collins AJ. Prevalence of CKD in the United States: a sensitivity analysis using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *Am J Kidney Dis* 2009;53:218-28.
- Drey N, Roderick P, Mullee M, Rogerson M. A population-based study of the incidence and outcomes of diagnosed chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2003;42:677-84.
- Eriksen BO, Ingebrechtsen OC. The progression of chronic kidney disease: a 10-year population-based study of the effects of gender and age. *Kidney Int* 2006;69:375-82.

Chorzy decydujący się na leczenie zachowawcze mogą żyć jeszcze jakiś czas nawet z bardzo niskim GFR, około 75% z nich umiera jednak w ciągu roku.<sup>17</sup> Na ogół następuje to, gdy GFR obniża się do około 5 ml/min.

Pacjenci, którzy byli już dializowani, ale rezygnują z kontynuowania tej terapii, przeżywają średnio 8-11 dni.<sup>18</sup> Dlatego opiekę terminalną należy zaplanować przed wstrzymaniem leczenia nerkozastępczego.

### Planowanie opieki terminalnej

Planowanie opieki terminalnej opiera się na omówieniu z pacjentem jego oczekiwań i potrzeb.<sup>19</sup> Ułatwienie choremu określenia priorytetów w opiece terminalnej umożliwi zaplanowanie przyszłości i przygotowanie się na śmierć, pozwala też zachować kontrolę nad zaspokojeniem jego potrzeb i wypełnieniem woli.<sup>20</sup> Preferencje chorego należy przedstawić całemu zespołowi sprawującemu nad nim opiekę, a także odpowiednio je udokumentować. Istnieje duża rozbieżność między tym, gdzie pacjenci chcieliby umrzeć, a gdzie rzeczywiście umierają. Większość z nich wolałaby umrzeć w domu, ale chorzy z niewydolnością nerek umierają na ogół w szpitalu.<sup>1</sup>

### Podsumowanie

Istnieje potrzeba objęcia opieką paliatywną pacjentów z zaawansowaną chorobą nerek. Zapewnilibyśmy w ten sposób lepszą opiekę nad chorymi będącymi u schyłku życia, którzy zrezygnowali z dalszego leczenia nerkozastępczego lub nie zdecydowali się na nie, a tym samym poprawilibyśmy jakość życia tych pacjentów.

Adres do korespondencji: Dr L. Russon, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust and Sue Ryder Care, Wheatfields, Grave Road, Headingley, Leeds LS6 2AE; UK. E-mail: lynne.russon@suarydercare.org

© Copyright 2010 Royal College of Physicians i Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

- Saini T, Murtagh FE, Dupont PJ, et al. Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease. *Palliat Med* 2006;20:631-6.
- Murtagh FE, Addington-Hall JM, Edmonds PM, et al. Symptoms in advanced renal disease: a cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *J Palliat Med* 2007;10:1266-76.
- Ashley C, Currie A (eds). *The Renal Drug Handbook*, 3<sup>rd</sup> edn. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd, 2009.
- Yorkshire Palliative Medicine Guidelines Group. Clinical guidelines for the use of palliative care drugs in renal failure. Leeds: YPMGG, 2007. Available at [www.palliativedrugs.com](http://www.palliativedrugs.com)
- Gunal AI, Ozalp G, Yoldas TK et al. Gabapentin therapy for pruritus in haemodialysis patients; a randomised, placebo-controlled, double-blind trial *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:3137-9.
- Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P et al. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:1955-62.
- Russon L, Ackroyd R, Crowther R et al. Palliative care for renal patients, the first three years. *Palliat Med* 2010;24:235-6.
- Birmelé B, François M, Pengloan J et al. Death after withdrawal from dialysis: the most common cause of death in a French dialysis population. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:686-91.
- Royal College of Physicians. *Advance care planning*. London: RCP, 2009.
- Davison SN, Torgunrud C. The creation of an advanced care planning process for patients with ESRD. *Am J Kidney Dis* 2007;49:27-36.



**Komentarz:**  
prof. dr hab. med.  
**Michał Myśliwiec**  
Klinika Nefrologii  
i Transplantologii UM  
w Białymstoku

### Doświadczenia autora związane z tematem poruszonym w artykule

Moje doświadczenie opiera się na 30-letniej praktyce nefrologicznej, w której jeden z najtrudniejszych problemów stanowi postępowanie z pacjentami ze schyłkową niewydolnością nerek w końcowym okresie ich życia. Standardem jest leczenie hemodializami lub dializami otrzewnowymi. Zdarza się jednak, że pacjenci nie wyrażają zgody na taką terapię od początku lub odmawiają kontynuowania jej. Częściej jednak nie wyrażają zgody na początku, a po kilku tygodniach są przywożeni karetką pogotowia z zagrażającym życiu obrzękiem płuc, skrajnym odwodnieniem z powodu wymiotów lub z zaburzeniami świadomości. W Polsce i na świecie zwiększa się liczba osób ze schyłkową niewydolnością nerek w podeszłym wieku, niesamodzielnych, ze współistniejącą niewydolnością innych narządów. Problem opieki terminalnej nad tymi osobami będzie więc narastał, gdyż u ponad połowy pacjentów w wieku  $>75$  lat eGFR wynosi  $<60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Niektórzy pacjenci są zmęczeni z powodu złej jakości życia i nie chcą być obciążeniem dla najbliższych, odmawiają dializ i żądają tylko leczenia uciążliwych objawów, zdając sobie sprawę, że skróci im to życie.<sup>1</sup>

W przywołanych w artykule badaniach Murtagh FE i wsp. wykazano niewiele dłuższe przeżycie chorych leczonych dializami. Wiadomo, że jakość życia ludzi w podeszłym wieku, będących rezydentami domów opieki, po rozpoczęciu dializoterapii pogarsza się.<sup>2</sup> W ramach opieki instytucjonalnej powinny się nimi zajmować hospicja, domy opieki, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz oddziały dla przewlekle chorych, zaś w opiekę domową powinni być zaangażowani lekarze, pielęgniarki, psychologowie i dietetycy. W wielu krajach nie ma praktycznie takiej opieki lub jest ona minimalna.

### Różnice między metodami postępowania omawianymi w artykule (z uwzględnieniem zarejestrowanych leków) a stosowanymi w Polsce

W Polsce personel nefrologiczny nie jest przygotowany do świadczenia opieki paliatywnej. Nie ma odpowiednich standardów postępowania ani szkoleń. Finansowanie dializoterapii w naszym kraju jest na jednym z najniższych poziomów na świecie. Skutkiem tego jest brak psychologów, dietetyków i pracowników socjalnych. U pacjenta dializowanego przez wiele lat występuje coraz więcej powikłań ze strony różnych, nierzadko ważnych dla życia narządów, co nasila jego niepełnosprawność. Często jest on opuszczony przez rodzinę, zmęczoną pogarszającym się stanem jego zdrowia, także psychicznego, pomimo leczenia dializami. Zniechęca to chorego do kontynuowania leczenia, zwłaszcza w sytuacji gdy „zespół wypalenia” dosięga nie tylko jego i rodziny, ale także personelu stacji dializ. Czasem zdesperowany pacjent decyduje się na odmowę przyjazdu na dializy, wybierając śmierć, np. w wyniku spożycia produktów bogatych w potas (bananów, truskawek, wiśni). W Polsce rzadko jednak zdarza się, że pacjent konsekwentnie odmawia leczenia dializacyjnego.

W wielu krajach, m.in. w Wielkiej Brytanii, prowadzi się leczenie paliatywne chorych, którzy nie wyrażają zgody na diali-

zy, świadomie wybierając postępowanie zachowawcze, polegające na łagodzeniu objawów. Podaje się im leki korygujące zaburzenia metaboliczne w zakresie gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz łagodzące objawy choroby (duszność, bóle, nudności, wymioty, zaparcia i świąd skóry). Duże osłabienie, najczęściej związane z niedokrwistością, zwalcza się, stosując żelazo i preparaty stymulujące erytropoezę. W Polsce pacjentom z przewlekłą chorobą nerek zwykle nie podaje się opioidowych leków przeciwbólowych: morfiny, buprenorfiny, fentanylu lub oksykodonu. Nie ma też programów leczenia zachowawczego schyłkowej niewydolności nerek, nie mówią o leczeniu terminalnym. Konieczne jest szkolenie w tym kierunku lekarzy i pielęgniarek, zwłaszcza pracujących w hospicjach. Polscy lekarze nie są przygotowani do świadczenia właściwej opieki paliatywnej, i to nie tylko nad chorymi z niewydolnością nerek. Liczba specjalistów z zakresu medycyny paliatywnej jest w Polsce zbyt mała, nie są więc w stanie nawet konsultować pacjentów nefrologicznych. Nie ma żadnych standardów medycznych, etycznych i prawnych dotyczących leczenia terminalnego, a narastające postawy roszczeniowe pacjentów i ich rodzin rodzą obawę lekarza przed wciągnięciem go w wir postępowania prawnego. Dobrze natomiast rozwinięta jest w Polsce opieka duszpasterska, która może być bezcenna dla ludzi wierzących. Z inicjatywy etyków katolickich z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie podjęto prace nad tzw. testamentem życia, czyli realizacją ostatniej woli w obliczu śmierci (np. zaniechanie uporczywej terapii).

### Najczęstsze błędy w postępowaniu i sposoby ich unikania

Najczęstszym błędem jest niewyjaśnienie pacjentowi i jego najbliższej rodzinie istoty choroby i możliwości leczenia, z ich zaletami i wadami. Wybór metody terapii powinien należeć do pacjenta, który przed podjęciem decyzji musi mieć czas na

przemyślenie podanych przez lekarza informacji i na kontakt z rodziną. Nie wolno mu narzucać naszej woli ani go ponaglać.

Powszechnym błędem jest niestosowanie w przypadku silnego bólu opioidowych leków przeciwbólowych, a w bólach neuropatycznych – amitriptyliny. Nie wszyscy pamiętają ponadto, że wiele leków wymaga dostosowania dawki do wartości wskaźnika filtracji kłębuszkowej.

### Istotne wyniki niedawno zakończonych badań, rzucające nowe światło na przedstawiane tezy

Ankietowe badania brytyjskie, opublikowane we wrześniu 2010 r., wykazały, że ośrodki specjalistycznego leczenia paliatywnego, które jeszcze kilka lat temu nie przyjmowały chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, obecnie robią to coraz częściej, aczkolwiek ta grupa chorych nadal stanowi zaledwie 7% ich pacjentów.<sup>3</sup>

### Fakty, które trzeba zapamiętać

Na niewydolność nerek chorują głównie pacjenci w starszym wieku, często z poważnymi schorzeniami innych narządów. Mają oni prawo zrezygnować z leczenia dializacyjnego, ale powinno się im zapewnić leczenie paliatywne, korygujące zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz łagodzące objawy mocznicy: osłabienie, niedokrwistość, bóle, kurcze mięśni, zaparcia, nudności i wymioty oraz świąd skóry. W przypadku silnych bólów należy stosować opioidowe leki przeciwbólowe i amitriptylinę. Wiele leków wymaga dostosowania dawkowania do wartości filtracji kłębuszkowej.

#### Piśmiennictwo:

1. Morton RL, Tong A, Howard K, et al. The view of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ* 2010;340:c112.
2. Tamura MK, Covinsky KE, Chertov GM, et al. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *NEJM* 2009;361:1539-47.
3. Hobson K, Gomm S, Murtagh F, et al. National survey of the current provision of specialist palliative care services for patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25 (w druku).

### Prawidłowe odpowiedzi z Programu Edukacyjnego: Szczepienia osób dorosłych (MpD 19/10 2010):

Pytanie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Odpowiedź	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4