

Drodzy Czytelnicy,



W moim hospicjum przeprowadziliśmy niedawno audyt dotyczący tak zwanego Liverpool Care Pathway (LCP) [1]. Myślę, że ten protokół — stosowany pod koniec życia — jest dobrze znany polskim czytelnikom. Dotyczy on między innymi przejścia na podawanie niektórych tylko leków podskórnym, a odstawienia wszystkich innych. Analizując wyniki tego audytu, zastanawialiśmy się nad faktem, że na 360 pacjentów stan zdrowia 28 z nich bardzo się poprawił po zatrzymaniu leków podawanych doustnie i żyli oni o wiele dłużej niż przewidywano. Jedna z pacjentek żyje już ponad rok od wprowadzenia LCP. Co się zatem stało?

Sięgnąłem do piśmiennictwa i natknąłem się na ciekawą pracę, która powstała w Izraelu [2]. Dotyczyła ona 190 pacjentów leczonych na oddziałach opieki długoterminowej z powodu wielu chorób, najczęściej nieuleczalnych. Grupę tę podzielono na dwie części; w jednej z nich szczegółowo analizowano podawane leki. U 63% tych pacjentów odstawiono łącznie 332 leki. Dziesięć procent leków należało zacząć podawać na nowo, ale 90% udało się rzeczywiście odstawić. Grupę kontrolną leczono nadal bez takiej analizy. Najciekawsze było to, że rok później śmiertelność w grupie poddanej analizie i redukcji leków wynosiła 21%, podczas gdy w grupie leczonej według najlepszej tradycji polifarmacji — 45%. Tylko 11% chorych z grupy badawczej skierowano w tym roku do szpitala, podczas gdy w grupie kontrolnej było ich aż 30%. Analizowano też koszty, jakie można by zaoszczędzić, stosując ścisłą walkę z polifarmacją. Były olbrzymie! W przeliczeniu na cały kraj, taki jak Polska, można by zaoszczędzić prawdopodobnie około 10% budżetu leków! Ale czy naprawdę? Chorzy, u których analizowano podawane leki, żyli dłużej i skonsumowali w tym czasie prawdopodobnie wszystkie oszczędności, jakich dokonano, redukując im podawanie leków.

Dlaczego zatem tego nie robimy i trujemy — według najlepszej naszej tradycji pomocy bliźniemu — chorych i przyspieszamy ich śmiertelne zejścia? Czy mamy w tym jakiś interes? Po pierwsze, łatwo jest przepisać lek i zacząć go podawać. O wiele jednak trudniej jest się zdecydować, czy ten lek w jakiś sposób pomaga czy szkodzi. Na to brakuje nam najczęściej czasu i ochoty. Odstawić już podawane leki jest bardzo trudno. Najczęściej w medycynie paliatywnej nie szukamy leku, który nie powoduje nudności i wymiotów, ale przepisujemy dodatkowy lek przeciwwymiotny. Jeżeli kogoś coś boli i pierwszy lek nie pomaga, albo — co gorzej — pomaga tylko trochę (może placebo?), a chorego boli nadal, to takiego leku nie odstawiamy, ale dodajemy następny. Chorzy uważają, że leki im się należą — „Lekarz, który nie przepisze antybiotyku, jest kiepskim lekarzem”. U jednego z chorych, który — optymistycznie rzecz biorąc — miał przed sobą jeszcze 2–3 tygodnie życia, odstawiłem simwastatinę. Jego córka przyszła się na to poskarżyć, że „nie chcę już nic dla ojca zrobić i że spisałem go na straty”. Tłumaczyłem jej, że simwastatyna obniża stężenie cholesterolu, które nie jest w tej chwili ważne ani dla samopoczucia ojca, ani dla jego przeżycia. Za to u 35% chorych leczonych simwastatiną występują kurcze mięśni, a właśnie jej ojciec skarżył się na taki rodzaj bólu. Nie mogła zrozumieć...

W zeszłym tygodniu widziałem w przychodni młodą (45 lat) kobietę ze stwardnieniem rozsianym. Nie widziałem jej od roku. Powiedziała mi, że niestety zaostriżyły się u niej objawy i jest bardzo w „dołku”. Dopytywałem się o objawy tego zaostrenia stwierdzone przez neurologa — okazało się, że były to wyłącznie zmęczenie i senność. Żadnych osłabień, porażień, zmian odczuwania skórno, zaburzeń równowagi i tym podobnych. Tylko zmęczenie i senność. Popatrzyłem na leki, które przyjmowała. Prawdziwa „kaszaneczka”. Jedenaście leków. Nie będę ich tutaj szczegółowo omawiać. Wprowadziłem te leki do programu komputerowego, którego używamy do wykrywania interakcji (Stockley's Drug Interactions). Otrzymałem 17 ostrzeżeń o możliwych interakcjach. Nie bez zdziwienia stwierdziłem, że w 15 przypadkach ich objawami były... zmęczenie i senność. Napisałem list, długi na trzy strony, do lekarza rodzinnego chorej i zaproponowałem program redukcji dawek i leków. Krok po kroku. Dzisiaj odebrałem telefon od męża pacjentki. Jest z nią bardzo kiepsko, wpadła w depresję, wydaje się jej, że umiera. Jutro

będzie przyjęta na oddział, żeby w bezpieczny i kontrolowany sposób zredukować dalsze leki. Siła sugestii?

Polifarmacja jest zatem plagą nowoczesnej medycyny. Pacjentom wydaje się, że „im więcej, tym lepiej”. Leki jednak nie pomagają na wszystko — jak się ludziom wydaje. Bardzo często inne metody, takie jak fizykoterapia, są o wiele skuteczniejsze i mniej toksyczne niż leki. Tych metod się jednak nie używa, lub się w nie nie wierzy, bo są niewygodne w stosowaniu lub niesprawdzone.

Powinniśmy jednak solidnie uczyć na uniwersytetach nie tylko tego, jak rozpoczynać podawanie leków, ale także jak je odstawiać. To lenistwo lekarzy należy zwalczać wszelkimi metodami, oprócz zmniejszania dostępu chorych i lekarzy do leków. Choć powinniśmy wierzyć w leki, które przepisujemy, to jednak wiara ta nie powinna być absolutna. Powinniśmy stosować o wiele więcej metod nefarmakologicznych. Okaże się to jednak trudne, jeżeli za nami będzie stał przemysł farmaceutyczny niezmiennie zachwalający swoje produkty poparte badaniami sponsorowanymi wyłącznie przez ten sam przemysł. Najczęściej nie dysponujemy badaniami wykonanymi niezależnie. W ten sposób powstaje mit skuteczności leków, podczas gdy potwierdzających to obiektywnych danych najczęściej nie ma lub są one bardzo ograniczone.

Zbigniew Zylicz

Piśmiennictwo

1. Ellershaw J.E., Murphy D. The Liverpool Care Pathway (LCP) influencing the UK national agenda on care of the dying. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2005; 11: 132–134.
2. Garfinkel D., Zur-Gil S., Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr. Med. Assoc. J.* 2007; 9: 430–434.