

Szanowni Państwo,

W imieniu zespołu redakcyjnego Polskiej Medycyny Paliatywnej (PMP) chciałabym pogratulować naszemu Redaktorowi Naczelnemu, Profesorowi Zbigniewowi Żyliczowi otrzymania prestiżowej nagrody Królowej Holandii za zasługi w tworzeniu opieki paliatywnej w tym kraju. Szczegóły tego ważnego wydarzenia opisujemy w „Aktualnościach”.

Ponadto w niniejszym numerze znajdują Państwo artykuły, które poruszają tradycyjnie ważne dla lekarzy medycyny paliatywnej tematy, takie jak rola rehabilitacji i psychologicznego wsparcia w opiece paliatywnej (Cepuch i Wordliczek, Pyszora i Graczyk, Lewandowska i wsp.). Przedstawiamy Państwu także możliwości zastosowania brachyterapii w leczeniu zaawansowanych nowotworów (Terlikiewicz i Makarewicz). Kolejnym zagadnieniem, jakie omawiamy, są niepożądane działania leków — poglądowy artykuł dr. Sebastiano Mercadante z Palermo porusza problem neurotoksycznego działania wysokich dawek opioidów, natomiast dr Michał Graczyk i dr Anna Adamczyk przedstawiają opis przypadku chorej, u której doszło do nasilonej mięśniowej dystonii po zastosowaniu metoklopramidu.

Chcielibyśmy także poświęcić nieco uwagi przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP). To powszechne schorzenie jest czwartą przyczyną zgonów w krajach europejskich i w Stanach Zjednoczonych, a w Polsce dotyka około 2 milionów osób. Chorzy na POChP cierpią na postępujące ograniczenie wydolności oddechowej, w najcięższych przypadkach prowadzące do inwalidztwa i społecznej izolacji. Wprowadzone w ostatnich latach międzynarodowe zalecenia dotyczące rozpoznawania i leczenia tej choroby pozwoliły wprawdzie zmniejszyć nasilenie dokuczliwych objawów i podnieść jakość życia pacjentów, nie ma jednak nadal skutecznych metod ograniczających postęp choroby.

Wydaje się, że POChP powinna być przedmiotem zainteresowania lekarzy medycyny paliatywnej ze względu na jej częste współistnienie z rakiem płuca. U wielu chorych na zaawansowanego raka płuca występuje jednocześnie zaawansowana POChP (Siemińska i wsp.). Właściwe rozpoznanie obu chorób ma istotne znaczenie przy wyborze leczenia objawowego. Na przykład duszność w przebiegu zaawansowanego raka płuca leczy się z reguły, stosując opioidy, których rola w terapii duszności towarzyszącej zaawansowanej POChP nigdy nie została potwierdzona. W tym ostatnim schorzeniu korzystne jest natomiast stosowanie wziewnych leków rozszerzających oskrzela i, w niektórych przypadkach, kortykosteroidów. Podobne wątpliwości dotyczą roli tlenoterapii wskazanej w przypadku niewydolności oddechowej w przebiegu zaawansowanej POChP i na ogół mniej skutecznej w przypadku zaawansowanego raka płuca.

Na zakończenie chciałabym podać pod Państwa rozważając następującą myśl: w Polsce opieka paliatywna tradycyjnie obejmuje głównie chorych na zaawansowane nowotwory i na wybrane przewlekłe schorzenia neurologiczne. Pacjenci z ciężkimi obturacyjnymi chorobami płuc, z reguły niezdolni do samodzielnej egzystencji i pozbawieni społecznego (a często także medycznego) wsparcia, cierpią z powodu nasilonej duszności, znacząco ograniczonej tolerancji wysiłku i przewlekłego kaszlu. Wydaje się, że chorzy ci mogliby odnieść szczególną korzyść z dobrze zorganizowanego domowego leczenia objawowego. Objęcie tej grupy osób opieką paliatywną wydaje się zatem w pełni uzasadnione.

Ewa Jassem