



V Studencka Konferencja Medycyny Paliatywnej

Gdańsk, 20 kwietnia 2024 roku

PROGRAM

- 9:00 Rozpoczęcie Konferencji i przedstawienie Gości
- 9:10 Wystąpienie zaproszonych Gości: Prof. Wojciech Leppert, Prof. Ewa Bień
- 9:30 Wykład Profesora Wojciecha Lepperta: *Perspektywy rozwoju opieki paliatywnej, wspierającej i hospicyjnej w Polsce*
- 10:00 Wykład Doktora Łukasza Żemojtela: *Opioidy w bólu przewlekłym pochodzenia nienowotworowego*
- 10:30 Wykład Profesor Ewy Bień: *Jak pomagać i przetrwać w onkologii dziecięcej*
- 11:00 Przerwa na kawę
- 11:30 Sesja prac studenckich
- 13:30 Przerwa obiadowa
- 14:45 Wykład Profesor Moniki Rucińskiej: *Morfina na przestrzeni wieków*
- 15:15 Wykład Doktor Marceliny Drucis: *Opieka paliatywna pacjentów Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii UCK w Gdańsku na przełomie ostatnich lat*
- 15:30–16:00 Uroczyste zakończenie Konferencji i ogłoszenie zwycięzców sesji prac studenckich



V Studencka Konferencja Medycyny Paliatywnej

Gdańsk, 20 kwietnia 2024 roku

Komitet Organizacyjny Konferencji

Przewodniczący:

Michał Dąbrowski

Członkowie:

Ewa Sulisz

Maria Krasnodębska

Aleksandra Bolimowska

Paulina Okniańska

Julia Kociszewska

Weronika Rymon

Małgorzata Cherek

Maciej Pancewicz

SESJA STUDENCKA
PRACE POGLĄDOWE

Szymon Rydzewski¹, Leszek Pawłowski²

¹Faculty of Medicine, Medical University of Gdańsk

²Department of Palliative Medicine, Medical University of Gdańsk

I miejsce w kategorii Prace pogładowe

Effects of early palliative care for patients with lung cancer: a literature review

Patients diagnosed with cancer experience symptoms of stress, disease and treatment that have debilitating results on the quality of life. It is easy to disregard the early management of these symptoms in favor of therapy targeted at controlling the disease as it is usual a standard approach in oncology practice. Early palliative care (EPC) can lead to improved comfort, reduced stress and better management of therapy, which shows benefits for patients facing life limiting diseases. The aim of this review was to provide insight on the value of EPC in terms of managing patients' well-being. A review was conducted using articles found in the PubMed database. The search terms used in selection of the material were early or simultaneous or concurrent palliative care and lung cancer patients. Studies found were published in English in the years 2010–2024 (up to March 2024).

The database search yielded a total of 29 articles out of which 6 were chosen for the review. A narrative analysis of the results was performed. Although the studies in this area are found to be scarce, the research provides insight on the value of managing patients distress in palliative care, which extends to managing patients well-being. The reports show an increase in the quality of life and mood in patients who were provided with EPC.

Adress for correspondence: Szymon Rydzewski, Faculty of Medicine, Medical University of Gdańsk, ul. Dębinki 1, 80–211 Gdańsk, e-mail: szymon.rydzewski@gumed.edu.pl

Schyłkowa niewydolność wątroby a opieka paliatywna

Schyłkowa niewydolność wątroby to nieodwracalne uszkodzenie wątroby, w którym narząd traci zdolność do pełnienia funkcji, co prowadzi do licznych powikłań wielonarządowych, szybkiego pogorszenia jakości życia i zgonu. Schyłkowa niewydolność wątroby może być spowodowana różnymi czynnikami, takimi jak przewlekłe zapalenie wątroby (WZW typu B, WZW typu C), nadużywanie alkoholu, choroby autoimmunologiczne, stłuszczenie wątroby, a także niektóre schorzenia genetyczne. Objawy schyłkowej niewydolności wątroby obejmują żółtaczkę, obrzęki, zmiany w kolorze moczu i kału, utratę masy ciała, wymioty, zmniejszenie apetytu i zmiany skórne. W zaawansowanym stadium choroby często jedyną skuteczną opcją leczenia jest przeszczepienie wątroby. W przypadku braku możliwości wykonania przeszczepu narządu celem postępowania jest leczenie objawów i poprawa jakości życia chorych. Transplantacja jednak ma wiele ograniczeń, między innymi dostępność dawców, ograniczenia finansowe, dlatego u wielu pacjentów wdrażana jest opieka paliatywna, która zapobiega cierpieniu lub je łagodzi oraz zapewnia najlepszą możliwą jakość życia. W ramach postępowania paliatywnego prowadzone jest leczenie objawów, a także mogą być kontynuowane lub wdrażane terapie i interwencje modyfikujące przebieg choroby.

Adres do korespondencji: Patrycja Dębska, Uniwersytet Rzeszowski, al. Rejtana 16c, 35–959 Rzeszów,
e-mail: patrycja.debska3@o2.pl

Agnieszka Przygórzewska

Koło Naukowe Biochemików URCELL, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Rehabilitacja pacjentów onkologicznych

Rehabilitacja onkologiczna stanowi istotny proces medyczno-społeczny, mający na celu przywrócenie lub poprawę stanu psychofizycznego chorych na nowotwory. Rehabilitacja stanowi integralną i komplementarną część interdyscyplinarnego leczenia nowotworów, uwzględniając aspekty społeczne i zawodowe. Ten wielokierunkowy proces obejmuje różnorodne postępowanie terapeutyczne, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta i charakterystyki choroby. Istotne jest uwzględnienie zarówno stanu psychicznego, jak i fizycznego pacjenta oraz środowiska społecznego. Celem rehabilitacji jest zwiększenie aktywności pacjentów, co może prowadzić do poprawy sprawności fizycznej i psychicznej, a także zwiększenia udziału w wymiarze społecznym i zaangażowania w życie zawodowe. Dostęp do kompleksowego, interdyscyplinarnego zespołu prowadzącego rehabilitację jest kluczowy dla powodzenia tego procesu, który obejmuje edukację chorych w zakresie samodzielnego leczenia i stosowania różnych metod, takich jak terapia ruchowa, psychoterapia czy techniki relaksacyjne.

Adres do korespondencji: Agnieszka Przygórzewska, Uniwersytet Rzeszowski, Kolegium Nauk Medycznych, al. Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów, e-mail: agnieszkaprzygorzewska@gmail.com

Kompleksowa fizjoterapia pacjentek po mastektomii prowadzona na oddziale medycyny paliatywnej z uwzględnieniem drenażu limfatycznego kończyny górnej

Fizjoterapia chorych na nowotwory objętych opieką paliatywną powinna uwzględniać leczenie bólu. Szczególnym priorytetem dla tej grupy chorych jest jak najdłuższe aktywizowanie i utrzymanie sprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego. W fizjoterapii należy dostosować rodzaj i intensywność stosowanych interwencji do możliwości i oczekiwań pacjentów, zwłaszcza w fazie zaawansowanej choroby nowotworowej. Rehabilitacja jest skutecznym elementem leczenia pacjentów ze schorzeniami lub objawami uszkodzenia struktur układu nerwowego w przebiegu choroby nowotworowej.

Zmęczenie związane z chorobą nowotworową, definiowane jako objaw lub zespół chorobowy, dotyczy licznej grupy pacjentek po zabiegu mastektomii. Rehabilitacja, przy zachowaniu zaleceń medycznych, stanowi skuteczny element, który pozytywnie wpływa na możliwość powrotu pacjentek do aktywności dnia codziennego.

Adres do korespondencji: Jakub Grządziel, Institut Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, ul. Kokoszków 71, 34-400 Nowy Targ, e-mail: jakub.grzadziel1@gmail.com

SESJA STUDENCKA
PRZYPADKI KLINICZNE

Leczenie chorego z chłoniakiem nieziarnicznym w IV stopniu zaawansowania i z niewydolnością wątroby z zastosowaniem immunochemioterapii DA-R-EPOCH

Wstęp: Chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL, *diffuse large B-cell lymphoma*) jest najczęstszym typem chłoniaka nieziarnicznego (NHL, *non-Hodgkin's lymphoma*), stanowiącym około 25% przypadków NHL. Chłoniak „double hit” (DHL) jest postacią DLBCL występującą znacznie rzadziej i charakteryzuje się rearanżacją w genie *MYC* oraz *BCL2* lub *BCL6*. Klinicznie i histologicznie chłoniak ten przypomina chłoniaka Burkita i określany jest, jako *high grade B-cell lymphoma* (HGBL), podkreślając w ten sposób, iż standardowe terapie DLBCL związane są z gorszymi wynikami leczenia. Większość DHL wykrywana jest w zaawansowanym stadium choroby, z towarzyszącym zajęciem ośrodkowego układu nerwowego (OUN), zmianami pozawęzłowymi, leukocytozą i wysokim poziomem LDH. Przedstawiono przypadek pacjenta z niewydolnością wątroby, encefalopatią i żółtaczką w przebiegu DHL, którego leczenie stanowiło wyzwanie, jak i dylemat etyczny w kontekście prowadzenia terapii uporczywej.

Opis przypadku: Do Kliniki Hematologii przyjęto 54-letniego chorego z powodu narastającego osłabienia, żółtaczki, bólu brzucha i utraty masy ciała. W wykonanej wcześniej gastroscopii stwierdzono wrzód żołądka. Przy przyjęciu chory był w stanie ogólnym średnim — ECOG 3, jednak szybko uległ pogorszeniu na skutek postępu encefalopatii wątrobowej. Chory nie kwalifikował się do pobrania węża drogą laparoskopową, z powodu zaburzeń koagulogramu. Oczekiwano na wynik badania mikroskopowego z błony śluzowej żołądka. W badaniu tomografii komputerowej opisano liczne zmiany hypowaskularne w wątrobie i śledzionie, limfadenopatię okolicy wnęki wątroby, okołoprzełykowo i w przestrzeni zaotrzewnowej, a także zmiany autolityczne żeber i trzonu kręgu. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono poziom bilirubiny 21 mg/dl, transaminazy powyżej 500 U/l; fosfataza alkaliczna 2416 U/l, GGTP 1178 U/l. Obserwowano nietypowe dla limfoproliferacji, podwyższenie poziomu CA19.9 (8322.7 U/m). Wobec pogorszenia stanu klinicznego chorego, dalszego wzrostu poziomu bilirubiny i sugestii radiologa, a wbrew wynikowi CA19.9, zdecydowano o ratunkowej chemioterapii, jak w leczeniu chłoniaka. Po uzyskaniu potwierdzenia rozpoznania DLBCL z wycinków owrzodzenia żołądka, włączono leczenie według schematu R-DA-EPOCH (rytuksymab, etopozyd, prednizon, winkrystyna, cyklofosamid, dokсорubicyna) w niższych dawkach. W związku z sukcesywną poprawą stanu ogólnego i parametrów funkcji wątroby i nerek, kolejny schemat immunochemioterapii podano w pełnych dawkach. Pacjent, w pełni samodzielny, został wypisany po ukończeniu drugiego cyklu leczenia.

Wnioski: Chorzy z DLBC w zaawansowanym stadium choroby w chwili rozpoznania, mogą odnieść znaczne korzyści z chemioterapii. W opisanym przypadku chorego zakwalifikowano do radykalnego leczenia, pomimo teoretycznych przeciwwskazań (encefalopatia wątrobowa), licząc na wysoką chemiowrażliwość chłoniaków. Podano schemat chemioterapii o odmiennej farmakokinetyce. Chemioterapeutyki podawane były we wlewach ciągłych, przedłużonych do 96 godzin, zamiast godzinnego, jednorazowego bolusu. Jednak dawka sumaryczna była podobna jak w typowych schematach, co zwiększyło bezpieczeństwo i pozwoliło na korektę dawki czy jej wstrzymanie.

Adres do korespondencji: Aleksandra Mączyńska, Studenckie Koło Naukowe Hematologii Dorosłych, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7A, 80-211 Gdańsk,
e-mail: aleksandraannazofia@gumed.edu.pl

Terapie celowane, wielomiejskowa paliatywna radioterapia i terapia z udziałem psa w leczeniu paliatywnym 18-letniego pacjenta z przerzutową wznową mięsaka Ewinga — opis przypadku

Wstęp: Pomimo znacznego postępu w onkologii dziecięcej rokowanie chorych z zaawansowanym pozakostnym mięsakiem Ewinga (EES, *extraosseous Ewing sarcoma*) jest nadal niezadowalające. Przerzutowa wznowa kostna EES wiąże się ze szczególnie złym rokowaniem, a postępowanie paliatywne i w fazie zaawansowanej choroby jest wyzwaniem.

Opis przypadku: U 17-letniego pacjenta we wrześniu 2021 roku rozpoznano nieoperacyjny EES nosogardła i zatok, wnikający do czaszki. W efekcie wielolekowej chemioterapii i radioterapii uzyskano pełną remisję kliniczną i patomorfologiczną. W styczniu 2023 roku, pod koniec 6-miesięcznej metronomicznej chemioterapii podtrzymującej, pacjent zgłosił bóle lewego barku. Początkowo w badaniach TK i USG nie stwierdzano nieprawidłowości. W czerwcu 2023 roku w badaniu PET-TK stwierdzono aktywne metabolicznie ogniska w żebrze I lewym i trzonie Th1, świadczące o przerzutowej wznowie EES.

Pacjenta nie zakwalifikowano do badania REGBONE, dlatego w lipcu 2023 roku otrzymał chemioterapię z dodatkiem regorafenibu, inhibitora kinaz tyrozynowych (TKI) *off-label*. Po krótkotrwałej poprawie, we wrześniu 2023 roku stwierdzono nowe ogniska przerzutowe w kościach kręgosłupa, czaszki i miednicy, wywołujące ból totalny. Zastosowano leki przeciwbólowe, wlewy deksametazonu, lignokainy i MgSO₄, bisfosfoniany, leki przeciwłękowe, przeciwdepresyjne, uspokajające i nasenne. W okresie od września do listopada 2023 roku trzykrotnie przeprowadzono paliatywną radioterapię okolic bolesnych przerzutów oraz podano trzy cykle cisplatyny i olaparibu, inhibitora PARP (*poly-ADP ribose polymerase*). Uzyskano poprawę samopoczucia, umożliwiającą aktywne krótkotrwałe pobyty w domu. W październiku 2023 roku, z powodu kolejnej progresji, włączono TKI, pazopanib, uzyskując ponownie skuteczne złagodzenie bólu i możliwość wypisu. W listopadzie 2023 roku chłopiec zdecydował o powrocie do Kliniki, gdzie przez miesiąc, do czasu zgonu, otrzymywał leczenie objawowe w otoczeniu rodziny, przyjaciół i ukochanego psa.

Wnioski: Obecnie dostępnych jest wiele metod leczenia onkologicznego założeniem paliatywnym, w tym nowoczesne terapie celowane stosowane drogą doustną. Ich właściwy dobór powinien zapewnić skuteczne leczenie bólu, poprawę jakości życia i możliwość przebywania w domu, wśród bliskich. Jeżeli pacjent tego potrzebuje, w zaawansowanej fazie nowotworu, może przebywać na oddziale, wśród znanego zespołu medycznego, rodziny i przyjaciół. Całodobowa bliska interakcja ze zwierzęciem zwiększa syntezę oksytocyny i obniża poziom kortyzolu, co zaspokaja potrzeby emocjonalne i poprawia komfort pacjenta.

Ewa Konarzewska, Katarzyna Żak-Jasińska, Marcelina Drucis

Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wyróżnienie w kategorii Przypadki kliniczne

Opieka paliatywna w pediatrii — przypadek 16-letniej pacjentki z nowotworem hematologicznym

Wstęp: Pomimo znacznego postępu w leczeniu białaczek, nadal w populacji pediatrycznej spotykane są nowotwory hematologiczne o niekorzystnym rokowaniu. Taką chorobą jest agresywnie postępujący nowotwór z blastycznych plazmocytoidalnych komórek dendrytycznych (BPDCN). Klasyfikowany jest jako podtyp ostrej białaczki szpikowej (AML), a z powodu trudności dostosowania skutecznej terapii najczęściej prowadzi do zgonu pacjenta.

Opis przypadku: Szesnastoletnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii w styczniu 2014 roku. Rozpoznano AML z częściowym różnicowaniem w kierunku BPDCN. W 30. dobie leczenia u pacjentki nastąpiła remisja. Siedem miesięcy od postawienia rozpoznania, w sierpniu 2014 roku, pacjentka przeszła cykl intensywnej chemioterapii według protokołu AML Interim 2004. Pierwsza wznowa choroby nastąpiła w październiku 2014 roku. Pacjentkę leczono kolejno protokołem Relapsed AML (IDA-FLA/FLA) i podjęto decyzję o allogenicznej transplantacji szpiku kostnego (allo-HSCT). Przeszczep allogenicznych komórek krwiotwórczych od zgodnego dawcy niespokrewnionego przeprowadzono 12 marca 2015 roku w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Bydgoszczy. W marcu 2016 roku u pacjentki rozpoznano drugą wznowę AML. Poinformowano pacjentkę i jej ojca o niekorzystnym rokowaniu i zaproponowano postępowanie paliatywne. Pacjentka wraz z ojcem wyrazili zgodę na leczenie w hospicjum stacjonarnym. W kwietniu 2016 roku pacjentka w stanie ogólnym stabilnym została przekazana do dziecięcego hospicjum stacjonarnego „Bursztynowa Przzystań” w Gdyni. Ojciec stale był obecny przy dziewczynce, która po miesiącu zmarła.

Wnioski: W przypadku pacjentów z niekorzystnym rokowaniem należy rozważyć optymalne postępowanie, biorąc pod uwagę jakość życia pacjenta. Decyzja o miejscu zapewnienia opieki paliatywnej (dom czy opieka stacjonarna), w trosce o dobrostan pacjenta, powinna zostać podjęta zgodnie z wolą pacjenta i opiekunów prawnych. Zespół medyczny sprawujący opiekę nad niepełnoletnim pacjentem z zaawansowaną chorobą, zdolnym wyrazić własną wolę dotyczącą dalszego postępowania, powinien dążyć do wszelkich starań, aby zdanie to wpływało na podejmowane decyzje.

Adres do korespondencji: Ewa Konarzewska, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, e-mail: e.z.konarzewska@wp.pl

Aleksandra Skórka^{1*}, Ewa Butrymowicz-Brzeska^{2, 3**}

¹Studenckie Koło Naukowe Perinatologii i Ginekologii Onkologicznej Minerva, Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

²Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

³Oddział Kliniczny Ginekologiczno-Położniczy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

*Autor, **Opiekun pracy

Chemioterapia paliatywna u ciężarnej pacjentki z nowotworem dróg żółciowych — opis przypadku

Wstęp: Nowotwory u kobiet w ciąży występują bardzo rzadko, są rozpoznawane u 0,02–0,1% wszystkich kobiet w ciąży. Najczęściej występuje rak piersi, rak szyjki macicy, chłoniaki i czerniak złośliwy.

Opis przypadku: Trzydziestojednoletnia kobieta (ciąża druga, poród drugi) została przyjęta na Oddział Kliniczny Ginekologiczno-Położniczy w 21. tygodniu ciąży z powodu świądu całego ciała występującego od miesiąca i licznych przeczosów na skórze. Pierwsza ciąża zakończyła się o czasie w 2015 roku porodem siłami natury, bez powikłań. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone wartości AspAT 83 U/l, AlAT 132 U/l i ALP 233 U/l. W badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono zmiany ogniskowe w wątrobie. W badaniu rezonansu magnetycznego jamy brzusznej ujawniono liczne zmiany ogniskowe w wątrobie, obraz największej zmiany (ok. 117 × 78 × 104 mm) o niejednoznacznym charakterze, pozostałe zmiany przerzutowe.

Wykonano biopsję gruboigłową zmiany ogniskowej w wątrobie. W badaniu histopatologicznym opisano ją jako nowotwór najbardziej odpowiadający gruczolakorakowi z nabłonka dróg żółciowych. Po licznych konsultacjach w 23. tygodniu ciąży zastosowano paliatywną chemioterapię FOLFOX 4 (oksaliplatyna, fluorouracyl i kwas folinowy) i leczenie wspomagające: ondansetron, deksametazonowi, hydrokortyzon i klemastynę. Kolejne wlewy chemioterapii podawano co 14 dni. Dodatkowo podczas ciąży pacjentka dwukrotnie zgłosiła się na SOR z powodu silnych dolegliwości bólowych w prawym nadbrzuszu, wymagających podania opioidów. W 35 5/7 tygodniu wykonano planowe cięcie cesarskie i wydobyto córkę żywą, niedonoszoną (waga: 3100 g, długość: 54 cm, Apgar: 10). Następnie pacjentka kontynuowała chemioterapię i leczenie przeciwbólowe.

Wnioski: Ze względu na bardzo rzadkie występowanie gruczolakoraka z nabłonka dróg żółciowych u kobiet w ciąży, nie opracowano schematów postępowania z takimi pacjentkami. Konieczne jest zatem indywidualne podejście do chorych i wyboru optymalnego postępowania. Zastosowana chemioterapia według schematu FOLFOX 4, pomimo opisywanego działania szkodliwego dla płodu oraz licznych działań niepożądanych, w przypadku przedstawionej pacjentki skutecznie przedłużyła długość życia i umożliwiła urodzenie zdrowego noworodka.

Adres do korespondencji: Aleksandra Skórka, Studenckie Koło Naukowe Perinatologii i Ginekologii Onkologicznej Minerva, Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, al. Warszawska 30, 10-082 Olsztyn, e-mail: skorkaola@gmail.com

Marta Ziemińska

Studenckie Koło Naukowe Hematologii i Transplantologii przy Klinice Hematologii i Transplantologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Jak jeden nowotwór może opóźnić rozpoznanie drugiego — na przykładzie pacjentki z nadpłytkowością samoistną

Wstęp: Nadpłytkowość samoistna jest chorobą nowotworową, której właściwe rozpoznanie i leczenie pozwala na czas przeżycia chorych podobny do zdrowej populacji. Choroba może stanowić wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne, zwłaszcza w kontekście współistnienia innych nowotworów.

Opis przypadku: Kobieta 62-letnia, po latach dobrej kontroli choroby, nagle, pomimo odpowiedniego leczenia, nie uzyskiwała dobrej kontroli pierwotnego schorzenia, dodatkowo pojawiła się utrata masy ciała, osłabienie, wymioty, bóle brzucha i biegunka. Podczas diagnostyki uwzględniającej dalsze pogorszenie stanu pacjentki wykonano badanie TK jamy brzusznej i klatki piersiowej, które ujawniło obecność zmiany w obrębie płuc i limfadenopatię okolicy dróg żółciowych. W kolejnych miesiącach podjęto dalszą diagnostykę i nieskuteczne próby leczenia, po roku wykonano biopsję węzłów chłonnych, wykazując obecność mastocytów i potwierdzając diagnozę mastocytozy układowej.

Wnioski: Należy podkreślić znaczenie rozpoznania i leczenia innych chorób u chorych na nowotwory, zwłaszcza w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia niewynikającego *stricto* z pierwotnej choroby nowotworowej. Lekarze innych specjalności mogą przypisywać zgłaszane przez pacjenta objawy jako wynik wcześniej rozpoznanej choroby nowotworowej i przeoczyć wystąpienie kolejnej. Wprowadzenie odpowiedniego leczenia pozwoliło na poprawę stanu pacjentki, co podkreśla znaczenie integracji opieki paliatywnej z kompleksową opieką zapewnianą chorym na nowotwory. Przedstawiony przypadek kliniczny podkreśla potrzebę zwiększenia świadomości i uważnej obserwacji wśród lekarzy różnych specjalności, tak aby możliwe było szybkie rozpoznanie i wdrożenie właściwego leczenia pacjentów.

Adres do korespondencji: Marta Ziemińska, Studenckie Koło Naukowe Hematologii i Transplantologii przy Klinice Hematologii i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk, e-mail: mzieminska@gumed.edu.pl