

XII KONFERENCJA CZASOPISMA "PALLIATIVE MEDICINE IN PRACTICE"

7–8 CZERWCA 2019, GDAŃSK

Streszczenia wykładów

SESJA 1: NOWE TRENDY W OPIECE PALIATYWNEJ I WSPIERAJĄCEJ

SESSION 1: NEW TRENDS IN PALLIATIVE AND SUPPORTIVE CARE

Przewodnicząca sesji/Chair:

prof. Yvonne Engels (Netherlands)

Proaktywna opieka paliatywna z perspektywy holenderskiej: wyzwania i zmiany
(*Proactive palliative care from a Dutch perspective: challenges and changes*)

prof. Yvonne Engels,

Associate Professor in timely palliative care
Radboud University Medical Centre (Radboudumc),
Department of Anesthesiology,
Pain and Palliative Medicine, Netherlands

In 2002, the current World Health Organisation (WHO) definition was launched, in which it is stated that palliative care should start early, and should focus on physical, social, psychological and spiritual current and future needs.

Within my research group, we performed many studies, in which we found five main barriers for providing such proactive palliative care:

1. When starting palliative care? Are identification tools like the Surprise Question, the Spict, the Radpac or the Gold Standards framework helpful, and what are advantages and disadvantages of them? I will provide an overview of current tools and will give some recommendations on their use.
2. How to communicate with a palliative care patient about the uncertain future? Particularly when it concerns other diseases than cancer, when prognosis is unsure and it concerns a disease like chronic obstructive pulmonary disease (COPD), dementia or heart failure that is not directly linked with dying, professionals have problem to talk about the future with palliative care patients and their family. Based on multiple interactive training sessions with actors I provided to nurses and doctors, I will give some recommendations.

3. How to signal and explore spiritual issues? Being one of the palliative care domains, this domain needs to have attention too. But how? In the Netherlands, the three questions of the Mount Vernon Cancer Network are used to explore this domain, in combination with the Diamond of the Ars Moriendi Model. I will share my experiences and give some suggestions.
4. How to plan proactive care? We made a "translation" of the WHO definition to use in daily care planning.

Opieka paliatywna dla chorych z niewydolnością serca (*Palliative care for patients with heart failure*)

dr n. med. Piotr Sobański

Oddział i Centrum Opieki Paliatywnej, Departament Chorób Wewnętrznych, Schwyz, Szwajcaria

Niewydolność serca (NS) stanowi zespół chorobowy wywołany schorzeniami samego serca (przebyty zawał mięśnia sercowego, kardiomiopatia rozstrzeniowa), układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie tętnicze płucne) lub chorobami systemowymi (cukrzyca, amyloidoza). NS jest także odpowiedzialna za część problemów występujących u pacjentów z wrodzonymi wadami serca. Dokonujący się w ostatnich latach postęp w kardiologii i kardiologii chirurgii istotnie wydłuża czas przeżycia. Znaczenie większe niż wcześniej odsetek pacjentów osiąga zaawansowane stadia choroby i dożywa sędziwego wieku. W zaawansowanych postaciach NS występują objawy i dolegliwości utrzymujące się pomimo optymalnego leczenia kardiologicznego. Dodatkowo, starszy wiek pacjentów kardiologicznych powoduje, że problemy i objawy spowodowane procesem starzenia się i dołączającymi się typowymi dla tego okresu schorzeniami współistniejącymi, stają się stałym elementem czynników pogarszających jakość życia. Wiele z tych problemów wykracza poza ramy nawet najlepszej opieki kardiologicznej.

Pomoc specjalistów, a jeśli sytuacja jest bardziej złożona, zespołów opieki paliatywnej może być bar-

dzo przydatna. Leczenie częstych w populacji chorych z NS objawów (duszność), czy typowych dla większości zaawansowanych stadiów chorób postępujących (ból, depresja, nudności), stanowi jedną z grup problemów stanowiących wskazanie do rozważenia włączenia metod i/lub zespołów paliatywnych do opieki nad chorymi, u których NS znajduje się na pierwszej pozycji, często długiej listy rozpoznań. Pomoc psychologiczna, rzadziej psychiatryczna, ułatwia pacjentom i ich rodzinom w radzeniu sobie z emocjonalnie trudnymi sytuacjami. Pogłębienie komunikacji, bez przemilczania ryzyka postępu choroby i możliwej śmierci, ułatwia świadome podejmowanie decyzji dotyczących przyszłego leczenia i odróżnienie akceptowalnych metod leczenia/interwencji od tych, które nie są zgodne z oczekiwaniami danego chorego. Zespoły kardiologiczne udzielają wyczerpujących informacji dotyczących wskazań i potencjalnych korzyści z podjęcia konkretnej terapii kardiologicznej.

Otwarte mówienie o postępie choroby, sposobie zbliżania się do śmierci i wartościach, jakie stają się najważniejsze dla chorego w tym okresie życia, przychodzi przedstawicielom innych niż opieka paliatywna dyscyplin raczej trudno, ponieważ dotychczas nie było przedmiotem nauczania w programach tych specjalizacji (np. kardiologii). Specjaliści medycyny paliatywnej mogą nie czuć się pewnie w zakresie prowadzenia leczenia kardiologicznego, zarówno farmakologicznego, jak i dostarczanego przy pomocy urządzeń elektronicznych CRT (*cardiac resynchronization therapy*) i CRT-D (*cardiac resynchronization therapy — defibrillation*). Wymienione metody leczenia są często tym bardziej skomplikowane, im bardziej zaawansowana jest NS. Nabycie specjalistycznej wiedzy w zakresie kardiologii przez osoby pracujące w opiece paliatywnej i z zakresu opieki paliatywnej przez pracujących w dziedzinie kardiologii nie jest, ani potrzebne, ani możliwe. Dlatego ścisła współpraca pomiędzy dyscyplinami stanowi holistyczny model opieki w ramach którego mogą zostać zaspokojone potrzeby osób borykających się z problemami wynikającymi z choroby potencjalnie ograniczającej czas życia, zwłaszcza związane z poprawą jego jakości.

SESJA 2: LECZENIE BÓLU PRZEWLEKŁEGO

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek,
dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska,
prof. CMKP

Leczenie bólu neuropatycznego u chorych na nowotwory

prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek
*Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej,
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie; Poradnia Leczenia Bólu,
Szpital Uniwersytecki w Krakowie*

Skuteczność postępowania terapeutycznego u pacjentów z bólem neuropatycznym jest nadal niesatysfakcjonująca, ponieważ jedynie u 50% leczonych chorych uzyskiwana jest 30–50% ulga w dolegliwościach bólowych. Tak niska skuteczność leczenia bólu neuropatycznego jest następstwem zarówno złożonych i nie końca poznanych mechanizmów jego powstawania, jak i różnej etiologii oraz odmienności uszkodzeń powodujących ból neuropatyczny. Wśród chorych na nowotwory komponent neuropatyczny bólu jest następstwem zarówno progresji choroby, jak i zastosowanych metod leczenia nowotworów: metod operacyjnych (przetrwali ból pooperacyjny), radioterapii, chemioterapii i terapii molekularnych.

Leczenie bólu neuropatycznego oparte jest głównie na farmakoterapii, przy czym u chorych na nowotwory opioidy stanowią najczęściej leki pierwszego wyboru, co związane jest przede wszystkim z koniecznością skutecznego uśmierzania innych rodzajów bólu (ból somatyczny, trzewny). W farmakoterapii bólu neuropatycznego w tej grupie pacjentów stosowane są także leki z grupy trójcyklicznych przeciwdepresyjnych (TLPD), wybiórcze inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin–norepinephrine reuptake inhibitor*): wenlafaksyna, duloksetyna, leki przeciwdrgawkowe (gabapentyna, pregabalina, karbamazepina, kwas walproinowy), leki z grupy antagonistów receptora NMDA (ketamina, dekstrometorfan, memantyna), leki blokujące patologiczne kanały sodowe (lidokaina i.v., 5% lidokaina w plastrach) i kanabinoidy. Ponadto, u wybranych chorych skuteczne są właściwie stosowane techniki interwencyjne (termolezja, neuroliza chemiczna). Należy także podkreślić, iż leczenie komponentu bólu neuropatycznego powinno stanowić istotny element kompleksowego postępowania terapeutycznego u chorych na nowotwory, w tym wsparcia psychicznego, socjalnego i duchowego pacjentów oraz rodzin i opiekunów chorych.

Rola kanabinoidów w leczeniu bólu przewlekłego

dr hab. n. med. Anna Przeklasa-Muszyńska

Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry

Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium

Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Konopie są stosowane w medycynie od wielu lat, przy czym zawierają ponad 450 składników, z których ponad 70 jest zakwalifikowanych do fitokannabinoidów. Komponenty chemiczne pochodzące z konopii stosowane w medycynie to kanabinoidy, które w organizmie aktywują specyficzne receptory zlokalizowane zarówno w ośrodkowym układzie nerwowym, jak i w układzie immunologicznym. Receptory kanabinoidowe należą do receptorów błonowych sprzężonych z białkiem G (GPCR, *G Protein-Coupled Receptor*). W organizmie występują dwa typy receptorów kanabinoidowych CB1 i CB2. Ligandy, które oddziałują na te receptory można podzielić na substancje biologiczne (fitokannabinoidy), związki syntetyczne i występujące w organizmie endogenne kanabinoidy (EC, *endogenous cannabinoids*).

W wielu krajach Europy kanabinoidy są dostępne dla pacjentów w leczeniu dolegliwości bólowych i innych objawów. Jednak nadal istnieją kontrowersje dotyczące zarówno roli, jak i właściwego stosowania kanabinoidów w leczeniu bólu i innych objawów. Kanabinoidy nie stanowią „panaceum” i mogą być rozważane u wybranych pacjentów, u których powodują poprawę jakości życia. Dwa spośród wielu kanabinoidów są w sferze szczególnych zainteresowań w medycynie. Delta 9-tetrahydrocannabinol (delta 9-THC) jest głównym składnikiem aktywnym o właściwościach psychoaktywnych i przeciwbólowych. Druga cząsteczka to kannabidiol, który wykazuje mniejsze powinowactwo do receptorów CB, ale przeciwdziała niekorzystnemu wpływowi THC na pamięć, nastrój i funkcje poznawcze, wykazuje również pewien wpływ na modulację bólu.

Kanabinoidy można rozważać w leczeniu bólu przewlekłego (neuropatycznego, nowotworowego), opornych na inne terapie nudności i wymiotów, wyniszczenia, utraty apetytu, spastyczności mięśni w przebiegu stwardnienia rozsianego (SM, *sclerosis multiplex rozsiane*), stwardnienia zanikowego bocznego rdzenia kręgowego (ALS, *amyotrophic lateral sclerosis*), urazu rdzenia kręgowego (SCI, *spinal cord injury*), padaczki lekoopornej, choroby zwyrodnieniowej stawów, bólu mięśniowo-szkieletowego, zaburzeń ruchowych (choroba Parkinsona, Tourette, Huntingtona), jaskry, lęku i depresji, zaburzeń snu, zespołu stresu pourazowego, choroby Alzheimera, otępienia, chorób zapalnych jelit (Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego) i zespołu jelita drażliwego.

Jednoznaczne lub wystarczające dowody skuteczności: leczenie bólu u dorosłych, spastyczność w stwardnieniu rozsianym, nudności i wymioty wywołane chemioterapią, leczenie padaczki lekoopornej — zespół Draveta i Lennox-Gastaut syndromes (CBD).

Umiarkowane dowody na skuteczność: poprawa u pacjentów z zaburzeniami snu związanymi z bólem przewlekłym, SM, fibromialgią, obturacyjnym bezdechem sennym (OSA, *obstructive sleep apnea*), obniżenie ciśnienia w gałkach ocznych w przebiegu jaskry.

Ograniczone dowody na skuteczność: objawy otępienia, choroby Parkinsona, schizofrenii i stresu pourazowego, zaburzenia apetytu i utrata masy ciała związane z HIV/AIDS, pourazowe uszkodzenie mózgu, społeczne zaburzenia lękowe, objawy zespołu Tourette.

Zalecenia dotyczące zastosowania kanabinoidów: przepisywane na receptę przez kompetentnych klinicystów doświadczonych w technikach oceny i wielokierunkowego leczenia, należy unikać stosowania kanabinoidów jako monoterapii, pacjent powinien zostać szczegółowo poinformowany o działaniu i skutkach ubocznych.

Interwencyjne metody leczenia bólu u chorych na nowotwory

dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska,

prof. CMKP

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Postęp w badaniach nad patomechanizmem bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej pozwala na coraz lepsze i skuteczniejsze leczenie. Współczesne leczenie bólu to postępowanie wielokierunkowe, w które zaangażowani są lekarze wielu specjalności. W leczeniu bólu stosowane są różne metody, jednak podstawową rolę odgrywa farmakoterapia. Inne metody leczenia bólu u chorych na nowotwory obejmują:

- leczenie przeciwnowotworowe: miejscowe — radioterapię i systemowe — chemioterapię, hormonoterapię, immunoterapię i leczenie molekularne;
- leczenie chirurgiczne: wertebroplastyka/kyfoplastyka, unieruchomienie złamań patologicznych;
- interwencyjne techniki anestezjologiczne: blokady, zabiegi neurodestrukcyjne (neurolizy, termolezje), opioidy i/lub leki znieczulające miejscowo stosowane drogą dokanałową;
- neurostymulację przezskórną i nardzeniową;
- psychoterapię;
- rehabilitację.

Najczęściej stosowane techniki interwencyjne leczenia bólu u chorych na nowotwory:

- neuroлиза splotu trzewnego u chorych na nowotwory głowy trzustki;

- obustronna torakoskopowa splanchnectomia u pacjentów z rakiem trzonu i ogona trzustki;
- termolezja zwoju gwiaździstego w nowotworze szczytu płuca (guz Pancoasta);
- termolezja nerwów międzyżebrowych u chorych z przerzutami do żeber i ściany klatki piersiowej;
- neuroliza/termolezja zwoju skrzydłowo-podniebiennego u chorych na nowotwory głowy i szyi;
- neuroliza/termolezja odcinka lędźwiowego pnia współczulnego u chorych na nowotwory miednicy i kończyny dolnej;
- neuroliza zwoju podbrzusznego górnego u chorych na nowotwory miednicy mniejszej;
- neuroliza zwoju Waltera w przypadku bólu wywołanego nowotworem krocza i odbytu;
- leki podawane dokanałowo w bólu kostnym i neuropatycznym;
- leki podawane powierzchniowo — 8% kapsaicyna.

U chorych na nowotwory nie należy traktować interwencyjnych metod leczenia bólu, jako czwartego stopnia drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*), ale o ile istnieją wskazania, zabieg należy wykonać odpowiednio wcześniej, kiedy pacjent zaczyna odczuwać dolegliwości bólowe, co pozwala na znaczne ograniczenie złożonego leczenia farmakologicznego, i/lub opóźnienie jego rozpoczęcia. Zastosowanie technik inwazyjnych powoduje ryzyko wystąpienia powikłań i objawów niepożądanych. Trwałe uszkodzenie struktur nerwowych, a zwłaszcza nerwu obwodowego, może powodować przykre konsekwencje takie, jak parestezje, uczucie odrętwienia, a także deficyt ruchowy, dlatego przed wykonaniem każdego zabiegu neurodestrukcyjnego należy dokładnie poinformować pacjenta o możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i ewentualnych powikłań. Konieczne jest uzyskanie świadomej, pisemnej zgody chorych na wykonanie zabiegu.

Skuteczne leczenie bólu u chorych na nowotwory wymaga szerokiego i wielokierunkowego podejścia, z uwzględnieniem patomechanizmu bólu, co pozwala dobrać dla danego pacjenta najbardziej optymalną terapię. Wskazania do skierowania chorego z bólem towarzyszącym chorobie nowotworowej do Poradni Leczenia Bólu celem wykonania techniki interwencyjnej stanowią:

- brak skuteczności stosowanej dotychczas farmakoterapii;
- wystąpienie objawów niepożądanych towarzyszących zastosowanej farmakoterapii, które nie poddają się leczeniu;
- ból zlokalizowany;
- kryzys bólowy.

SESJA 3: OPIEKA PALIATYWNA W CHOROBAH NIENOWOTWOROWYCH

Przewodniczące: prof. dr hab. n. med.
Monika Lichodziejewska-Niemierko,
dr n. med. Iwona Damps-Konstańska

Opieka paliatywna dla pacjentów z przewlekłymi chorobami nerek

prof. dr hab. n. med.

Monika Lichodziejewska-Niemierko
*Zakład Medycyny Paliatywnej i Klinika Nefrologii
Transplantologii i Chorób Wewnętrznych,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

Opieka paliatywna najczęściej kojarzona jest z chorymi na nowotwory. Schyłkowa niewydolność nerek dzieli wiele wspólnych cech z chorobą nowotworową m. in. skrócony czas przeżycia i obciążenie licznymi objawami. Najszybciej rosnącą grupą wśród chorych w niewydolności nerek, w tym poddawanych leczeniu dializami, są pacjenci w wieku powyżej 75 lat, którzy cierpią z powodu licznych schorzeń towarzyszących i związanych z nimi objawów. Dodatkowo, jakość życia pogarszają liczne i długie hospitalizacje, a czas przeżycia jest bardzo ograniczony. Obie populacje chorych i ich rodzin powinny mieć możliwość korzystania z elementów opieki paliatywnej na każdym etapie choroby. Opieka paliatywna sprawowana nad chorymi ze schyłkową niewydolnością nerek powinna obejmować stałą ocenę i adekwatne postępowanie w celu zapewnienia skutecznego leczenia objawów oraz kompleksowego wsparcia psycho-socjalnego i duchowego.

Powszechnie zgłaszanym przez chorych i jednocześnie najrzadziej adresowanym i leczonym objawem jest zmęczenie, występujące do 97% pacjentów. Do innych objawów somatycznych należą świąd (do 77% chorych), ból (do 83% pacjentów, a u 75% z nich niewłaściwie leczony), brak apetytu (do 61%), nudności (do 48%) zaparcia (do 57%), zespół niespokojnych nóg (do 52%). Jakość życia chorych pogarszają również objawy psychologiczne: lęk (do 52% chorych), depresja (do 58%) i zaburzenia snu (do 83%). Z punktu widzenia chorych istotne są problemy socjalne np. możliwość zatrudnienia, czy podróżowania, jak również zagadnienia duchowe związane z poczuciem sensu życia.

W aktualnym piśmiennictwie podkreśla się istotę spojrzenia na chorobę przez pryzmat chorego: np. badania w ramach SONG Initiative służą ocenie jakości życia i terapii od strony pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i wykazują jak różnie postrzegane są priorytety terapii przez chorych i leczący ich personel medyczny. W XXI wieku opieka nakierowana na pacjenta (*patient-centered care*) powinna całkowicie zastąpić leczenie jednostek chorobowych (*disease-centered care*).

Istotnym elementem opieki paliatywnej zapewnianej chorym z niewydolnością nerek jest ocena rokowania konieczna dla wspólnego podjęcia decyzji (*shared decision-making*) dotyczących inwazyjnego sposobu postępowania (dializoterapia, zabiegi operacyjne). W Polsce często jedynie lekarz decyduje o wdrożeniu terapii kierując się niejednokrotnie wyłącznie przesłankami biochemicznymi, a nie najlepszym interesem chorego. Pacjent i jego rodzina powinni uzyskać pełną i uaktualnianą informację dotyczącą stanu zdrowia, mieć możliwość planowania opieki z wyprzedzeniem (*advance care planning*) łącznie z powołaniem pełnomocnika. W stacjach dializ i oddziałach nefrologicznych powinien istnieć protokół postępowania w zaawansowanej chorobie, a pacjenci, zwłaszcza leczeni zachowawczo, powinni mieć możliwość korzystania z hospicjów i oddziałów medycyny paliatywnej. Dane z piśmiennictwa wskazują, iż pacjenci umierający z powodu niewydolności nerek, częściej niż chorzy na nowotwory, są poddawani terapiom, które można uznać za daremne, a rzadko korzystają z opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wprowadzenie podstawowej opieki paliatywnej do ośrodków nefrologicznych i współpraca specjalistycznej opieki paliatywnej może korzystnie wpłynąć na jakość życia chorych z niewydolnością nerek i ich rodzin zarówno w okresie choroby przewlekłej, jak i u kresu życia oraz osierocenia.

Postępowanie w duszności u pacjentów z chorobami nienowotworowymi

dr n. med. Iwona Damps-Konstańska
Klinika Alergologii, Katedra Pneumonologii
i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Duszność to subiektywne odczucie dyskomfortu w oddychaniu na które składają się jakościowo różne odczucia, które różnią się natężeniem. Duszność występuje u niemal wszystkich chorych na zaawansowane choroby układu oddechowego i krążenia, a także w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych. Objaw ten może występować przewlekłe lub wystąpić nagle, często przewlekłe występująca duszność nasila się na skutek wystąpienia nowych patofizjologicznych zaburzeń u chorego. Zazwyczaj duszność ulega nasileniu na 3 do 10 dni przed śmiercią.

Postępowanie w duszności powinno być następujące: ocena nasilenia, ustalenie jej przyczyn i leczenie. Ten subiektywny objaw oceniany jest z zastosowaniem skal VAS (*Visual Analogue Scale*), NRS (*Numerical Rating Scale*), MRC (*Medical Research Council Scale*) i skali Borga.

W zaawansowanym okresie choroby, duszność może być spowodowana wieloma współwystępującymi czynnikami. Zawsze należy ustalić przyczynę wystąpienia lub nasilenia duszności, ponieważ jest to niezbędne

do właściwego doboru metod leczenia. W każdej sytuacji należy leczyć przyczynowo odwracalne przyczyny duszności, do których zaliczana są między innymi: cierpienie emocjonalne, niedokrwistość, nieustępujący ból, zapalenie płuc, czy ciało obce w drogach oddechowych.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe chorego pozwala na ustalenie najbardziej prawdopodobnej przyczyny duszności. Dobór badań dodatkowych pomocnych w jej ustaleniu zależy od stopnia zaawansowania choroby.

Do metod leczenia duszności zaliczane są farmakoterapia i metody niefarmakologiczne. W leczeniu duszności stosowane są między innymi leki rozszerzające oskrzela, opioidy, beznodwuazepiny, diuretyki pętłowe i glikokortykosteroidy.

Leki rozszerzające oskrzela odgrywają istotną rolę w leczeniu duszności u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Leki przeciwcholinergiczne i β_2 -mimetyki stosowane są za pomocą osobistych inhalatorów i w postaci nebulizacji. Preferowane są leki długodziałające.

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zastosowanie morfiny u chorych na zaawansowaną POChP należy rozważyć, gdy pomimo optymalnego leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego, zgodnego z wytycznymi, chorzy odczuwają znaczną duszność przy minimalnym wysiłku. Terapię należy rozpocząć morfiną o natychmiastowym uwalnianiu podawaną drogą doustną w niskich dawkach (np. 1,25–2,5 mg), które można stopniowo zwiększać do osiągnięcia pożądanego efektu.

W leczeniu duszności wykorzystuje się także leki z grupy benzodwuazepin, anksjolityki. Wykazano skuteczność tej grupy leków u chorych, u których występują napady lęku. Brak wystarczających dowodów na ich skuteczność w leczeniu duszności.

Diuretyki pętłowe są stosowane u chorych, u których duszność jest spowodowana niewydolnością serca. Podejmowano próby wykorzystania furosemidu podawanego w postaci nebulizacji w leczeniu duszności, jednak eksperci w dziedzinie opieki paliatywnej w odniesieniu do terapii prowadzonej u pacjentów z zaawansowanymi chorobami płuc nie zalecają takiego postępowania.

Korzyści ze stosowania systemowo podawanych glikokortykosteroidów mogą odnieść chorzy, u których duszność jest wynikiem nasilonego procesu zapalnego przebiegającego w drogach oddechowych z obturacją oskrzeli lub zmiany w tkance śródmiąższowej płuc w przebiegu zaostżeń POChP, czy chorób śródmiąższowych płuc.

Metody niefarmakologiczne wykorzystywane w leczeniu duszności obejmują rehabilitację, usuwanie zalegającej w drogach oddechowych wydzieliny, tle-

noterapię, wentylację nieinwazyjną (NIV, *noninvasive ventilation*), w tym szczególnie jej formę z użyciem donosowej kaniuli przez którą podawany jest ogrzany i nawilżony tlen o przepływie do 60 l/min (HFNT, *high-flow nasal therapy*). Wykorzystywany jest także nawiew powietrza na twarz chorego przy użyciu wentylatorów i wiatraczków. Przegląd systematyczny dostępnych wyników badań dotyczących zastosowania nawiewu powietrza na twarz chorego w leczeniu duszności dowodzi, że metoda może być skutecznie wykorzystywana, jednak autorzy zalecają prowadzenie dalszych badań klinicznych.

W codziennej praktyce klinicznej, z uwagi na współistnienie różnych mechanizmów duszności, kojarzone są leki o różnych mechanizmach działania z metodami nefarmakologicznymi.

SESJA 4: OPIEKA DUCHOWA

Przewodniczący: ks. kan. dr Władysław Duda,
dr n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR

**Planowanie opieki z wyprzedzeniem
w wymiarze duchowym**

dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik, prof. UMK

Czy sedacja paliatywna różni się od eutanazji?

dr n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR

*Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział
Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów*

Wokół sedacji paliatywnej powstało wiele mitów i nieporozumień. Z tych powodów wielu chorych odmawia takiego leczenia w obawie, że ktoś może to odebrać, jako postępowanie pro-eutanatyczne. Także dyskusje w literaturze są niejednoznaczne i istnieją duże różnice, jeżeli chodzi o interpretację etyczną sedacji w różnych krajach. Wykład będzie poświęcony głównie kilku zagadnieniom.

Po pierwsze zostanie przedstawiona definicja sedacji paliatywnej, a także aspekty etyczne tego zagadnienia. Podkreślone zostaną różnice pomiędzy sedacją paliatywną, a eutanazją, a także sposoby wytłumaczenia choremu i rodzinie wspomnianych różnic. Jednocześnie przedstawionych zostanie kilka praktycznych problemów z którymi może się spotkać lekarz praktyk i możliwych rozwiązań. Co robić, jeżeli pacjent musi być wprowadzony w stan śpiączki farmakologicznej, a leki nie odnoszą odpowiedniego skutku — czy to już nie będzie eutanazja? Czy etycznym jest wybudzenie pacjentów umierających ze śpiączki farmakologicznej? Kiedy tak, a kiedy nie? Jakie są niebezpieczeństwa stosowania sedacji paliatywnej? Czy sedacja paliatywna powoduje skrócenie czasu przeżycia chorego i czy ten aspekt może być uważany, jako kryterium w dyskusji etycznej? Celem wykładu jest rozpoczęcie racjonalnej dyskusji na ten temat, a nie osiągnięcie konsensusu.

Duch wieje kędy chce — meandry duchowe opieki paliatywnej

ks. kan. dr Władysław Duda

*Archidiecezjalny Zespół Domowej Opieki
Paliatywnej w Warszawie, Warszawa*

Z mojego doświadczenia duszpasterskiego wynika, że osoby obojętne duchowo, które dzieciństwo spędziły w atmosferze religijnej, decydują się najczęściej, podczas osvajania ze swoim stanem zdrowotnym wymagającym opieki paliatywnej, na szukanie pomocy duchowej właśnie w sferze religijnej. Sięgają do dawnych, odszukanych w pamięci szczątkowych fragmentów przeżyć religijnych na które nakładają się późniejsze doświadczenia życiowe i niekiedy przypadkowe informacje zaczerpnięte od otoczenia.

Stan taki powoduje często zapętlenie się tych różnych elementów, pozornie tworzących duchową przestrzeń. Pochodzą jednak one z różnych źródeł tworząc wewnętrzną, wyzwalającą lęki i trudne napięcia emocjonalne, swoisty świat osoby chorej, świadomej zbliżającego się kresu życia. Częstym objawem takiego położenia jest wewnętrzny niepokój, chorobliwe szukanie w przeszłości grzechów, zaniedbań itp. wywołujących skruchy, przymus do wypełniania zmyślonych w czasie bezsensownych nocy pokut, postów lub innych wyrzeczeń. Często taka osoba staje się trudną, pełną niecierpliwości, agresji i roszczeń wobec otoczenia.

Spotyka się też stan przeciwny, zamknięcia w sobie, goryczy, prowadzący nierzadko do rozpacz. W obu tych powiedzmy, skrajnych przypadkach, nie może być mowy o współpracy osoby chorej w procesie leczenia i pielęgnacji. Kiedy nawet pominiemy powyższe skrajności, zazwyczaj wewnętrzny świat Ducha zbudowany na prędko, na potrzeby radzenia sobie w okresie zaawansowanej choroby, pod presją uciekającego czasu, stwarza wiele trudności w życiu wewnętrznym, co przekłada się na relacje z otoczeniem.

Sytuacja taka czasem może spowodować pokusę, aby nie ingerować w świat ducha osoby chorej, ponieważ już nawiązanie choćby krótkiej rozmowy pokazuje zazwyczaj złożoność tej wewnętrznej, duchowej przestrzeni. Opcja taka byłaby najgorszą z możliwych, bowiem wzmocniłaby jeszcze bardziej i tak wątłe poczucie bezpieczeństwa. Takiej osobie trzeba koniecznie towarzyszyć, choć może okazać się to bardzo trudne, ale nie zostawiać jej w tym podszytym lękiem, wywołującym trudne emocje, wydumanym świecie, często pełnym ciemności.

Aby pomóc w takiej sytuacji należy samemu posiadać kilka podstawowych zdolności, czy raczej umiejętności będących owocem duchowej pracy nad sobą. Najważniejsza jest otwartość na tchnienie Ducha, które symbolizuje i wyobraża okno otwarte na świat, dające światło i poczucie wolności. Przychodząc do chorego,

aby pomóc, trzeba posiadać zdolność wolności Ducha, która daje lekkość swojego ja, nie przygniata swoim ego. Nie idę do tej osoby z zaplanowaną rozmową. Jestem wolny i otwarty na przestrzeń wewnętrzną, w którą pozwoli mi wejść. Czasem ta przestrzeń może być bardzo ograniczona, wymagająca z mojej strony wielkiej cierpliwości i delikatności. Światło, którym ją wypełnię będzie dla tej osoby lekarstwem, pamiętając słowa Chrystusa: „Wy jesteście światłem świata”.

SESJA 5: WSPARCIE PSYCHOSOCJALNE RODZIN I OPIEKUNÓW CHORYCH

Przewodniczące: prof. dr hab. n. med.

Krystyna de Walden-Gałuszko,

dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

Wsparcie psychosocjalne rodzin i opiekunów chorych

prof. dr hab. n. med.

Krystyna de Walden-Gałuszko

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

Zaawansowany etap choroby nowotworowej bliskiego członka rodziny stanowi największy stres dla rodziny w okresie całego przebiegu schorzenia. Reakcje są bardzo różne i zależą zarówno od wieku i etapu rozwojowego rodziny, od trajektorii choroby, wsparcia otoczenia, warunków finansowo-bytowych, jak i od indywidualnych różnic osobowościowych poszczególnych członków rodziny. Reakcje na sytuację choroby w rodzinie pojawiają się w tzw. modelu homeostazy wewnątrzrodzinnej: zwiększenie spójności rodziny, izolacji od obcych, koncentracji na osobie chorej, często z zaniedbywaniem własnych potrzeb, braku reorganizacji życia codziennego (utrzymanie *status quo*).

Reakcje indywidualne opiekunów często stanowią odzwierciedlenie uczuć chorego. Jest to lęk, smutek, bunt, gniew — często ukrywany przed chorym, naprzemiennie pojawiające się okresy mobilizacji i zniechęcenia. Ten stan dużego dyskomfortu opiekunowie próbują przezwyciężyć przez strategie obronne: walkę, targowanie się, ucieczkę w nadaktywność, lub w rzekomy spokój. W takiej sytuacji pomoc ze strony otoczenia wydaje się być niezwykle ważna, jednak powinna być dostosowana do konkretnych potrzeb opiekuna. Formy zewnętrzne takiej pomocy obejmują instrukcje właściwej opieki nad chorym, okresowe odciążenie od obowiązków, pomoc socjalno-bytową i troskę o zdrowie fizyczne opiekunów.

W bardzo wielu sytuacjach istotne jest wsparcie psychiczne, które powinno być dopasowane do indywidualnego zapotrzebowania, zależnie od typu osobowości, stylu więzi i ośrodka poczucia kontroli.

Reakcje psychiczne na sytuację opiekuna dyktują z kolei wybór konkretnych form wsparcia. Może nim być wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne lub duchowe. Zdarzają się także sytuacje w których wsparcie wyraża się próbą poprawy relacji pomiędzy opiekunem, a chorym np. przez pomoc w uzgodnieniu postaw wobec choroby lub śmierci.

Wsparcie psychosocjalne rodziców chorych dzieci

dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet

Medyczny w Lublinie; Klinika Hematologii,

Onkologii i Transplantologii Dziecięcej,

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Rozpoznanie potrzeb chorych dzieci i osób z najbliższego otoczenia, na różnych etapach choroby, jest kluczowe w planowaniu optymalnej opieki psychoonkologicznej. Nie wszyscy z podopiecznych wymagają tak samo intensywnej pomocy i opieki. Ann Kazak, psychiatra z Filadelfii wraz z współpracownikami przedstawiła w 2003 r. koncepcję zróżnicowanego zapotrzebowania na wsparcie, w zależności od typu systemu rodzinnego chorego dziecka. Wyróżniono typy rodzin: uniwersalną (*universal*), ukierunkowaną (*targeted*) i kliniczną (*clinical*).

Rodzina uniwersalna wykazuje dobrą adaptację do choroby i leczenia dziecka, posiada znaczne zasoby własne i źródła wsparcia, stąd wystarczające jest objęcie jej standardowym wsparciem i psychoedukacją, np. zadbanie o dostarczenie broszur informacyjnych, zapoznanie z organizacją oddziału i możliwościami uzyskania pomocy w okresie nieradzenia sobie z wymogami leczenia. Rodzina ukierunkowana, oprócz chorego dziecka, ujawnia dodatkowe problemy, które angażują jej członków, stąd wymaga okresowych interwencji. Rodziny kliniczne doświadczają wielu problemów i często mają ograniczone zasoby, do tej grupy osób powinny być kierowane intensywne interwencje. Określenie zapotrzebowania na wsparcie rodziny chorego dziecka wymaga rozpoznania sytuacji psychospołecznej. PAT 2.0 (*Psychosocial Assessment Tool*) jest przydatnym narzędziem skринingowym, które umożliwia ocenę problemów w rodzinie, wsparcia społecznego, reakcji rodziców na stres, przekonań rodziny i problemów chorego dziecka oraz rodzeństwa.

Odnosząc się do modelu zapotrzebowania na wsparcie można uznać, że rodziny uniwersalne wymagają działań prewencyjnych, rodziny ukierunkowane wsparcia, a rodziny kliniczne powinny być objęte interwencjami leczniczymi. Odsetek rodzin wymagających poszczególnych form interwencji wynosi: prewencja 60%, wsparcie 10–20% i interwencje lecznicze 20–25%.

Do udzielania interwencji leczniczych są przygotowani głównie psychologowie i psychoterapeuci, natomiast do podejmowania działań prewencyjnych i wsparcia powinni zostać przygotowani wszyscy członkowie wielodyscyplinarnego zespołu prowadzącego leczenie, poprzez dostępne szkolenia i warsztaty dla personelu medycznego.

Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne opracowało opis dwóch poziomów kwalifikacji (umiejętności), których posiadanie gwarantuje sprawowanie profesjonalnej opieki nad chorymi na nowotwory:

- Wsparcie osób chorych onkologicznie, osób po chorobie nowotworowej oraz ich rodzin i otoczenia — jest skierowane głównie do osób pracujących lub chcących rozpocząć pracę w obszarze wsparcia i pomocy chorym na nowotwory i ich rodzinom (np. lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, duchowni).
- Diagnoza i pomoc psychoonkologiczna osobom chorym onkologicznie, osobom po chorobie nowotworowej oraz ich rodzinom i otoczeniu — psychoonkolog — jest skierowana do osób pracujących w obszarze pomocy psychologicznej i psychoonkologicznej na rzecz chorych na nowotwory, ich rodzin i osób z otoczenia (psychologowie i lekarze psychiatry).

W obu przypadkach możliwe będzie uzyskanie certyfikatu państwowego potwierdzającego posiadane umiejętności.

Ważny element zintegrowanej opieki zapewniającej rodzinom dzieci chorych na nowotwory stanowi wsparcie organizacji pozarządowych. Cieszy różnorodność dostępnej pomocy, która dotyczy wsparcia materialnego (prowadzenie rachunków bankowych, pomoc rzeczowa), psychicznego i społecznego (organizowanie wyjazdów rehabilitacyjnych dla rodzeństwa chorych dzieci i dla całych rodzin).

SESJA 6: PRACE ZGŁOSZONE

Przewodniczący: dr n. med. Leszek Pawłowski,
dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP

SESJA 7: FARMAKOTERAPIA BÓLU ANALGETYKAMI OPIOIDOWYMI

Przewodniczący: dr n. med. Jarosław Woron,
dr n. med. Anna Orońska

Interakcje analgetyków opioidowych z innymi równocześnie stosowanymi lekami

dr n. med. Jarosław Woron

Szpital Uniwersytecki w Krakowie; Zakład
Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii,
Wydział Lekarski, Collegium Medicum,
Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Chorzy na nowotwory są narażeni w sposób szczególny na ryzyko występowania działań niepożądanych i niekorzystnych interakcji leków. Wynika to z faktu

występowania permanentnego stanu zapalnego, który w istotny sposób modyfikuje aktywność izoenzymów cytochromu P450, który uczestniczy w metabolizmie znakomitej większości leków stosowanych w onkologii i w medycynie paliatywnej. W zaawansowanym okresie choroby nowotworowej w krótkim okresie czasie następują zmiany w objętości dystrybucji, dochodzi do hypoalbuminemii, co z kolei nasila obrzęki, pojawia się upośledzenie funkcji wydalniczej nerek, co zaburza klirens wielu leków. U chorych na nowotwory występują nie tylko interakcje farmakokinetyczne, ale także interakcje farmakodynamiczne, które w konsekwencji upośledzają efekty analgetyczne leków przeciwbólowych. W praktyce nadal często stosowane są u pacjentów z bólem w przebiegu choroby nowotworowej leki z grupy SSRI i leki antycholinergiczne o działaniu ośrodkowym. Warto pamiętać, że stosowanie leków serotoninerdycznych bez działania hamującego wychwyty zwrotny noradrenaliny, w przypadku uszkodzonego neuronu, może paradoksalnie nasilać nocycepcję, ograniczając skuteczność analgetyków z innych grup farmakologicznych, stąd zalecenie, aby w tej grupie pacjentów stosować leki z grupy SNRI.

W przypadku stosowania leków o działaniu antycholinergicznym, które wykazują efekt ośrodkowy (fenotiazyny, doksepina, hydroksyzyna, difenhydramina) warto pamiętać, iż upośledzają one aktywność nadrdzeniowych szlaków cholinergicznym przez co zmniejszają skuteczność m.in. leków z grupy NLPZ, nasilając jednocześnie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, m.in. zaparcia stolca. W praktyce obserwuje się także interakcje pomiędzy analgetykami opioidowymi, a benzodiazepinami i lekami "Z", a konsekwencją tych interakcji może być wzrost ryzyka wystąpienia neurotoksyczności. Warto podkreślić, iż u pacjentów leczonych morfiną lub oksykodonem, a są to opioidy będące słabymi zasadami w przypadku zakwaszenia moczu (podanie witaminy C, suplementy diety z żurawiną), dochodzi do ich bardzo szybkiej eliminacji. Pomimo powszechnej wiedzy na temat braku korzyści w zakresie potencjalizacji analgezji nadal spotyka się przypadki łączenia tramadolu z silnymi opioidami. Nie zalecane jest także jednoczesne podawanie buprenorfiny i oksykodonu z uwagi na przeciwstawny wpływ na receptory opioidowe kappa.

Działania niepożądane analgetyków opioidowych

dr n. med. Elwira Góraj

Oddział Medycyny Paliatywnej, Klinika Diagnostyki
Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny
Paliatywnej, Centrum Onkologii — Instytut
im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa

Najczęściej obserwowane objawy uboczne opioidów: nudności, sedacja, zaparcie stolca, depresja

oddechowa są spowodowane aktywacją receptorów opioidowych. Rzadziej spotykane objawy takie, jak mioklonie, halucynacje i dezorientacja, nie ulegają odwróceniu po podaniu antagonistów, a leczenie wymaga zmniejszenia dawki opioidu lub zmiany leku.

U pacjentów w wieku podeszłym, w wyniku zmniejszonej masy wątroby, eliminacja wątrobowa spada o ok. 30–40%. Pogorszeniu ulega czynność nerek, co nie zawsze koreluje z poziomem kreatyniny (spadek masy mięśniowej), stąd konieczne jest indywidualne dostosowanie dawek analgetyków opioidowych.

Dawki opioidów niezbędne do uzyskania zadowalającego efektu analgetycznego różnią się u poszczególnych osób. Ta indywidualna zmienność wynika z genetycznie uwarunkowanej podatności na leki. Skuteczność danego opioidu mogą zmieniać także geny związane z działaniem biologicznych systemów, modyfikujących analgezję opioidową. Opioidy mogą same powodować ból i paradoksalnie, im silniejszy lek opioidowy, tym częstsze jest zjawisko hiperalgezji.

Bardzo wysokie dawki opioidów prowadzą do obniżenia poziomu testosteronu i kortykoidów, powodując nudności, osłabienie i spadki ciśnienia tętniczego krwi. Wpływ opioidów na układ odpornościowy jest zjawiskiem złożonym i zależy od rodzaju opioidu oraz rodzaju komórek na które działa dany lek.

NBS — *narcotic bowel syndrome*, oznacza trudny do leczenia ból brzucha, którego nie można wyjaśnić aktualnym rozpoznaniem lub chorobami współistniejącymi u pacjentów, otrzymujących stałe lub wzrastające dawki opioidów. Występuje u ok. 5% chorych leczonych długotrwale opioidami, NBS należy różnicować z poopoidowymi zaburzeniami jelitowymi (OIBD, *opioid-induced bowel dysfunction*) i zaparciem stolca wywołanym opioidami (OIC, *opioid-induced constipation*). Najskuteczniejszym leczeniem NBS jest stopniowe odstawienie opioidów wraz ze wsparciem psychologicznym i leczeniem wspomagającym.

Zaburzenia hormonalne, zwłaszcza u młodszych pacjentów, obejmują hypogonadotropizm, hypogonadyzm, zmniejszenie libido, masy mięśniowej i mineralizacji kości.

Zatrucie lekami opioidowymi może powodować niewydolność wielonarządową. Pod wpływem opioidów opóźnieniu ulega opróżnianie żołądka i zwolnieniu perystaltyka propulsywna przewodu pokarmowego, co może przedłużać czas wchłaniania. Jeśli dojdzie do zaburzeń kinetyki leku, wówczas niewielkie zwiększenie dawki prowadzi do nieproporcjonalnego wzrostu stężenia opioidu w osoczu i nasila objawy zatrucia. Jeżeli te dwa efekty zbiegną się w czasie, mogą powodować toksyczność opioidową o ciężkim przebiegu, która może wystąpić z opóźnieniem, co powoduje pomyłki diagnostyczne, jak i zatrucie przewlekłe.

Klasyczny toksydrom dla zatrucia opioidowego obejmuje bezdech, dezorientację i zwężenie źrenic, przy czym samo zwężenie źrenic nie jest wystarczającym objawem przedawkowania. Zaburzenia utlenowania krwi tętniczej w postaci obniżenia saturacji poniżej 90% przy oddychaniu powietrzem z liczbą oddechów na minutę wystarczającą do prawidłowej eliminacji dwutlenku węgla, może sugerować niekardiogeny obrzęk płuc, rozwijający się niekiedy jako późny objaw zatrucia opioidami. Postulowanym mechanizmem wydaje się być zwiększona przepuszczalność kapilarna spowodowana immunoglobulinami i odkładaniem składowych układu dopełniacza w płucach. Prawdopodobny jest również wzrost przepuszczalności o podłożu neurogenym wynikający z wpływu opioidów na pień mózgu.

Depresja oddechowa nawet u pacjentów nieleczonych uprzednio opioidami (opioid naive), występuje rzadko, o ile dawki początkowe są niskie i prawidłowo miareczkowane. Ryzyko wzrasta z wiekiem, u przewlekle chorych i u pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami oddychania w przebiegu np. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, niektórych chorób neurologicznych (stwardnienie rozsiane), lub na skutek przyjmowania leków powodujących depresję ośrodkowego układu nerwowego

Miejscowe stosowanie analgetyków opioidowych

dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra

Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi;

Oddział Medycyny Paliatywnej, Uniwersytecki

Szpital Kliniczny im. WAM — Centralny Szpital

Weteranów w Łodzi

Stosowanie analgetyków opioidowych miejscowo jest nadal niedoceniane, chociaż ta droga podania wydaje się być skuteczna i bezpieczna w leczeniu bólu ostrego i przewlekłego. Miejscowe podanie opioidów rzadko powoduje działania niepożądane, co jest związane z niewielką biodostępnością. Początki badań nad zastosowaniem miejscowym analgetyków opioidowych sięgają lat dziewięćdziesiątych, kiedy opublikowano pierwsze wyniki badań potwierdzających skuteczność miejscowego stosowania opioidów w leczeniu bólu zapalnego, jednak przy braku efektu w bólu neuropatycznym i wywołanym oparzeniami. Mniejszą skuteczność miejscowego stosowania opioidów obserwowano także w leczeniu bólu związanego z owrzodzeniami tętniczymi i żylnymi.

W okresie ostatnich dwudziestu lat ukazało się niewiele publikacji dotyczących opioidów stosowanych miejscowo. Najczęściej badanym opioidem była morfina, jednak dostępne są także doniesienia dotyczące miejscowego zastosowania diamorfiny, oksy-

kodonu i metadonu. Większość danych dotyczących miejscowego stosowania opioidów pochodzi z prac kazuistycznych. Miejscowo podawane są opioidy przenikające przez skórę i bezpośrednio oddziałujące na receptory opioidowe, nie podlegające procesom metabolizmu systemowego. Nie zalecane jest stosowanie miejscowo proleków (tramadol, kodeina, hydrokodon) i fentanylu.

Korzyści miejscowego podania opioidów obejmują zapewnienie analgezji w obrębie uszkodzonych tkanek i w miejscu aplikacji, korzystny profil bezpieczeństwa i rzadkie działania niepożądane. Ponadto, możliwe jest zmniejszenie dawek opioidów podawanych systemowo (drogą doustną lub pozajelitową). Metabolizm wątrobowy nie odgrywa istotnej roli, co jest ważne w grupie chorych z zaburzeniami czynności wątroby i genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami aktywności enzymów. Terapia jest tania, jednak koszty mogą być wyższe, kiedy mieszaniny zawierają liczne składniki.

Celem badania była ocena skuteczności i bezpieczeństwa morfiny stosowanej miejscowo w leczeniu bólu wywołanego uszkodzeniami błony śluzowej lub skóry u chorych na nowotwory. Badanie miało charakter randomizowanej, naprzemiennej próby klinicznej z kontrolą placebo (14 dni), a następnie fazą otwartą (28 dni). Do badania zakwalifikowano pacjentów dorosłych ze zlokalizowanym bólem związanym z nowotworem, leczonych opioidami podawanymi systemowo. Pacjenci samodzielnie nakładali hydrożel zawierający 0,2% morfinę na zmiany śluzówkowe lub maść zawierającą 0,2% morfinę na zmiany skórne. Do badania włączono 35 pacjentów, wszyscy chorzy ukończyli okres 14 dni obserwacji. Wyniki potwierdziły zadowalającą skuteczność analgetyczną i bezpieczeństwo morfiny podawanej miejscowo.

Wpływ opioidów na układ immunologiczny — aspekty kliniczne

dr n. med. Renata Zajączkowska

*Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej,
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński,
Kraków*

Opioidy są ważną grupą analgetyków stosowanych w farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory. W ostatnich latach pojawia się coraz więcej badań, które wskazują na potencjalne immunosupresyjne działanie opioidowych leków przeciwbólowych i poważne konsekwencje tego działania, w tym między innymi ryzyko progresji choroby nowotworowej. Należy podkreślić, że wyniki badań dotyczących tego zagadnienia są niejednoznaczne i powinny być interpretowane z dużą ostrożnością. Nie mogą one zwłaszcza stanowić argumentu przeciwko stosowaniu opioidów w leczeniu bólu u chorych na nowotwory, a priorytetem powinno być zawsze skuteczne leczenie bólu, łagodzenie cierpienia i poprawa jakości życia chorych na nowotwory i ich rodzin (opiekunów). Potencjalne ryzyko stosowania opioidów sugeruje poszukiwanie innych, skutecznych i, co niezmiernie istotne, bezpiecznych metod postępowania przeciwbólowego. Wiele nadziei w tym zakresie budzi rozwój technik analgezji regionalnej, których zastosowanie, m.in. w okresie okołoperacyjnym, pozwala na istotne zmniejszenie dawek opioidów i dzięki temu zmniejszenie ryzyka immunosupresji związanej ze stosowaniem tej grupy leków. W piśmiennictwie dostępnych jest wiele badań oceniających wpływ technik analgezji regionalnej na progresję choroby nowotworowej, jednakże ich interpretacja jest trudna, ponieważ wiele czynników w okresie okołoperacyjnym (w tym uraz chirurgiczny, nieskutecznie leczony ból, stres i hipotermia) wykazuje działanie immunosupresyjne i może zwiększać ryzyko progresji choroby nowotworowej. Niezbędne jest prowadzenie dalszych badań w celu weryfikacji dostępnych danych dotyczących zarówno potencjalnie niekorzystnego wpływu opioidów na układ immunologiczny, jak i ewentualnego ochronnego działania technik analgezji regionalnej u chorych na nowotwory.

Prace zgłoszone

Poczucie lęku u pacjentów objętych opieką paliatywną

Weronika Kamińska

Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański, Gdańsk

WSTĘP: W opiece medycznej niejednokrotnie zauważalna jest tendencja do medykalizacji, a pomniejszanie znaczenia psycho-społecznych potrzeb pacjenta. Zaawansowana faza choroby wyzwała potrzebę akceptacji i miłości. Nie wszyscy pacjenci wprost przyznają się do odczuwania lęku, co może być spowodowane brakiem samoanalizy i wstydem, co z kolei utrudnia kontakty z innymi osobami. Lęk jest wypracowanym ewolucyjnie sygnałem emocjonalnym, reakcją na wydarzenia odbierane, jako zagrożenia.

MATERIAŁ I METODY: Przeprowadzono pogłębione wywiady z 42 pacjentami (25 chorych przebywających w hospicjum stacjonarnym oraz 17 będących pod opieką domową) w wieku od 24 do 97 lat w hospicjach w województwie pomorskim.

WYNIKI: Podczas analizy wyodrębniono kategorie, w których szczególnie odczuwano lęk: słowo „hospicjum”; świadomość umierania; poczucie samotności. W zestawieniu z hospicjum, szpital powodował wiarę w powrót do stanu przed rozpoznaniem choroby. Poruszano zagadnienie sposobów radzenia sobie chorych z lękiem. Rzadki lub całkowity brak kontaktu z osobami bliskimi wyzwał lęk związany z wycofaniem z życia rodzinnego i społecznego.

WNIOSKI: Pacjenci rzadko rozmawiają o lęku. Dla zmniejszenia natężenia lęku istotna jest odpowiednia komunikacja, nie tylko w odniesieniu do wywiadu medycznego. Właściwa komunikacja pomaga w przystosowaniu psychicznym pacjentów do choroby, a także w rozpoznawaniu problemów i potrzeb chorych. W piśmiennictwie brakuje badań dotyczących lęku występującego u chorych w opiece paliatywnej.

„Tumbo pomaga” jako forma wsparcia dla osób w okresie żałoby. Jak pracownicy oświaty oceniają kształcenie w zakresie wsparcia dziecka po stracie bliskich? Podsumowanie wybranych działań edukacyjnych Fundacji Hospicyjnej w Gdańsku w latach 2015–2018

Agnieszka Paczkowska¹, Piotr Krakowiak², Janusz Wojtacki¹

¹Fundacja Hospicyjna i Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC, Gdańsk

²Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń

WSTĘP: „Tumbo pomaga” to prowadzona od 2014 roku inicjatywa, której celem jest wsparcie dzieci

i młodzieży w żałobie. W latach 2015–2018 Fundacja Hospicyjna przeprowadziła wśród pracowników placówek oświatowych program edukacyjny w zakresie wsparcia ucznia w żałobie.

MATERIAŁ I METODY: Ocenie poddano dane z ankiet ewaluacyjnych przedstawionych uczestnikom programu po zakończeniu dwudniowych warsztatów (16 godzin) pt. „Metody pracy z uczniem w żałobie”. Autorski kwestionariusz wypełniło 207 spośród 255 (81,2%) uczestników, reprezentujących głównie szkoły podstawowe (39,6%) i ponadgimnazjalne (17,9%) oraz przedszkola (13,0%).

WYNIKI: Respondenci wskazali, że zajęcia umożliwiły im przede wszystkim usystematyzowanie i pogłębienie wiedzy o żałobie (35,3%), zmniejszenie lęku związanego z tematyką śmierci bliskich (29%) i umożliwiły większą łatwość rozmowy o umieraniu, przełamanie tabu (22,7%). Badani wyrazili również potrzebę kontynuacji edukacji, zwłaszcza w zakresie pogłębienia tematów warsztatowych dotyczących rozmów z uczniami w żałobie, zasad pracy z uczniami i rodzicami w przypadku śmierci samobójczej i prowadzenia rozmowy z rodzicem i uczniem w żałobie i działań zapobiegających samobójstwom.

WNIOSKI: Kształcenie pracowników placówek oświatowych w zakresie metod wsparcia uczniów w żałobie prowadzi do zmiany postrzegania procesu żałoby dzieci i młodzieży, sytuacji dzieci osieroconych i dostrzegania znaczenia roli wsparcia w żałobie. Badanie jest kontynuowane celem oceny odległych efektów prowadzonej edukacji.

Zastosowanie metod medycyny komplementarnej i alternatywnej przez pracowników służby zdrowia chorych na nowotwory złośliwe w zaawansowanych stadiach

Janusz Wojtacki¹, Leszek Pawłowski², Iga Pawłowska², Monika Lichodziejewska-Niemierko²

¹Fundacja Hospicyjna i Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC, Gdańsk

²Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

WSTĘP: Metody medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM, *complementary and alternative medicine*) stosowane są przez ponad połowę chorych na nowotwory złośliwe w zaawansowanych stadiach; brak danych dotyczących wykorzystania CAM przez pracowników służby zdrowia.

MATERIAŁ I METODY: Autorski kwestionariusz dotyczący stosowania CAM przedstawiono 200 chorym, spośród których 20 (10%) wykonywało zawód

medyczny (11 pielęgniarek, 4 lekarzy, 3 położne, 1 farmaceuta i 1 lekarz dentysta). Dane tej grupy porównano z uzyskanymi od 146 chorych (73%) będących przedstawicielami innych profesji; 34 chorych (17%) nie podało wykonywanego zawodu. Służbę zdrowia reprezentowały głównie kobiety (90% wobec 65,1% w grupie porównawczej; $p < 0,03$). Pracownicy medyczni w większości deklaruowali aktywność zawodową (52,6% wobec 30,1% w grupie porównawczej; $p < 0,02$). Obie grupy były porównywalne pod względem wieku i poziomu wykształcenia.

WYNIKI: Stosowanie CAM zadeklarowało 60% przedstawicieli personelu medycznego wobec 56,6% respondentów z grupy kontrolnej ($p > 0,05$). Pracownicy służby zdrowia częściej stosowali alternatywne sposoby odżywiania (35% wobec 12,8% pozostałych respondentów; $p < 0,02$), natomiast nie wykazano znamienych różnic w częstości wykorzystania marihuany, akupunktury, preparatów ziołowych, muzykoterapii, zestawów witaminowo — mineralnych, pomocy „znachorów”. Zdaniem chorych pracowników służby zdrowia CAM pozwoliło na zwiększenie skuteczności leczenia onkologicznego (35% wobec 27,4%; $p > 0,05$), uzyskanie efektu leczniczego w chwili wyczerpania propozycji leczniczych (20% wobec 7,5%; $p = 0,045$), zmniejszenie nasilenia działań ubocznych (55% wobec 19,2%; $p < 0,02$) i dało nadzieję na wyzdrowienie (35% wobec 32,2%; $p > 0,05$).

WNIOSKI: Badanie wykazało, że pracownicy służby zdrowia chorzy na nowotwory złośliwe w zaawansowanych stadiach stosują CAM podobnie często, jak przedstawiciele innych zawodów, w większości korzystając z podobnych metod CAM. Obie badane grupy różni ocena doświadczeń z zastosowaniem CAM.

Opieka paliatywna i hospicyjna nad chorymi na przewlekłe schorzenia nieonkologiczne — podsumowanie doświadczeń Fundacji Hospicyjnej i Hospicjum im. ks. Eugeniusza SAC w Gdańsku: 2009–2018

Janusz Wojtacki, Katarzyna Lammek

Fundacja Hospicyjna i Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC, Gdańsk

WSTĘP: Odsetek chorych objętych opieką paliatywną i hospicyjną z powodów nieonkologicznych narasta na świecie w ostatnich dwóch dekadach. W pracy podsumowano dziesięcioletnie doświadczenia własne w tym zakresie.

MATERIAŁ I METODY: Retrospektywnie oceniono dane medyczne 4135 dorosłych Chorych, których objęto opieką stacjonarną w Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku w okresie 01.01.2009–31.12.2018 r.

WYNIKI: 153 chorych wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej z powodu schorzeń nienowotworowych stanowiło 3,7% wszystkich objętych opieką stacjonarną w tym okresie. Średnia ich wieku była statystycznie wyższa w porównaniu do chorych na zaawansowane nowotwory złośliwe: $78,7 \pm 14,2$ wobec $62,3 \pm 25,1$ lat ($p < 0,001$); były to w większości kobiety: $N = 91$; 59,5%. Odsetek chorych na schorzenia łagodne zmieniał się istotnie w czasie — 2009 r.: 5,7%, 2011: 7,8%, 2013: 2,4%, 2015: 1,6%, 2017: 1,4% (p dla trendu $< 0,01$). Wskazania do opieki paliatywnej stanowiły głównie owrzodzenia odleżynowe (54,1%), kardiomiopatie (22,1%), układowe zaniki pierwotne ośrodkowego układu nerwowego (6,6%), zespoły mielodysplastyczne (4,9%), schyłkowa niewydolność nerek (2,5%), czerwieńca prawdziwa (2,5%), inne (7,3%).

WNIOSKI: W okresie 10 lat chorzy na przewlekłe schorzenia nienowotworowe stanowili jedynie 3,7% wszystkich objętych opieką stacjonarną. Głównymi wskazaniami do opieki były owrzodzenia odleżynowe, kardiomiopatie i pierwotne zaniki ośrodkowego układu nerwowego.

Opiekunowie nieformalni w systemie opieki: rola, wyzwania i możliwości wsparcia

Anna Janowicz

Fundacja Hospicyjna, Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku

W lutym 2019 r. Carers UK opublikowało wyniki badania, które pokazuje, że w Wielkiej Brytanii 600 osób dziennie rezygnuje z pracy, by opiekować się swoim bliskim niesamodzielnym w domu. Wartość pracy wszystkich opiekunów nieformalnych w Wielkiej Brytanii przewyższa już roczny budżet NHS na opiekę zdrowotną. W Polsce nie ma takich całościowych danych, ale z pewnością sytuacja jest podobna. Oszacowana w 2004 r. liczba opiekunów nieformalnych na ok. 2 miliony rośnie, na co wskazują dane demograficzne. Rola opiekunów nieformalnych, w tym rodzinnych, dla systemu opieki jest niezwykle istotna, choć wciąż niedoceniana. Rekomendacje Parlamentu Europejskiego wskazują na konieczność wsparcia opiekunów. Przykładem praktycznych działań na ich rzecz są projekty Fundacji Hospicyjnej, obejmujące pomoc informacyjną, edukacyjną i wytchnieniową (respite care), m.in. poprzez szkolenia i system lokalnego wolontariatu opiekuńczego. Dobre praktyki od lat stosowane w Wielkiej Brytanii, przeniesione na grunt polski, zapewnią wsparcie opiekunom, co wpłynie bezpośrednio na jakość opieki i współpracę z opiekunami profesjonalnymi. Opiekunowie nieformalni, odpowiednio wspierani, są partnerami opiekunów formalnych, świadomymi swjej roli i wzmacniającymi proces opieki.

Trudności w leczeniu bólu u chorych w opiece paliatywnej — opis przypadku

Andrzej Lubiewski, Paweł Łajkowski,
Kamil Drucis

Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

WSTĘP: Leczenie bólu stanowi podstawę postępowania terapeutycznego w opiece paliatywnej i znacząco wpływa na jakość życia pacjentów. Terapia bólu związana jest jednak z wieloma trudnościami takimi jak: brak obiektywnych narzędzi do oceny bólu, ustalenie odpowiedniej dawki i drogi podania analgetyku, czy uzależnienie i świadome przedawkowanie przez pacjenta, co skutkuje nieprawidłowym leczeniem bólu do 82% chorych na nowotwory.

OPIS PRZYPADKU: Mężczyzna lat 73, z rozpoznaniem raka wpustu żołądka, objęty opieką paliatywną w domu. Pacjent przebył radioterapię z powodu raka prostaty w 2011 r. W kwietniu 2018 r. zgłosił się na Kliniczny Oddział Ratunkowy z powodu omdlenia i utrzymujących się od ponad 2 miesięcy bólów nadbrzusza. W tomografii komputerowej uwidocznił guz okolicy wpustu żołądka. Badanie histopatologiczne wycinków pobranych w ultrasonografii endoskopowej wykazało komórki niskorzóżnicowanego raka płaskonabłonkowego. Ze względu na dysfagię III stopnia, w trakcie laparoskopii zwiadowczej wyłoniono mikrojejunostomię. Pacjenta skierowano na paliatywną radioterapię. W leczeniu bólu stosowano fentanyl w systemie transdermalnym do dawki 75 mcg/godz. co 72 godziny i w aerozolu do nosa do dawki 400 µg na dobę, natomiast w szpitalu dołączono paracetamol i metamizol podawane drogą dożylną. Pomimo zastosowanego leczenia, pacjent zgłaszał ból 4–8 w skali numerycznej oceny natężenia bólu.

WNIOSKI: Obserwacja pacjenta nasunęła podejrzenie uzależnienia od leków przeciwbólowych i tendencji samobójczych. Rodzina pacjenta nie była w stanie kontrolować chorego, ani podawać leków drogą parenteralną, co ograniczyło możliwości terapeutyczne. Rokowanie opisanego chorego jest złe. Lokalizacja nowotworu i trudna sytuacja rodzinna uniemożliwiły skuteczne leczenie bólu. Bez zwiększonego nadzoru i ścisłej współpracy lekarzy różnych specjalności niemożliwe jest kontrolowanie podawanych leków, co sprzyja ich nadużywaniu i potencjalnie może zagrażać życiu pacjenta.

Nietypowy przypadek pacjentki z rozpoznaniem trisomii 18

Paula Szenejko

Gdański Uniwersytet Medyczny, Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

WSTĘP: W obrazie trisomii 18 dominują wady serca, nerek, układu pokarmowego, kostnego i objawy neurologiczne, rzadko natomiast występują wady strukturalne układu nerwowego. 90% pacjentów umiera na tle bezdechu pochodzenia ośrodkowego lub niewydolności krążenia w pierwszym roku życia. Udowodniono jednak, że intensywna opieka neonatologiczna i interwencje chirurgiczne mogą wydłużyć czas przeżycia chorych.

OPIS PRZYPADKU: Pacjentka z rozpoznaniem prenatalnie zespołem Edwardsa o nietypowej manifestacji. U niemowlęcia rozpoznano niedokonany podział przodomógowia — holoprosencefalię, schizencefalię, agenezję ciała modzelowatego i wodogłowię. Schizencefalia jest bardzo rzadką wadą układu nerwowego, w której w półkulach mózgu obecne są szczeliny. Nie stwierdzono istotnej wady serca i nerek. Nie występowały spadki saturacji krwi tlenem, wymioty, dziecko samodzielnie jadło, masa ciała ulegała zwiększeniu. Pacjentkę zakwalifikowano do założenia zastawki komorowo-otrzewnowej, ze względu na powiększający się od urodzenia obwód głowy. Po zabiegu operacyjnym stan ogólny i neurologiczny dziecka uległ poprawie.

OMÓWIENIE: Leczenie chirurgiczne wodogłowia rzadko stoi w sprzeczności z interesem dziecka, także w przypadku nieuleczalnej choroby podstawowej. Warto podkreślić możliwość wyrządzenia szkody pacjentom, kiedy zaniechanie leczenia przyczynowego może prowadzić do pogorszenia jakości życia chorych. Decyzje terapeutyczne u chorych z rozpoznaniem trisomii 18 powinny być podejmowane indywidualnie.

Wykorzystanie radioizotopów w medycynie paliatywnej: przypadek pacjenta z rozsiałym rakiem gruczołu krokowego leczonego radem-223

Rafał Suchodolski¹, Kamil Drucis², Karol Wierzbą³

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

²Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

³Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

WSTĘP: Około 4000 mężczyzn rocznie umiera z powodu zaawansowanego raka prostaty, spośród których u większości występuje ból spowodowany przerzutami do kości. Standardem leczenia bólu kostnego jest farmakoterapia według drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*), najczęściej wraz z bisfosfonianami lub z denosumabem i innymi adjuwantami analgetycznymi. W bólu zlokalizowanym stosowana jest radioterapia miejscowo, przy zmianach rozsianych skuteczną metodą leczenia bólu może być podanie radioizotopu drogą dożylną.

OPIS PRZYPADKU: Pacjent z hormonoopornym rakiem prostaty i mnogimi przerzutami do kości, z brakiem odpowiedzi na leczenie dopuszczonymi do stosowania w Polsce cytostatykami. Chory znajduje się pod opieką hospicjum domowego. Główne wyzwania terapeutyczne stanowi leczenie bólu kostnego. Dolegliwości bólowe są skutecznie leczone farmakologicznie — stosowany jest naproksen, system transdermalny fentanylu, fentanyl podawany donosowo, oksykodon i pregabalina. Po podaniu radu 223 możliwe było zredukowanie dawki naproksenu o 50% oraz doraźnie stosowanego donosowo fentanylu o 30%.

WNIOSKI: Leczenie bólu kostnego w opiece paliatywnej opiera się głównie na stosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych, opioidów, bisfosfonianów, denosumabu i kortykosterydów. Przy niedostatecznej skuteczności powyższych metod i rozsianym przerzutach do kości powodujących ból o silnym natężeniu możliwe jest zastosowanie leczenia radioizotopami strontu 89 i samaru 153. Nowszy przedstawiciel radioizotopów stosowanych w rozsianym raku stercza — rad 223 opóźnia progresję choroby i zmniejsza liczbę złamań kości. Zastosowanie radu 223 może skutkować ograniczeniem w zakresie liczby i dawek stosowanych analgetyków i adjuwantów analgetycznych, a w konsekwencji istotnie zmniejszyć ryzyko ich działań niepożądanych

Zastosowanie opioidowych leków przeciwbólowych trzeciego stopnia drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia u pacjentów z chorobami nienowotworowymi zagrażającymi życiu — przegląd literatury

Anna Maria Łotowska-Ćwiklewska¹,

Piotr Jakubów², Urszula Kościuczuk^{1,2},

Wojciech Leppert³

¹Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Poradnia Leczenia Bólu „Vitamed”, Białystok

³Pracownia Badania Jakości Życia, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WSTĘP: Opioidy 3 stopnia drabiny analgetycznej są zalecane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*) w leczeniu bólu o silnym natężeniu. O ile ich użycie u chorych na nowotwory jest szeroko akceptowane i raczej nie budzi wątpliwości, to zastosowanie opioidów trzeciego stopnia drabiny analgetycznej WHO w chorobach nienowotworowych nadal jest uważane za kontrowersyjne. Celem niniejszej pracy jest ocena współczesnych wytycznych zastosowania opioidów w bólu nienowotworowym ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z chorobą zagrażającą życiu.

MATERIAŁ I METODY: Celem dokonania przeglądu literatury przeszukano bazy *Scopus*, *BMJ*, *UpToDate*, *Google Scholar* i *Ovid* w odniesieniu do słów kluczowych: *non-cancer pain*, *end-of-life*, *end-stage heart failure*, *COPD*, *end-stage kidney disease chronic pain opioids*, *als opioids*, *obturatory disease opioids*, *neurodegenerative disease opioids*. Brano pod uwagę publikacje dotyczące standardów leczenia bólu nienowotworowego przy zastosowaniu „silnych” opioidów.

WYNIKI: Na świecie obserwowany jest wzrost zużycia opioidów w leczeniu bólu nienowotworowego. W związku ze zwiększonym ryzykiem niewłaściwego użycia lub przedawkowania opioidów wprowadzane są ograniczenia i wytyczne stosowania opioidowych leków przeciwbólowych w bólu pochodzenia nienowotworowego. Niestety, ze względu na brak szczegółowych rekomendacji i wytycznych, chorzy na zaawansowane choroby zagrażające życiu, jak stwardnienie zanikowe boczne (SLA), choroby neurodegeneracyjne, schyłkowa niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa i inne, są często pozbawieni możliwości zastosowania nowych leków przeciwbólowych, co jest związane również z brakiem refundacji tych produktów.

WNIOSKI: W przeglądzie literatury zwraca uwagę niedostateczna ilość rekomendacji dotyczących leczenia silnego bólu nie związanego z chorobą nowotworową opioidowymi lekami przeciwbólowymi. Drabina analgetyczna WHO jest dobrym standardem do wdra-

żania leczenia przeciwbólowego, jednak powinno się określić możliwości stosowania leków opioidowych w poszczególnych jednostkach chorobowych ze względu na ich różne przyczyny, patofizjologię i przebieg.

Ocena częstości występowania i charakteru bólu przebijającego (epizodycznego) u chorych na nowotwory

Joanna Brząkała¹, Wojciech Leppert², Andrew Davies³

¹*Pallmed Sp. z o.o. prowadząca Dom Sue Ryder w Bydgoszczy*

²*Pracownia Badania Jakości Życia, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet*

Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³*Department of Supportive and Palliative Care Royal Surrey County Hospital, Guilford, Wielka Brytania*

WSTĘP: Ocena częstości występowania i charakteru bólu przebijającego (epizodycznego) u chorych na nowotwory z zastosowaniem kwestionariusza *Breaththrough Pain Assessment Tool* (BAT).

MATERIAŁ I METODY: Do badania przekrojowego kwalifikowano dorosłych chorych na nowotwory leczonych w Hospicjum Domowym i oddziałach stacjonarnych medycyny paliatywnej. Zastosowano BAT, Skalę Oceny Funkcji Poznawczych (CAS, *Cognitive Assessment Scale*), *Edmonton Symptom Assessment System revised* (ESAS-r), Skalę Aktywności Karnofosky, Kartę Oceny Bólu Memorial (MPAC, *Memorial Pain*

Assessment Card), ankietę zawierającą dane demograficzne i kliniczne.

WYNIKI: Spośród 384 pacjentów leczonych w opiece domowej u 303 (78,9%) wystąpił ból, z czego u 173 (57,1%) ból przebijający. U chorych leczonych w oddziałach stacjonarnych wyniki były podobnie: spośród 62 pacjentów, u 50 (80,1%) występował ból, w tym u 45 (72,6%) chorych ból przebijający. Spośród pacjentów leczonych w domu najczęściej — u 62 (35,8%) chorych — epizod bólu przebijającego trwał 15–30 minut, natężenie najsilniejszego epizodu bólu przebijającego określiło, jako 7–8 wg skali numerycznej (NRS, *numerical rating scale*) 120 (69,3%) chorych, natężenie bólu podczas typowego epizodu bólu przebijającego oceniło jako 5–7 wg NRS 91 (52,4%) pacjentów. Spośród badanych 30 (17,3%) chorych zgłaszało mniej niż jeden epizod dziennie, 51 (29,4%) 2 epizody, 47 (27,1%) 3–4 epizody, 45 (26,0%) ponad 4 epizody bólu przebijającego dziennie. Wyniki uzyskane u chorych leczonych w oddziałach stacjonarnych były podobne.

WNIOSKI: Dolegliwości bólowe i ból przebijający występują często u chorych na nowotwory. Ból przebijający najczęściej cechuje silne natężenie, 1–4 epizodów dziennie, czas trwania 15–30 minut. Kwestionariusz BAT może być przydatnym narzędziem służącym do oceny bólu przebijającego (epizodycznego) u chorych na nowotwory.