

# *Palliative Medicine in Practice*

YEAR 2022  
VOLUME 16  
SUPPL. 1



**III Studencka Konferencja  
Medycyny Paliatywnej**



VIA MEDICA



# Palliative Medicine in Practice

## Editor-in-Chief:

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert (Poznań)

## Associate Editors:

prof. David Oliver (Rochester, Wielka Brytania)  
prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko (Gdańsk)  
dr hab. n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR (Rzeszów)

## Editorial Advisory Board:

prof. Sam Ahmedzai (Sheffield, Wielka Brytania)  
prof. Michael Bennett (Leeds, Wielka Brytania)  
dr Louise Brereton (Lincoln, Wielka Brytania)  
prof. David Currow (Adelaide, Australia)  
dr n. med. Iwona Damps-Konstańska (Gdańsk)  
prof. Andrew Davies (Surrey, Wielka Brytania)  
prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski (Kraków)  
prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko (Gdańsk)  
prof. Yvonne Engels (Nijmegen, Holandia)  
dr hab. n. med. Tomasz Grądalski (Kraków)  
prof. Katalin Hegedus (Budapeszt, Węgry)  
dr hab. med. Marcin Jabłoński, prof. UJK (Kielce)  
dr n. med. Justyna Janiszewska (Gdańsk)  
prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem (Gdańsk)  
dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek (Poznań)  
ks. dr hab. Piotr Krakowiak, prof. UMK (Toruń)  
prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski (Warszawa)  
prof. Philip Larkin (Lozanna, Szwajcaria)  
prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko (Gdańsk)  
prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak (Poznań)

## Secretary Editor:

dr Grzegorz Lorocho (Zielona Góra)

## Chairs of Editorial Advisory Board:

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik (Bydgoszcz)  
prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem (Gdańsk)

prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkiewicz (Słupsk)  
prof. Sebastiano Mercadante (Palermo, Włochy)  
dr n. med. Aleksandra Modlińska (Gdańsk)  
prof. Tony O'Brien (Dublin, Irlandia)  
dr Ilona Obara (Newcastle, Wielka Brytania)  
dr hab. Katarzyna Ochałek, prof. AWF (Kraków)  
dr n. med. Magdalena Osowicka (Gdańsk)  
dr Leszek Pawłowski (Gdańsk)  
dr n. hum. Marta Porębiak (Warszawa)  
dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, prof. WSNS (Ruda Śląska)  
dr n. hum. Anna Ratajska (Bydgoszcz)  
prof. Carla Ripamonti (Mediolan, Włochy)  
dr n. hum. Agata Rudnik (Gdańsk)  
dr n. farm. Sofiya Shunkina (Lwów, Ukraina)  
dr n. med. Piotr Sobański (Schwyz, Szwajcaria)  
dr n. med. Vilma Tripodoro (Buenos Aires, Argentyna)  
prof. Robert Twycross (Oksford, Wielka Brytania)  
prof. Kris Vissers (Nijmegen, Holandia)  
prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek (Kraków)

## Managing Editor:

Olga Hollek (Gdańsk)

Opinions presented in manuscripts do not necessarily represent those of Editors.

**Palliative Medicine in Practice** (ISSN 2545-0425, e-ISSN 2545-1359) is published by VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k., ul. Świętokrzyska 73 80-180 Gdańsk, tel. 58 320 94 94, faks 58 320 94 60, e-mail: redakcja@viamedica.pl, marketing@viamedica.pl [www.viamedica.pl](http://www.viamedica.pl)

## Editorial office address:

Department of Palliative Medicine, Department of Family Medicine, Medical University of Gdańsk  
ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk, Poland, phone/fax: +48 58 349 15 73, e-mail: wojciechleppert@wp.pl

Electronic orders should be directed at: [www.journals.viamedica.pl/palliative\\_medicine\\_in\\_practice](http://www.journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice)

**Advertisements:** please contact Publisher Via Medica at tel. 58 320 94 94; [dsk@viamedica.pl](mailto:dsk@viamedica.pl)

Editorial office is not responsible for the content of advertisements.

All rights reserved including translations to foreign languages. No part of this journal, both text and graphics, can be used in any form. It is particularly forbidden to reproduce or transferring to mechanical and/or electronic language and also fixing in any form, keeping in any form of recall and transmitting via electronic, mechanical devices or using photocopying, microfilm, recordings, scan or in any way, without former written permission of the Publisher. The Publisher rights are protected by national author law and international conventions and their abuse is persecuted by criminal law.

Editorial policies and author guidelines are published on journal website: [https://journals.viamedica.pl/palliative\\_medicine\\_in\\_practice/about](https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/about)  
Legal note: [https://journals.viamedica.pl/palliative\\_medicine\\_in\\_practice/about/editorialPolicies#custom-7](https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/about/editorialPolicies#custom-7)

Index Copernicus — 120,51 points; Polish Ministry of Education and Science — 70 points



Copyright © 2022 Via Medica



21-0535.011.001





# III Studencka Konferencja Medycyny Paliatywnej Gdańsk, 9 kwietnia 2022 r.

## PROGRAM

- 9.00–9.15      Otwarcie Konferencji
- Przemówienia:
- Jego Magnificencja Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
— prof. dr hab. med. Marcin Gruchała
- Opiekunowie Studenckiego Koła Naukowego — dr n. med. Jacek Rutkowski,  
lek. Zofia Alchimowicz-Bardo
- Przewodniczący Studenckiego Koła Naukowego — Bartosz Sobocki
- Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej — prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
- 9.15–9.45      Wykład ekspercki
- prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemerko
- 9.50–10.20    Wykład ekspercki
- dr Paweł Kabata
- 10.25–10.55    Wykład ekspercki
- prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem
- 10.55–11.20    Wykład ekspercki
- prof. dr hab. n. med. Ewa Bień
- 11.30–12.00    Wykład ekspercki
- prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Galuszko
- 12.15–13.15    Sesja — prace poglądowe
- 13.15–14.25    Sesja — przypadki kliniczne
- 14.30–15.15    Obrady Komisji
- 15.30            Uroczyste zakończenie Konferencji



SESJA STUDENCKA  
PRACE POGLĄDOWE





# Kompleksowa rehabilitacja pacjenta onkologicznego w opiece paliatywnej

Leczenie paliatywne jest stosowane przy braku możliwości wdrożenia terapii radykalnej, która daje szansę na "wyleczenie" pacjenta z choroby nowotworowej. Podstawowym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych poprzez zmniejszenie natężenia dokuczliwych objawów związanych z zaawansowaną chorobą. Rehabilitacja chorych na nowotwory objętych opieką paliatywną powinna być ukierunkowana na łagodzenie objawów. Fizjoterapia powinna objąć wszystkie wymiary życia chorych — sferę fizyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Stosowane działania terapeutyczne powinny być wykonywane na każdym etapie zaawansowania choroby. Celem rehabilitacji chorych na nowotwory objętych opieką paliatywną jest głównie, adekwatne do stanu ogólnego, zachęcanie do aktywności i utrzymanie możliwie najlepszej sprawności. Istotne jest, aby pacjenci byli jak najdłużej samodzielni, a tym samym czuli się potrzebni. Istotnym elementem postępowania fizjoterapeutycznego jest ustalenie najważniejszych problemów chorych, co należy uwzględnić w prowadzonej fizjoterapii.

Magdalena Lorek  
Gdański Uniwersytet Medyczny

---

## Muzykoterapia w opiece paliatywnej

Muzykoterapia wykorzystuje muzykę do celów leczniczych i od wieków znajduje zastosowanie w medycynie. Wykorzystywana jest głównie w psychiatrii, jednak opieka paliatywna jest dziedziną, w której również może znaleźć szerokie zastosowanie. Biorąc pod uwagę potencjał muzykoterapii i potrzeby osób objętych opieką paliatywną, można stwierdzić szerokie spektrum zastosowania muzykoterapii w tej grupie pacjentów w sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Badanie tych aspektów stwarza pewne problemy natury metodologicznej, ponieważ wartości takie jak poziom stresu, stan duchowy i samopoczucie są często subiektywne i trudne do pomiaru, a zmiany w tym zakresie, trudne do obiektywnej analizy.

Porównano wyniki przeprowadzonych badań, na podstawie których wyciągnięto wnioski dotyczące skuteczności stosowania muzykoterapii u chorych objętych opieką paliatywną. Pomimo, iż muzykoterapia nie daje jednoznacznych, łatwych do pomiaru i oceny wyników mających wymiar poprawy zdrowia pacjenta, powinna być rozważana w holistycznym podejściu dla osób wymagających opieki paliatywnej. Na podstawie przeglądu publikacji potwierdzono, iż muzykoterapia wpływa korzystnie na poprawę stanu psychicznego, fizycznego i emocjonalnego, zmniejsza natężenie odczuwanego stresu i lęku, poprawia nastrój i sprzyja łagodzeniu nudności i depresji. Muzykoterapia może wpływać na wyrażanie uczuć przez chorych, wspomagać komunikację zarówno werbalną, jak i niewerbalną, a także dostarcza rozrywki. Pomimo opisanych walorów muzykoterapii, stosowanie jej nie jest obecnie standardem w opiece paliatywnej.

## Wpływ seksualności na jakość życia pacjentów objętych opieką paliatywną

Medycyna paliatywna, to dziedzina, która dotyczy leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi, zwykle w zaawansowanych stadiach. Jej celem jest łagodzenie cierpienia fizycznego, psychicznego, socjalnego i duchowego oraz poprawa jakości życia pacjentów i ich opiekunów. Seksualność jest fizjologiczną funkcją organizmu, która stanowi istotny element życia człowieka i wpływa na sferę biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową. Jest źródłem przyjemności, umożliwia poczucie spełnienia i satysfakcji oraz czynnikiem motywującym do podejmowania więzi pomiędzy dwoma osobami.

Dysfunkcje seksualne stanowią częstą przyczynę pogorszenia jakości życia człowieka, które obejmują m.in. brak reakcji genitalnej, zaburzenia pożądania seksualnego i dyspareunię. Zaburzenia funkcji seksualnych u pacjentów objętych opieką paliatywną mogą wynikać z wielu przyczyn, m.in. powikłań stosowanego leczenia przeciwnowotworowego (mastektomia, utrata włosów po chemioterapii) i czynnikami psychologicznymi, na przykład obniżoną samooceną. Dysfunkcje seksualne wynikające z choroby podstawowej lub z zastosowanego leczenia często są odwracalne, a odpowiednie rozmowy z pacjentami mogą przyczynić się do lepszego funkcjonowania w sferze seksualnej, co skutkuje poprawą jakości życia. Jednym z trudniejszych problemów w leczeniu dysfunkcji seksualnych u chorych objętych opieką paliatywną stanowi dobór odpowiednich środków farmakologicznych, kiedy inne oddziaływania terapeutyczne nie są wystarczające. Należy dążyć do wyboru metody leczenia, która będzie bezpieczna w połączeniu z farmakoterapią objawów choroby podstawowej



SESJA STUDENCKA  
PRZYPADKI KLINICZNE



# Jeden na 120 tysięcy — przypadek chorej na międzybłoniaka opłucnej

## Wstęp

Międzybłoniak opłucnej jest najczęstszym nowotworem opłucnej, jednak występuje bardzo rzadko — ryzyko zachorowania wynosi 1 na 120 000, w Polsce rozpoznawany jest rocznie u około 300 osób. Najczęściej występuje po 60. roku życia, 2–5 razy częściej u mężczyzn. Za główny czynnik ryzyka uważa się narażenie na kontakt z azbestem. Nowotwór ten wywodzi się z komórek surowiczych wyściełających jamę opłucnej. W większości przypadków charakteryzuje się agresywnym przebiegiem, czas przeżycia wynosi 4–18 miesięcy. U większości pacjentów początkowo przebiega bezobjawowo, a objawy pojawiają się w zaawansowanym stadium choroby. W diagnostyce obrazowej przydatne są zdjęcie rentgenowskie i tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej. Do rozpoznania konieczne jest wykonanie badania histopatologicznego i immunohistochemicznego.

## Opis przypadku

Sześćdziesięcioletnia pacjentka w związku ze stanem podgorączkowym, dolegliwościami bólowymi i dusznością zgłosiła się na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Wykonano RTG klatki piersiowej, które wykazało obecność płynu w jamie opłucnej. Płyn pobrano i poddano badaniu histopatologicznemu, które wykazało obecność komórek nowotworowych w wysięku w jamie opłucnej. Następnie wykonano torakoskopię przezopłucnową, pobrano wycinki oraz przekazano do badania histopatologicznego. W badaniu potwierdzono obustronny *mesothelioma malignum pleurae*. Pacjentkę skierowano do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii celem dalszego leczenia. Chora otrzymała VI kursów chemioterapii — cisplatynę z pemetreksedem. W kontrolnym TK klatki piersiowej zaobserwowano częściową odpowiedź na leczenie. Siedem miesięcy po zakończeniu leczenia u pacjentki rozpoznano liczne zmiany przerzutowe do OUN i zakwalifikowano do paliatywnej radioterapii.

## Wnioski

Międzybłoniak opłucnej stanowi poważne wyzwanie kliniczne, a wyniki leczenia są nadal niezadowolające. U większości chorych nowotwór wykrywany jest w stadium zaawansowanym, co znacznie ogranicza możliwości leczenia. Jedyną szansę na wyleczenie stanowi doszczętny zabieg chirurgiczny, jednak jest możliwy do przeprowadzenia jedynie w niewielkiej grupie chorych w początkowych stadiach zaawansowania. Leczenie chirurgiczne pozostaje kontrowersyjne, ponieważ związane jest ze znacznym ryzykiem powikłań i niejednoznacznym wpływem na czas przeżycia. U większości chorych stosuje się paliatywną chemioterapię i radioterapię.

# Akceptacja choroby i satysfakcja z życia po penektomii z powodu raka prącia

## Wstęp

Rak prącia występuje rzadko — w Polsce stanowi 0,3% zachorowań na nowotwory złośliwe, najczęściej występuje u mężczyzn po 64. roku życia. Pięcioletnie przeżycia dotyczą około 50% pacjentów, u ponad 95% chorych stwierdza się raka płaskonabłonkowego. Do najczęstszych objawów zalicza się wyczuwalną, widoczną zmianę na prąciu, która może być związana z bólem prącia, wydzieliną, krwawieniem i wyczuwalnymi węzłami chłonnyymi. Najczęściej stosowaną metodą leczenia jest częściowa lub całkowita penektomia i radioterapia, w przypadku wystąpienia przerzutów stosowana jest chemioterapia. Celem badania była ocena satysfakcji z życia i poziomu akceptacji choroby pacjenta po amputacji prącia w przebiegu choroby nowotworowej.

## Opis przypadku

Badanie dotyczyło 42-letniego pacjenta, dane zebrano metodą sondażu diagnostycznego (autorski kwestionariusz, Skala Akceptacji Choroby i Skala Satysfakcji z Życia) i poprzez analizę dokumentacji medycznej. U pacjenta w kwietniu 2017 roku rozpoznano raka płaskonabłonkowego prącia bez przerzutów, pierwszym objawem było niewielkie zgrubienie stwierdzone na prąciu, zastosowano leczenie operacyjne. W 2019 roku wystąpiła wznowa, wykonano penektomię i przeszczep cewki moczowej w okolicy krocza oraz podano chemioterapię.

W Skali Akceptacji Choroby pacjent uzyskał 38 punktów na 40 możliwych, najmniej (3 punkty) wskazał w stwierdzeniu dotyczącym zakłopotania ludzi przebywających w jego otoczeniu z powodu choroby. Pacjent odczuwa znaczne zadowolenie ze swojego życia, na co wskazuje maksymalna ilość punktów przyznana w stwierdzeniach zawartych w Skali Satysfakcji z Życia. Uważa, że jego życie jest bliskie ideału, gdyby mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, prawie niczego by nie zmienił.

## Wnioski

Pacjent w pełni zaakceptował chorobę i jej następstwa, jednakże wprawiała ona dalszą rodzinę pacjenta w zakłopotanie ze względu na intymną lokalizację nowotworu. Chory nie odczuwał ograniczeń z powodu choroby, był bardzo zadowolony ze swojego życia, co wynikało z faktu bycia ojcem i posiadania znacznego wsparcia ze strony żony.



# Przystosowanie psychiczne młodej pacjentki do choroby nowotworowej

## Wstęp

Zachorowanie na nowotwór wpływa istotnie na stan psychiczny pacjentów. Postawa jaką przyjmie osoba chora na nowotwór wiąże się z jakością życia. Czynniki socjoekonomiczne (wykształcenie, status zawodowy i miejsce zamieszkania) i płeć wpływają na proces przystosowania psychicznego i adaptację do choroby. Choroba nowotworowa stanowi traumatyczne doświadczenie, które w znacznym stopniu wpływa na sferę psychiczną. Przystosowanie do choroby to proces, w którym pacjent w nowej rzeczywistości emocjonalnej stara się powrócić do stanu równowagi. Celem badania była ocena stopnia przystosowania psychicznego młodej pacjentki, u której rozpoznano nowotwór nerki i analiza wpływu czynników socjoekonomicznych na proces przystosowania psychicznego do choroby.

## Opis przypadku

Dwudziestosiedmioletnia pacjentka z rozpoznaniem nowotworu nerki, u której przeprowadzono leczenie chirurgiczne. Pacjentka wykazała konstruktywny styl zmagania się z chorobą uzyskując wysokie wyniki w skalach pozytywnego przewartościowania i ducha walki według kwestionariusza Mini-MAC, co było związane z akceptacją choroby. Chora podejmowała wiele wyzwań zdrowotnych, a jej satysfakcja z życia była wysoka. U pacjentki zaobserwowano wzrost potraumatyczny, który oznacza pozytywne zmiany po trudnym doświadczeniu rozpoznania choroby nowotworowej.

## Wnioski

Świadomość wielopłaszczyznowych doświadczeń przeżywanych przez chorych na nowotwory może wpłynąć na poprawę opieki onkologicznej i psychologicznej, zwłaszcza u osób młodych.

Klaudia Zawodniak

Collegium Medicum w Bydgoszczy

---

# Pacjentka z bólem kości — czy to może być śmiertelna choroba?

## Wstęp

Rak płuca cechuje największą śmiertelność wśród nowotworów, najczęściej wykrywany jest w zaawansowanym stadium, kiedy występują przerzuty odległe, zazwyczaj zlokalizowane w węzłach chłonnych, mózgu, kościach, nadnerczach i wątrobie. U pacjentów, u których pierwsze objawy były związane z obecnością przerzutów do kości, obserwuje się niekiedy złamania patologiczne.

## Opis przypadku

Pacjentka lat 67, przyjęta do szpitala z powodu zmian radiologicznych odpowiadających rozsianej chorobie nowotworowej. Wcześniej skarżyła się na silne dolegliwości bólowe okolicy kończyny górnej prawej i kości łonowej prawej. Przez kilka miesięcy wielokrotnie konsultowana w poradniach ortopedycznych, bez ustalenia rozpoznania i zmniejszenia natężenia bólu. W badaniach obrazowych uwidoczniono osteolizę z całkowitym zniszczeniem kości ramiennej na odcinku około 90 mm. Rozszerzono diagnostykę, rozpoznano gruczolakoraka płuc z przerzutami do węzłów chłonnych, kości i nadnercza. Podczas hospitalizacji wdrożono leczenie przeciwbólowe, uzyskując zadowalającą analgezję.

## Wnioski

U opisanej pacjentki, przez długi okres czasu nie ustalono rozpoznania, co spowodowało kilkumiesięczne pogorszenie komfortu życia chorej. Ból, bądź obecność złamań patologicznych w układzie kostnym powinny budzić czujność onkologiczną wśród lekarzy. Szybka diagnostyka przeprowadzona u chorych z podejrzeniem przerzutów do kości może znacznie poprawić jakość życia chorych na nowotwory.

# Wieloletnie przeżycie pacjentki z niedrobnokomórkowym rakiem płuca – zalety terapii celowanej

## Wstęp

W Polsce rak płuca jest jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych i stanowi główną przyczynę zgonów z powodu choroby nowotworowej. Około 80% nowotworów płuca stanowi rak niedrobnokomórkowy (NSCLC, *non small cell lung cancer*). Pięcioletnie przeżycia chorych na NSCLC dotyczą ogółem 10–15% chorych, a w IV stopniu zaawansowania klinicznego — poniżej 5% pacjentów.

## Opis przypadku

Pacjentka lat 50 została w kwietniu 2017 roku skierowana do Izby Przyjęć Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii z powodu nieprawidłowego obrazu radiologicznego klatki piersiowej. Przy przyjęciu zgłaszała utrzymujący się od miesiąca suchy, następnie produktywny kaszel, uczucie ucisku w klatce piersiowej i gorszą tolerancję wysiłku. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego. W badaniach obrazowych, w dolnym biegunie wnęki płuca prawego wykryto guz, podejrzenie przerzutów do węzłów chłonnych i do trzonu mostka (T1N3M1). Badanie histopatologiczne wykazało adenocarcinoma mucocellulare pulmonogenes infiltrans G3.

Uwzględniając dobry stan sprawności pacjentki i obecność mutacji w genie *EGFR* (*epidermal growth factor receptor*), pacjentkę zakwalifikowano do leczenia inhibitorem kinazy tyrozynowej, afatynibem w pierwszej linii. Po pierwszym cyklu z uwagi na działania niepożądane, zmniejszono dawkę leku i kontynuowano leczenie przez 20 cykli do grudnia 2018 roku, wówczas leczenie przerwano z powodu progresji choroby. Z uwagi na dobry stan sprawności i obecność mutacji T790 M, pacjentkę zakwalifikowano do leczenia ozymertynibem w drugiej linii. Chora otrzymała 25 cykli leczenia od grudnia 2018 roku, podczas leczenia ozymertynibem zastosowano radioterapię stereotaktyczną na obszar guza płuca i mostka. W styczniu 2021 roku zakończono leczenie ozymertynibem z powodu progresji choroby. Ze względu na dobry stan kliniczny chorą zakwalifikowano do chemioterapii według schematu cisplatyna z pemetrekselem. Chorej podano 4 cykle chemioterapii do kwietnia 2021 roku, kiedy stan ogólny uległ znacznemu pogorszeniu, wkrótce pacjentka zmarła.

## Wnioski

Lepsze poznanie biologii i zmian molekularnych pozwala na skuteczniejsze leczenie i znacznie dłuższe przeżycie pacjentów z NSCLC. W leczeniu tego nowotworu pozostaje wiele wątpliwości dotyczących właściwej kolejności i połączeń leków, jednak najnowsze wyniki badań są optymistyczne.