

Palliative Medicine in Practice

YEAR 2023
VOLUME 17
SUPPL. 2



**XVI Międzynarodowa
Konferencja Czasopisma
„Palliative Medicine in Practice”
Gdańsk, 23-24 czerwca 2023 roku**



VIA MEDICA

Palliative Medicine in Practice

Editor-in-Chief

prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert (Zielona Góra)

Associate Editors

dr hab. n. med. Tomasz Grądalski, prof. KAAFM (Kraków)

dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek (Poznań)

prof. Sebastiano Mercadante (Palermo, Italy)

prof. David Oliver (Kent, United Kingdom)

dr n. hum. Agata Rudnik (Gdańsk)

dr hab. n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR (Rzeszów)

Editorial Advisory Board

prof. Sam Ahmedzai (Sheffield, United Kingdom)

prof. Michael Bennett (Leeds, United Kingdom)

dr Louise Brereton (Nottingham, United Kingdom)

prof. David Currow (Adelaide, Australia)

dr n. med. Iwona Katarzyna Damps-Konstańska (Gdańsk)

prof. Andrew Davies (Guildford, United Kingdom)

prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko (Gdańsk)

prof. Yvonne Engels (Nijmegen, The Netherlands)

dr hab. Leszek Gottwald, prof. UM (Łódź)

prof. Katalin Hegedus (Budapest, Hungary)

dr n. med. Justyna Janiszewska (Gdańsk)

prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem (Gdańsk)

dr n. zdr. Izabela Kaptacz (Katowice)

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik (Bydgoszcz)

ks. dr hab. Piotr Krakowiak, prof. UMK (Toruń)

prof. Philip Larkin (Lausanne, Switzerland)

prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko (Gdańsk)

dr n. med. Aleksandra Modlińska (Gdańsk)

dr n. med. Krzysztof Nosek (Olsztyn)

prof. Tony O'Brien (Dublin, Ireland)

dr Ilona Obara (Newcastle, United Kingdom)

dr hab. Katarzyna Ochałek, prof. AWF (Kraków)

dr n. med. Leszek Pawłowski (Gdańsk)

dr n. hum. Matra Porębiak (Warszawa)

dr n. hum. Anna Ratajska (Zielona Góra)

prof. Carla Ripamonti (Milano, Italy)

dr hab. n. med. Monika Rucińska, prof. UWM (Olsztyn)

dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz, prof. UML (Lublin)

dr n. farm. Sofiya Shunkina (Lviv, Ukraine)

dr n. med. Piotr Sobański (Schwyz, Switzerland)

dr n. med. Andreas Stähli (Münster, Germany)

dr Vilma Adriana Tripodoro (Buenos Aires, Argentina)

prof. Kris Vissers (Nijmegen, The Netherlands)

dr hab. n. med. Jarosław Woron (Kraków)

dr n. med. Izabela Małgorzata Łasińska (Zielona Góra)

Honorary Editorial Board

prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko (Olsztyn)

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski (Kraków)

prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem (Gdańsk)

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski (Warszawa)

prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkiewicz (Słupsk)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek (Kraków)

Secretary Editor

dr Grzegorz Lorocho (Zielona Góra)

Managing Editor

Milena Nehrebecka (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 Group sp. z o.o., Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland, phone: +48 58 320 94 94, fax: +48 58 320 94 60, e-mail: redakcja@viamedica.pl, marketing@viamedica.pl www.viamedica.pl

Editorial office address:

Department of Palliative Medicine, Medical University of Gdańsk

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

Advertisements: please contact Publisher Via Medica at phone: +48 58 320 94 94; 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
Legal note: https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/about/editorialPolicies#custom-7

Index Copernicus — 120.66 points; Polish Ministry of Education and Science — 100 points; CiteScore — 0.5



Copyright © 2023 Via Medica



22-6137.014.001



XVI Międzynarodowa Konferencja Czasopisma „Palliative Medicine in Practice” Gdańsk, 23–24 czerwca 2023 roku

PROGRAM

Piątek, 23 czerwca 2023 roku

- 9:00–9:15 **Otwarcie Konferencji**
dr n. med. Aleksandra Modlińska
— Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej w województwie pomorskim

prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
— Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej

dr hab. n. med. Kamil Chwojnicki
— Prodziekan Wydziału Lekarskiego GUMed
- 9:15–9:45 **Wykład inauguracyjny**
Opioids in chronic pain management
Prof. Sebastiano Mercadante
- 9:45–10:00 Dyskusja
- 10:00–12:00 **Sesja 1. Ból u chorych na nowotwory**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek,
dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska, prof. CMKP
- 10:00–10:20 **Ból neuropatyczny i nocyplastyczny: współczesne możliwości leczenia**
prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek
- 10:20–10:40 **Ból trzewny: nowe możliwości leczenia**
dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

- 10:40–11:00 Patomechanizm i leczenie bólu kostnego u chorych na nowotwory
dr hab. n. med. Renata Zajączkowska
- 11:00–11:20 Rola adjuwantów analgetycznych w leczeniu bólu u chorych na nowotwory
dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska, prof. CMKP
- 11:20–11:40 Najczęstsze interakcje leków stosowanych w terapii bólu u chorych na nowotwory
dr hab. n. med. Jarosław Woron
- 11:40–12:00 Dyskusja
- 12:00–12:15 Przerwa
- 12:15–13:10 **Sesja 2. Zastosowanie kanabinoidów w leczeniu objawów towarzyszących chorobie nowotworowej**
- 12:15–13:00 Podstawy teoretyczne i przykłady z praktyki klinicznej zastosowania kanabinoidów
dr hab. n. med. Małgorzata Łukowicz, prof. CMKP
- 13:00–13:10 Dyskusja
- 13:10–13:30 Wykład sponsorowany firmy Molteni
Zastosowanie naldemedyny u pacjentów leczonych analgetykami opioidowymi
prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
- 13:30–14:00 Lunch
- 14:00–14:20 Wykład sponsorowany firmy Angelini
Dostosowanie farmakoterapii bólu przebiegającego w chorobie nowotworowej do dostępności leków na rynku — czym zastąpić doustną morfinę?
dr n. med. Jędrzej Stolarczyk
- 14:20–14:40 Wykład sponsorowany firmy Molteni
Miejsce PecFentu w terapii bólu przebiegającego w oparciu o przykłady kliniczne
dr n. med. Elwira Góraj
- 14:40–16:10 **Sesja 3. Warsztaty interaktywne:
Leczenie bólu u chorych na nowotwory na podstawie przypadków pacjentów**
*Przewodniczący: dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska, prof. CMKP,
dr hab. n. med. Jarosław Woron*
- 16:10–17:30 **Sesja 4. Możliwości rozwoju opieki duchowej w medycynie**
Przewodnicząca: prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
- 16:10–16:30 Edukacja w zakresie opieki duchowej
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
- 16:30–16:50 Wzmacnianie godności pacjenta
dr n. med. Beata Brożek
- 16:50–17:10 Uważne słuchanie i poszukiwanie sensu cierpienia
dr n. społ. Martyna Janicka
- 17:10–17:30 Dyskusja
- 17:30–18:30 Warsztaty pod patronatem firmy Canopy Growth: Kannabinoidy w codziennej praktyce lekarza hospicyjnego
dr n. med. Janusz Wojtacki
- 18:30 **Podsumowanie i zakończenie pierwszego dnia Konferencji**

Sobota, 24 czerwca 2023 roku

- 9:00–11:10 **Sesja 5. Integracja opieki paliatywnej i psychoonkologii**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko, prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz
- 9:00–9:20 *Rola sztucznej inteligencji w medycynie*
prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gatuszko
- 9:20–9:50 *Znaczenie osobowości silnej immunologicznie w pracy psychoonkologa*
prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz
- 9:50–10:10 *Jak wprowadzić planowanie opieki z wyprzedzeniem do praktyki klinicznej?*
prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
- 10:10–10:30 *Nowe kierunki rozwoju psychoonkologii*
dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz, prof. UML
- 10:30–10:50 *Rola medycyny narracyjnej w nauczaniu opieki paliatywnej*
dr n. społ. Agata Rudnik
- 10:50–11:10 Dyskusja
- 11:10–11:30 Przerwa
- 11:30–13:00 **Sesja 6. Edukacja w opiece i medycynie paliatywnej**
Przewodniczący: dr n. med. Leszek Pawłowski, dr n. o zdr. Izabela Kaptacz
- 11:30–11:50 *Postgraduate education in palliative care and curricular issues in Central, Eastern and South-Eastern Europe*
Dr Andreas Stähli
- 11:50–12:10 *Program nauczania medycyny paliatywnej studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego*
lek. Grzegorz Lorocho, mgr Maria Forycka, lek. Emilia Pucek, prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
- 12:10–12:30 *Edukacja przeddyplomowa w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej*
dr n. o zdr. Izabela Kaptacz
- 12:30–12:50 *Wolontariat jako forma edukacji społecznej*
dr n. med. Leszek Pawłowski
- 12:50–13:00 Dyskusja
- 13:00–13:45 **Sesja 7. Prace zgłoszone**
Przewodniczący: lek. Grzegorz Lorocho
- 13:00–13:05 *Efficiency of transdermal patch with ketoprofen in the therapy of cancer patients with chronic pain in the hospice department*
Liudmila Kezhun (Educational Establishment, Grodno State Medical University, Belarus)
Liudmila Chernyakova (City Clinical Hospital 3 Grodno, Belarus)

- 13:05–13:10 **Ocena bólu neuropatycznego u pacjentów z rozpoznaniem szpiczaka mnogiego**
Eleonora Mess (Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu)
Marzena Wichlińska (Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze)
Agata Zdun-Ryżewska (Zakład Badań nad Jakością Życia, Gdański Uniwersytet Medyczny)
- 13:10–13:15 **Przeglądy lekowe w opiece paliatywnej w świetle dostępnej literatury**
Iga Pawłowska (Katedra i Zakład Farmakologii, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Ivan Kocić (Katedra i Zakład Farmakologii, Gdański Uniwersytet Medyczny)
- 13:15–13:20 **Pozarejestrowane zastosowanie leków w opiece paliatywnej — doświadczenia własne**
Karol Budzeń (Puckie Hospicjum im. św. Ojca Pio)
- 13:20–13:25 **Pacjent z błędnie rozpoznaną rozsianą chorobą nowotworową, zakwalifikowany do opieki paliatywnej w oczekiwaniu na wyniki badania histopatologicznego — opis przypadku**
Agnieszka Gorzewska (Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku)
Tomasz Nadolny (Klinika Pneumonologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku)
Magdalena Osowicka (Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku)
- 13:25–13:30 **Poradnictwo w żałobie dla kobiet doświadczających straty prokreacyjnej**
Agnieszka Chojnacka (Uniwersytet Dolnośląski DSW, Wrocław)
- 13:30–13:35 **Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce w 2023 roku, na podstawie analizy danych o umowach Narodowego Funduszu Zdrowia**
Kacper Wilczkowski (Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Julia Doskocz (Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Jan Getek (Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Bartosz Kaniowski (Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Katarzyna Korzeniewska (Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Filip Lebiedziński (Katedra i Zakład Fizjopatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Maciej Pancewicz (Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Szymon Rydzewski (Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny)
Leszek Pawłowski (Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny)
- 13:35–13:45 Dyskusja
- 13:45–14:45 **Sesja 8. Panel dyskusyjny: Kierunki rozwoju opieki paliatywnej, wspierającej i hospicyjnej**
Moderator: prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert,
Uczestnicy: prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko, dr n. med. Aleksandra Modlińska, dr n. o zdr. Izabela Kaptacz, dr n. med. Leszek Pawłowski, lek. Iwona Sińska, lek. Grzegorz Loro
- 14:45 **Podsumowanie i zakończenie Konferencji**

WYKŁAD INAUGURACYJNY

Prof. Sebastiano Mercadante^{1,2}

¹Pain and Palliative Care Unit La Maddalena Hospital, University of Palermo, Italy

²MD Anderson Houston, United States

Opioids in chronic pain management

The pharmacological management of cancer pain is a complex issue that requires knowledge and experience in the use of analgesics. The aim of this expert review is to provide a panorama of the pharmacological strategies in cancer pain management. Opioid dose titration is a delicate process regarding the start of opioid treatment in different clinical conditions. How to improve the opioid response is a fundamental step which includes different strategies when an initial treatment with opioids fails. The use of adjuvants is another relevant issue that should be considered in some specific circumstances to optimize the management of cancer pain management. Some clinical conditions, such as neuropathic pain, and breakthrough pain, deserve a special attention. Despite the poor evidence, opioid therapy still remains the cornerstone of pharmacological pain management in cancer patients. Opioids should be used differently according to the level of tolerance (from naive to highly tolerant patients), also personalizing the treatment (route, drug, and dosing). Breakthrough pain requires expertise in tailoring a treatment according to patient's profile and characteristics of the episodes. Adjuvant drugs may help in specific conditions, although their use should be balanced with the adverse effects.

XVI Międzynarodowa
Konferencja Czasopisma
„Palliative Medicine in Practice”
Gdańsk, 23–24 czerwca
2023 roku

SESJE

BÓL U CHORYCH NA NOWOTWORY

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

Jerzy Wordliczek

Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Ból neuropatyczny i nocycyplastyczny: współczesne możliwości leczenia

Zgodnie z definicją ból neuropatyczny (BN) spowodowany jest uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznej części układu nerwowego. Ból neuropatyczny występuje u około 7–10% populacji, częściej u osób starszych i u kobiet. Najczęstszymi zespołami obwodowego BN są: neuralgia popółpaścowa i trójdzielną, neuropatia cukrzycowa, przetrwały ból pooperacyjny i pourazowy, neuropatia w przebiegu zakażenia HIV i w przebiegu choroby nowotworowej, ból fantomowy, neuropatie po chemioterapii i radioterapii. Najczęstszymi zespołami ośrodkowego BN są: ból po udarze mózgu, ból po urazie rdzenia kręgowego, ból w chorobie Parkinsona i w stwardnieniu rozsianym. Rozpoznanie ustala się na podstawie starannie zebranego wywiadu, w którym należy zwrócić uwagę na wszystkie przyczyny mogące doprowadzić do uszkodzenia obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz badania klinicznego ukierunkowanego na ocenę zaburzeń czucia. Pomocne w rozpoznaniu są skale przesiewowe (DN4 i Pain Detect). Złożony patomechanizm BN wpływa bezpośrednio na wybór i skuteczność terapii. Zadowalający efekt leczenia (30–50-procentową ulgę w dolegliwościach bólowych) uzyskuje się jedynie u 50–60% chorych. Efektywność zależy od optymalnie dobranej terapii, która powinna ściśle korelować z mechanizmami powstawania BN, a standardy leczenia BN wskazują na konieczność indywidualizacji terapii.

Ból nocycyplastyczny stanowi efekt zaburzonych procesów nocycypcji w układzie nerwowym, występuje pomimo braku wyraźnych dowodów na rzeczywiste lub zagrażające uszkodzenie tkanek, aktywujące obwodowe nocycyptory, lub dowodów na chorobę lub uszkodzenie somatosensorycznego układu nerwowego, które mogłyby powodować ból. Występuje w przynajmniej jednej lub więcej lokalizacji anatomicznych, utrzymuje się lub nawraca przez okres dłuższy niż 3 miesiące i wiąże się ze znacznym obciążeniem emocjonalnym lub znaczącą niepełnosprawnością czynnościową (zaburza wykonywanie codziennych czynności i pełnienie ról społecznych). Ból nocycyplastyczny nie może być lepiej wyjaśniony innym przewlekłym stanem bólowym, jakkolwiek może współwystępować z bólem receptorowym i neuropatycznym. Jest to nowa definicja fenomenologiczna, utworzona z uwagi na fakt, że w przypadku wielu postaci przewlekłego bólu etiologia jest nieznana. Ta grupa obejmuje częste zespoły bólowe, takie jak np. ból pleców, który nie jest klasyfikowany ani jako ból mięśniowo-szkieletowy, ani neuropatyczny, jak również przewlekły ból rozlany, fibromialgia i zespół jelita drażliwego, w etiologii których można stwierdzić obecność lub brak określonych zmian biologicznych. Leczenie bólu nocycyplastycznego powinno mieć charakter multimodalny i obejmuje farmakoterapię skierowaną na patomechanizm bólu (leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, wpływające na ośrodkowe procesy kontroli bólu), psychoterapię, fizjoterapię i techniki neuromodulacji.

Ból trzewny: nowe możliwości leczenia

Ból trzewny z definicji pochodzi z narządów wewnętrznych, takich jak:

- serce, duże naczynia, struktury okołonaczyniowe;
- drogi oddechowe;
- przewód pokarmowy;
- narządy górnej części jamy brzusznej;
- układ moczowy;
- układ rozrodczy;
- sieć, otrzewna trzewna.

Charakterystyczne cechy bólu trzewnego odróżniające go od bólu somatycznego obejmują:

- ból rozlany, słabo zlokalizowany, może nie być związany z patologią narządu;
- częściej jest to ból rzutowany niż odczuwany w miejscu źródła bólu;
- wywołany przez bodźce inne niż wywołujące ból somatyczny: rozciąganie narządów, pociąganie krezki, niedokrwienie, czynniki chemiczne i zapalne;
- ból związany jest z nasiloną odpowiedzią emocjonalną i z układu nerwowego autonomicznego;
- ból może zwiększać napięcie mięśniowe.

Powyższe cechy są odmienne od bólu somatycznego, który jest dobrze zlokalizowany i charakteryzuje się liniową zależnością bodziec–odpowieź.

Ból trzewny może być spowodowany przyczynami organicznymi, wykrywanymi w trakcie standardowych badaniach diagnostycznych lub wykazywać charakter bólu czynnościowego, w przypadku którego etiologia pozostaje niewyjaśniona i który może być efektem zmian w zakresie nadwrażliwości trzewnej na poziomie obwodowym i/lub ośrodkowym.

Analgetyki opioidowe stanowią podstawę leczenia bólu trzewnego ostrego i przewlekłego, także u chorych na nowotwory, ale nie zawsze są optymalnym wyborem ze względu na działania niepożądane. Inną opcję leczenia stanowią niesteroidowe leki przeciwzapalne, zwłaszcza ze względu na ich działanie przeciwzapalne i przeciwobrzękowe, co wykorzystywane jest w leczeniu bólu kolkowego. Metamizol jest lekiem z wyboru w terapii bólu trzewnego ze względu na dodatkowe działanie spazmolityczne.

Inne leki, które mogą skutecznie zmniejszyć natężenie bólu trzewnego, zwłaszcza w zespole jelita drażliwego, to olejek miętowy, leki przeciwdepresyjne: trójcykliczne (TCA, *tricyclic antidepressants*) i inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors*), antagoniści receptora 5-HT₃ (aloksetron, ondansetron), antybiotyki niewchłaniające się (rifaksymina) i leki pobudzające sekrecję do przewodu pokarmowego (lubiproston, linaklotyd), agoniści MOR i KOR oraz antagoniści DOR (eluksadolina), antagoniści receptora H₁ (ebastyna), antagoniści receptora (NK)-2 (ibodutant), gabapentynoidy. W fazie badań przedklinicznych i klinicznych są modulatory NOP i MOR (cebranopadol i pochodne buprenorfiny), agoniści CB₂, antagoniści NMDA, antagoniści receptora dla CGRP, ligandy TRPV1, TRPV4, TRPM8, ligandy receptora estrogenowego ER, antagoniści receptora adenozyнового A_{2B}.

W leczeniu chorych na nowotwory z bólem trzewnym stosowane są zabiegi neuromodulacyjne: stymulacja rogów tylnych i bezpośrednio rdzenia kręgowego oraz nerwów krzyżowych, dokałowe podawanie leków (np. zikonotydu), zabiegi neurodestrukcyjne w obrębie układu współczulnego — najczęściej nerwów trzewnych, splotu trzewnego, splotu podbrzusznego górnego i zwoju Waltera. Radioablacja splotu trzewnego polega na jego uszkodzeniu przez promieniowanie jonizujące, jest stosowana u chorych na nowotwory trzustki, u których nie można wykonać neurolizy splotu trzewnego z powodu zbyt dużych wymiarów guza, zwłaszcza zlokalizowanego w obrębie trzonu i ogona trzustki, lub nacieku na naczynia.

Renata Zajączkowska

Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Patomechanizm i leczenie bólu kostnego u chorych na nowotwory

Ból kostny jest jednym z najczęstszych rodzajów bólu u chorych na nowotwory, występuje u 2/3 pacjentów w zaawansowanej fazie choroby (w Stanach Zjednoczonych rocznie dotyczy ok. 450 tysięcy pacjentów) i stanowi najczęściej konsekwencję przerzutów nowotworu do kości. Kości są trzecią pod względem częstości (po płucach i wątrobie) lokalizacją przerzutów nowotworowych. Najczęściej przerzuty do kości powodują szpiczak mnogi, rak piersi, prostaty, płuca, tarczycy, nerki i jajnika. Zazwyczaj są to przerzuty mnogie, jedynie w 10% przerzuty są pojedyncze. Przerzuty do układu kostnego najczęściej zlokalizowane są w kręgach (69%), kościach miednicy (41%), kościach długich (najczęściej w bliższej — proksymalnej — części kości udowej — 25%), czaszce (14%), rzadziej w żebrach, mostku i bliższej części kości ramiennej. Najczęściej rozsiew następuje drogą krwipochodną, rzadziej poprzez naciek z okolicznych tkanek, drogą układu limfatycznego lub płynu mózgowo-rdzeniowego — ta ostatnia droga częściej dotyczy dzieci.

U około 20% pacjentów ból lub patologiczne złamanie kości są pierwszymi objawami nowotworu. Niekiedy wystąpienie bólu wyprzedza pojawienie się zmian radiologicznych przerzutów do kości. Dolegliwości bólowe pojawiają się na ogół samoistnie i w zależności od stadium choroby mają różne natężenie i charakter. Większość pacjentów w początkowym okresie odczuwa przemijające dolegliwości bólowe, w miarę postępu choroby ból staje się coraz silniejszy i przybiera charakter ciągły lub nawracający, z bardzo intensywnymi zaostrzeniami. Ból kostny nasila się podczas ruchu, często pod wpływem ciepła, może towarzyszyć mu wzrost temperatury ciała, typowo dolegliwości bólowe mogą nasilać się w nocy. Często stwierdza się bolesność uciskową okolicy zmiany przerzutowej w kości. W późniejszym okresie, kiedy dochodzi do znacznego stopnia destrukcji kości, mogą wystąpić patologiczne złamania, ucisk i uszkodzenie struktur układu nerwowego (rdzenia kręgowego, korzeni nerwowych, spłotów nerwowych lub nerwów obwodowych). Ten ostatni mechanizm stanowi jedną z przyczyn komponentu neuropatycznego bólu kostnego u chorych na nowotwory.

Patomechanizm bólu wywołanego przerzutami nowotworu do kości jest złożony, stanowi efekt wzajemnych interakcji pomiędzy komórkami nowotworowymi, komórkami tworzącymi kości, aktywowanymi komórkami zapalnymi i unerwiającymi kości neuronami. Obejmuje procesy zapalne i neuropatyczne, które są modyfikowane zarówno na poziomie tkanek i nerwów obwodowych, jak i wyższych pięter układu nerwowego (rdzeń kręgowy, mózgowie). Zarówno komórki nowotworowe, jak i komórki macierzy kostnej oraz komórki zapalne produkują mediatory, które aktywują nocyceptory i uszkodzają włókna nerwowe oraz czynniki wzrostowe, które są odpowiedzialne za patologiczny rozrost i reorganizację czuciowych i współczulnych włókien nerwowych unerwiających kości oraz za tworzenie nerwiaków. Całość powyższych procesów prowadzi do rozwoju obwodowej i ośrodkowej sensytyzacji. Wzajemne interakcje komórek nowotworowych i osteoklastów mają charakter samonapędzającego się mechanizmu, który prowadzi do destrukcji kości, złamań patologicznych i trudnego do leczenia bólu.

Leczenie bólu kostnego powinno być dostosowane do fazy choroby nowotworowej. Jego celem jest zmniejszenie nasilenia bólu i zapobieganie powikłaniom kostnym. Zgodnie z zaleceniami ESMO (European Society for Medical Oncology) i WHO (World Health Organization) leczenie bólu kostnego powinno być wielokierunkowe (zarówno farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne) i obejmuje leczenie przeciwnowotworowe i objawowe, którego celem jest zmniejszenie natężenia bólu. Leczenie przeciwnowotworowe obejmuje terapie miejscowe (chirurgiczne i radioterapię), leczenie systemowe (chemioterapię, hormonoterapię, immunoterapię i terapie molekularne). Leczenie przeciwnowotworowe zmniejsza masę guza i miejscowy naciek tkanek i w konsekwencji zmniejsza natężenie bólu. W terapii bólu kostnego stosowane są analgetyki zgodnie z drabiną analgetyczną WHO (nieopiodowe leki przeciwbólowe, zwłaszcza niesteroidowe leki przeciwzapalne i opioidy). Ze względu

na złożone mechanizmy bólu kostnego, w leczeniu znajdują także zastosowanie adjuwanty analgetyczne (leki przeciwpadaczkowe, kortykosteroidy) i leki wpływające na metabolizm kości (inhibitory osteoklastów: bisfosfoniany i denosumab) oraz inhibitory czynnika wzrostu nerwów (NGF, *nerve growth factor*) — tanezumab. Leczenie powinno być dobierane indywidualnie, celem jest zmniejszenie natężenia bólu i cierpienia, poprawa w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychologicznego i duchowego, jakości życia i, o ile to możliwe, wydłużenie czasu przeżycia chorych.

Małgorzata Malec-Milewska

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

Rola adjuwantów analgetycznych w leczeniu bólu u chorych na nowotwory

Ból u chorych na nowotwory może wystąpić na każdym etapie choroby, w jego leczeniu, oprócz leków przeciwbólowych, stosowane są również leki wspomagające, które obejmują dwie grupy leków:

1. Adjuwanty analgetyczne (ko-analgetyki) — leki, które nie należą do grupy leków przeciwbólowych, ale wykazują efekt przeciwbólowy w określonych rodzajach bólu.
2. Leki stosowane w zapobieganiu i leczeniu objawów niepożądanych związanych ze stosowanymi analgetykami (najczęściej opioidowymi), a także w terapii objawów innych niż ból.

Leczenie ko-analgetykami powinno być spersonalizowane (indywidualizowane) i dostosowane do profilu pacjenta i do właściwości farmakokinetycznych i farmakodynamicznych danego leku adjuwantowego. Do podstawowych adjuwantów analgetycznych o wielokierunkowym profilu działania przeciwbólowego stosowanych u chorych na nowotwory należą glikokortykosteroidy (GKS). Mechanizm działania przeciwbólowego związany jest z efektem przeciwzapalnym, przeciwobrzękowym (zmniejszenie ucisku przez tkanki objęte obrzękiem na wrażliwe na ból struktury: mózg, korzenie nerwów rdzeniowych), a także z bezpośrednim działaniem hamującym elektryczną aktywność uszkodzonego nerwu. Dodatkowym efektem działania GKS jest poprawa nastroju, apetytu i działanie przeciwwymiotne, które mogą być istotne u chorych na nowotwory. Najczęściej stosowanym lekiem ze względu na właściwości (brak działania mineralokortykoidowego i długi czas działania) jest deksametazon stosowany najczęściej w zakresie dawek 2–24 mg na dobę drogą doustną, podskórną lub dożylną, najlepiej w jednorazowej dawce porannej. Glikokortykosteroidy stosowane są również miejscowo, dostawowo, okołostawowo, okołonerkowo i dokanałowo.

Agoniści receptora alfa₂-adrenergicznego (klonidyna, deksmedetomidyna, tizanidyna) powodują blokowanie kanałów wapniowych i otwarcie kanałów potasowych — hyperpolaryzację i zahamowanie przewodnictwa nerwowego, czyli mechanizm podobny do działania opioidów. Podstawowym lekiem jest klonidyna stosowana różnymi drogami, zwłaszcza dokanałowo i miejscowo.

Antagoniści receptora NMDA (N-metylo-D-asparaginowego) to ketamina, dekstrometorfan, amantadyna, memantyna, siarczan magnezu. W opiece paliatywnej w leczeniu opornych na opioidy zespołów bólowych najczęściej stosowana jest ketamina. Wlewy ketaminy drogą podskórną, dożylną, rzadziej dokanałową, stosowane w warunkach szpitalnych mogą u wybranych chorych zapewnić długotrwały efekt przeciwbólowy. Wlewy lidokainy drogą dożylną po raz pierwszy zastosowano podczas II wojny światowej w leczeniu bólu u lotników z oparzeniami.

Wlewy lidokainy w dawkach 5–7,5 mg na kg m.c. w 250 ml soli fizjologicznej w okresie 30 minut (pompa lub wlew kroplowy) powtarzane 2–3 razy w okresie 7 dni (po wykluczeniu przeciwwskazań kardiologicznych, z monitorowaniem układu krążenia) mogą dać pozytywny, jednak dość krótkotrwały efekt przeciwbólowy u chorych z bólem neuropatycznym.

Kanabinoidy to organiczne związki chemiczne działające przez receptory kanabinoidowe metabotropowe CB₁ i CB₂. Stosowane są jako leki kolejnego wyboru przy nieskuteczności leków pierwszego i drugiego wyboru w leczeniu bólu neuropatycznego. Zastosowane profilaktycznie zmniejszają ryzyko rozwoju obwodowej neuropatii po chemioterapii i łagodzą objawy niepożądane chemioterapii. Klinicznie udowodniono ich skuteczność w bólu neuropatycznym u chorych zakażonych HIV. Należy zwrócić uwagę na możliwe interakcje z opioidami i lekami psychotropowymi.

Leki przeciwpadaczkowe (pregabalina, gabapentyna), których głównym mechanizmem działania jest blokiwanie kanałów wapniowych, należą do leków pierwszego wyboru w terapii bólu neuropatycznego.

Leki przeciwdepresyjne o podwójnym mechanizmie działania noradrenergicznym i serotoninowym (duloksetyna, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne — TLPD), obok leków przeciwpadaczkowych, stanowią pierwszą linię terapii bólu neuropatycznego, zwłaszcza u chorych, u których występuje również depresja. W terapii bólu przewlekłego należy unikać leków z grupy selektywnie blokujących wychwyty zwrotny serotoniny, ponieważ serotonina na obwodzie jest mediatorem zapalenia i stosowanie ich w bólu przewlekłym może doprowadzić do zmiany fenotypu bólu. Amitryptylina nie wykazuje skuteczności w polineuropatii po chemioterapii i w neuropatii u chorych zakażonych HIV.

W miejscowym zlokalizowanym bólu neuropatycznym lekami drugiego wyboru są leki działające powierzchniowo: 5-procentowa lidokaina, która blokuje patologiczne kanały sodowe i 8-procentowa kapsaicyna, która jest agonistą receptorów waniloidowych TRPV1. Lekiem trzeciego wyboru w niektórych zespołach bólu neuropatycznego jest toksyna botulinowa stosowana powierzchniowo w postaci iniekcji drogą podskórną.

W przypadku przerzutów do kości, w których bardzo szybko dochodzi do powstania bólu neuropatycznego, obok leków pierwszego wyboru (NLPZ, sterydy, gabapentynoidy) i radioterapii stosowane są bisfosfoniany i denosumab [naturalne przeciwciało przeciwko połączeniu receptora RANK (*receptor activator of nuclear factor kappa-B*) ze swoim ligandem RANKL (*receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand*) (utrudnienie dojrzewania osteoklastów)] oraz tenozumab (przeciwciało blokujące połączenie receptora tyrozynowego z czynnikiem wzrostowym nerwów hamujące tworzenie nowych zakończeń nerwowych).

Jarosław Woron¹⁻³

¹Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków w Krakowie

³Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Gabinet Konsultacyjny Farmakologii Klinicznej, Kraków

Najczęstsze interakcje leków stosowanych w terapii bólu u chorych na nowotwory

Problem interakcji leków stosowanych w medycynie paliatywnej w przeważającej części przypadków wynika z braku stosowania zasad farmakoterapii kontekstowej. Pacjent, zwłaszcza w okresie zaawansowanym wielu chorób, z uwagi na toczące się liczne procesy patofizjologiczne, które modyfikują niekorzystnie profil farmakokinetyczny stosowanych leków, jest szczególnie podatny na ryzyko zarówno niekorzystnych interakcji leków, jak i ryzyko działań niepożądanych stosowanej farmakoterapii. Ryzyko niekorzystnych interakcji leków w medycynie paliatywnej nie może być definiowane jedynie jako wynikające z interakcji farmakokinetycznych i farmakodynamicznych, dlatego że, jak wynika z praktyki klinicznej, równie istotny jest mechanizm interakcji lek–choroba oraz sumowanie działań niepożądanych jednocześnie stosowanych leków.

W praktyce klinicznej, o ile interakcje analgetyków są znane i prewencja ich występowania jest coraz bardziej skuteczna, o tyle interakcje adjuwantów analgetycznych (ko-analgetyków), szeroko definiowanych leków psychotropowych i innych grup leków stosowanych w terapii wspomagającej nadal stanowią istotną przyczynę jatrogenizacji w tej szczególnej populacji pacjentów. Z praktyki monitorowania powikłań polekowych w medycynie paliatywnej wynika, że coraz częściej występują działania niepożądane kanabinoidów, których interakcje, głównie farmakokinetyczne, są jednym z elementów nieprawidłowo dobranej farmakoterapii.

Innym istotnym źródłem powikłań jest bezkontekstowe stosowanie leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) i inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin noradrenalin reuptake inhibitor*), a także mirtazapiny i mianseryny. Warto przypomnieć, że leki z grupy SSRI wykazują wprost efekt proalgetyczny wynikający z obwodowego działania serotoniny jako czynnika probólowego, przez co mogą zmniejszać skuteczność leczenia bólu. Liczne interakcje wynikają z nieracjonalnego stosowania neuroleptyków fenotiazynowych, hydroksyzyny, kwetiapiny i haloperidolu, a każdy z wymienionych leków z uwagi na specyficzny profil farmakologiczny zastosowany niekontekstowo może powodować istotne problemy w farmakoterapii, którą można określić farmakoterapią jatrogenną. Często zapomina się także o zagrożeniach, które mogą wynikać z zastosowania deksametazonu. W wyniku genomowego działania tego glikokortykosteroidu dochodzi do indukcji aktywności, głównie izoenzymu 3A4 cytochromu P450, co może nasilać hepatotoksyczność paracetamolu i zmieniać profil farmakokinetyczny wielu innych leków o istotnym klirensie CYP3A4.

ZASTOSOWANIE
KANABINOIDÓW
W LECZENIU OBJAWÓW
TOWARZYSZĄCYCH
CHOROBI
NOWOTWOROWEJ

Małgorzata Łukowicz

Klinika Rehabilitacji, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Podstawy teoretyczne i przykłady z praktyki klinicznej zastosowania kanabinoidów

Receptory kanabinoidowe wyewoluowały przed 600 milionami lat, jest to system, który odgrywa istotną rolę w wielu procesach zachodzących w organizmie człowieka, bierze udział między innymi w regulacji gospodarki energetycznej, procesach neurohormonalnych i neuroimmunologicznych, metabolizmie i aktywności motorycznej, wpływa na nastrój, motywację do działania, poczucie głodu i sytości. Słabiej poznane receptory CB2 pojawiają się w organizmie człowieka w znacznie mniejszej liczbie lokalizacji, głównie w układzie odpornościowym, ale występują także w niższych stężeniach, między innymi w komórkach odpornościowych i tłuszczowych, przewodzie pokarmowym, wątrobie, kościach (osteoblastach, osteocytach i osteoklastach), układzie rozrodczym, szpiku kostnym i w skórze (komórki nerwowe skóry, keratynocyty). Endokanabinoidy biorą udział w regulacji odpowiedzi na stres, przy czym rozwój wielu poważnych chorób ulega zahamowaniu poprzez „autoprotekcyjny” wzrost uwalniania endokanabinoidów i ekspresji receptorów, efektywność sprzęgania kanabinoidu z receptorem, na przykład w nowotworach u ludzi i w modelach zwierzęcych bólu neuropatycznego lub zapalnego, stwardnienia rozsianego, zaburzeń jelitowych, zespołu stresu pourazowego, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu, krwotoków, sepsy, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy i choroby Parkinsona.

Wśród objawów towarzyszących chorobie nowotworowej można rozważyć włączenie konopi w przypadku wystąpienia nudności i wymiotów, bólu opornego na leczenie, zaburzeń łaknienia i snu oraz lęku. Działanie cytoprotekcyjne można wykorzystać w narastającym obrzęku mózgu, udowodniono znaczny wpływ cytoprotekcyjny kanabigerolu (CBG). Efekt przeciwnowotworowy kanabinoidów jest badany u chorych z rozpoznaniem nowotworów piersi, płuc, trzustki i gruczołu krokowego, glejaka i białaczki. Kanabinoidy posiadają wysoki indeks terapeutyczny (1000:1), w przeciwieństwie do opioidów, które cechuje względnie niski indeks terapeutyczny (70:1), a tym samym potencjalnie znaczna toksyczność.

MOŻLIWOŚCI ROZWOJU OPIEKI DUCHOWEJ W MEDYCYNIE

Przewodnicząca: prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik

Małgorzata Krajnik

Katedra Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy

Edukacja w zakresie opieki duchowej

Definicja Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM) wskazuje na duchowość w medycynie jako na wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych. Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, za przykładem European Association for Palliative Care, wyróżnia trzy sfery duchowości:

- religijność człowieka, zwłaszcza jego relacje z Bogiem, a także zwyczaje i praktyki oraz życie wspólnotowe;
- poszukiwania egzystencjalne odnoszące się szczególnie do sensu życia, cierpienia i śmierci oraz do odpowiedzi na pytanie o własną godność i o to kim się jest jako osoba, do sfery wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpacz, pojednania i przebaczenia, miłości i radości;
- wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relacje z samym sobą i z innymi ludźmi, stosunek do pracy, natury, sztuki i kultury, jego wybory w sferze moralności i etyki oraz samo życie.

Podstawowa opieka duchowa świadczona przez profesjonalistów medycznych obejmuje zebranie wywiadu dotyczącego sfery duchowej w chwili przyjmowania chorych do opieki i badanie potrzeb duchowych pacjentów w ramach całościowej oceny klinicznej, w celu rozpoznania cierpienia duchowego, potrzeby skierowania i współpracy z kapłanem oraz podjęcia interwencji duchowych. W Polsce program nauczania duchowości/opieki duchowej w medycynie dla studentów kierunku lekarskiego został wprowadzony w Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie przygotowało propozycję kształcenia kapłanów tak, aby oprócz prowadzenia misji Kościoła posiadali wiedzę i umiejętności w zakresie specjalistycznej opieki duchowej.

Wzmacnianie godności pacjenta

Międzynarodowa grupa badawcza kanadyjskiego psychiatry Maxa Harveya Chochinova opracowała krótką interwencję terapeutyczną określaną jako terapię wzmacniającą godność (ang. *dignity therapy*). Metoda stosowana jest u pacjentów z zaawansowaną chorobą, a jej cel stanowi wzmocnienie poczucia godności i pomoc w mierzeniu się pacjentów z sytuacją poważnej choroby. Rozmowa oparta jest na formularzu pytań, podczas której terapeuta stara się wydobyć z pamięci chorych fakty z życia, których wspomnienie może stanowić istotne wsparcie. Pacjenci mają możliwość wypowiedzenia istotnych informacji czy wskazówek dla osób bliskich, które będą stanowić testament duchowy. Rozmowa jest nagrywana, a następnie w procesie transkrypcji terapeuta redaguje dokument końcowy, który podczas kolejnego spotkania przekazuje pacjentowi. Druga kopia dokumentu, na życzenie chorego, może zostać przekazana wskazanej bliskiej osobie.

Przeprowadzone w wielu krajach badania wykazały pozytywny wpływ terapii wzmacniającej godność na samopoczucie pacjentów, najczęściej chorych na nowotwory. W badaniu własnym podjęto próbę zastosowania terapii wzmacniającej godność u 10 pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej postaci przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (POChP). W analizie ilościowej (dane uzyskane z kwestionariusza satysfakcji wypełnianego przez chorych po zakończeniu badania) potwierdzono pozytywny wpływ terapii wzmacniającej godność na samopoczucie psychiczne pacjentów. Treść wypowiedzi poddano analizie jakościowej metodą sędziów kompetentnych, fragmenty wypowiedzi przyporządkowano do odpowiednich kategorii tematycznych problemów duchowych według Grovesa. Terapia wzmacniająca godność zapewniła wsparcie chorym na zaawansowaną POChP, a informacje na temat zasobów i problemów w sferze duchowej mogą być przydatne dla klinicystów w poprawie jakości opieki zapewnianej chorym i ich rodzinom.

Martyna Janicka

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Doktora Józefa Bednarza w Świeciu

Uważne słuchanie i poszukiwanie sensu cierpienia

W opiece paliatywnej istotne znaczenie odgrywają umiejętności komunikacyjne całego personelu medycznego. Opracowano różne koncepcje i modele, których rola polega na efektywnym rozmawianiu z osobą chorą i jej bliskimi oraz skutecznym przekazywaniu informacji uznawanych za trudne bądź niepomyślne. Obok umiejętności wypowiadania słów i prowadzenia rozmów z chorymi warto pamiętać także o tym, by być gotowym na usłyszenie tego, co mówi pacjent. Być gotowym na usłyszenie tego, co mówi osoba, która prawdopodobnie jeszcze całkiem niedawno inaczej planowała spędzać czas, która była samodzielna, realizowała się w różnych sferach życia, posiadała plany, marzenia, cele. Możliwe, że potrafiła określić sens własnego życia.

Co jednak dzieje się w sytuacji, kiedy pewnego dnia, niekiedy w ułamku sekundy, na te wszystkie plany, marzenia i cele nakłada się doświadczenie cierpienia cielesnego lub duchowego? Cierpienia, którego pomimo rozwoju medycyny i farmakologii nadal nie można całkowicie usunąć z życia człowieka. Pytanie o sens cierpienia towarzyszy ludziom od wieków, powstało wiele opracowań na gruncie filozofii, psychologii, teologii i innych nauk, które mają poszerzyć perspektywę rozumienia tego zagadnienia.

Warto być jednak uważnym, aby nie wpaść w pułapkę traktowania znalezienia sensu cierpienia jako ostatecznego celu, pamiętając, że ten sens, to nie coś, co się posiada, co można sobie wymyślić lub narzucić we własnym życiu. Jest to raczej wejście na ścieżkę głębokich rozważań, jak ten sens odnaleźć tu i teraz w miejscu, w którym aktualnie człowiek jest, w punkcie życia, w jakim aktualnie się znajduje, z możliwościami i niemożliwościami, jakie napotyka każdego dnia. W dalszej kolejności warto rozważyć również, kto będzie wsparciem w poszukiwaniach i w jaki sposób kontakt z osobami pracującymi w opiece paliatywnej może być użyteczny w tym procesie.

INTEGRACJA OPIEKI PALIATYWNEJ I PSYCHOONKOLOGII

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko,
prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz

Krystyna de Walden-Gałuszko

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Rola sztucznej inteligencji w medycynie

Dynamiczny rozwój sztucznej inteligencji (SI) wkracza bardzo szybko w różne obszary naszego życia — jej propozycje zaczynają się zaznaczać również w medycynie. Pojawiła się w związku z tym pilna potrzeba odpowiedzi na pytanie o możliwość wykorzystania, ale i ograniczenia SI. Niewątpliwie bardzo pozytywnie może się zaznaczyć jej udział na polu diagnostyki, natomiast zalecenia terapeutyczne powinny być poprzedzone przez odpowiednie regulacje prawne i etyczne. Czy w tej nowej sytuacji należy stworzyć nową przysięgę Hipokratesa?

Wątpliwości zaczynają się mnożyć, gdy wejdziemy w obszar praktyki klinicznej. Ocena jakości opieki medycznej opiera się w znacznym stopniu na jakości komunikacji — tutaj SI wyraźnie przegrywa z „żywymi lekarzami” (poczucie humoru, metafory, przenośnie). Również niedostępnym obszarem wydaje się być empatia i rozwijająca się na niej moralność, a także duchowość. Wszystko to wydaje się zmierzać w złym kierunku. Zlekceważyliśmy zasady ewolucyjnego rozwoju i rozwinęliśmy nadmiernie nasze funkcje poznawcze kosztem na przykład empatii (aktywowanej w mózgu przez neurony lustrzane i neurony ven), a także duchowości (powiązanej z biegunem czołowym w płatach czołowych). Zaburzone proporcje rozwoju psychicznego człowieka mogą nam w przyszłości przysporzyć sporo problemów.

Znaczenie osobowości silnej immunologicznie w pracy psychoonkologa

Praca psychoonkologa, zwłaszcza hospicyjna, jest trudna emocjonalnie, głównie ze względu na to, że często mamy do czynienia z pacjentem, którego nie możemy wyleczyć, a także nie możemy nawet powstrzymać rozwoju choroby. Taka sytuacja stwarza pewien dysonans pomiędzy przyjmowanym paradygmatem, że sukces w medycynie polega na doprowadzeniu pacjenta do zdrowia, a co najmniej do powstrzymania rozwoju choroby. W pracy psychoonkologa wielokrotnie spotykamy się z sytuacją, że jesteśmy bezradni wobec niszczącej, postępującej choroby nowotworowej. Ta konfrontacja pomiędzy wyżej wymienionym paradygmatem, a rzeczywistością stanowi znaczny dysonans, którego skutkiem mogą być negatywne emocje, rozczarowanie i zła ocena własnej skuteczności.

Istnieje więc prawdopodobieństwo, że taki stan może doprowadzić do zjawiska wypalenia zawodowego. Z naszych obserwacji i niektórych badań wynika, że występowanie wypalenia zawodowego w grupach osób pracujących, zwłaszcza w hospicjach, nie jest takie oczywiste. Dlaczego tak się dzieje, próbuje się wyjaśniać na różne sposoby. Wydaje się, że dobrym kierunkiem poszukiwań wyjaśniających taką sytuację są badania poszukujące swoistej siły u osób pracujących z ciężko chorymi na nowotwory. I takie wyjaśnienie tkwi w tych osobach, w ich osobowości silnej immunologicznie. Jak wykazano w interdyscyplinarnych badaniach immunologów i psychologów, istnieje pewien zestaw cech osobowościowych, którego posiadacze wykazują silne właściwości immunologiczne. Do cech osobowości silnej immunologicznie należą:

1. zdrowe pomaganie
2. związki oparte na miłości
3. zdolność do zwierzeń
4. asertywność
5. siła charakteru
6. wrażliwość na sygnały wewnętrzne
7. złożoność struktury „Ja”.

Monika Lichodziejewska-Niemierko
Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Jak wprowadzić planowanie opieki z wyprzedzeniem do praktyki klinicznej?

Planowanie opieki z wyprzedzeniem (ACP, *advance care planning*) to proces, którego celem jest wspieranie modelu opieki zgodnego z preferencjami chorych. Kluczowym elementem postępowania jest ocena indywidualnych wartości, jak również celów i priorytetów pacjenta w kontekście warunków i sposobów przyszłego leczenia i opieki. W ACP zawiera się szczerą i wnikliwą informację na temat możliwości i ograniczeń stosowanego leczenia, omówienie powyższych zagadnień pomiędzy chorym, rodziną i przedstawicielami personelu medycznego oraz dokumentowanie i przegląd podjętych decyzji.

Zwyczajowo ACP dotyczy wyboru postępowania u kresu życia, jednak podstawą jest wspólne podejmowanie decyzji (SDM, *shared decision-making*) na każdym etapie choroby. Wdrożenie ACP wymaga przekazania informacji nie tylko na temat metod i technik wydłużających życie, ale również następstw ich stosowania lub zaniechania, ograniczeń i rokowania, które można przewidzieć w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, jak również istoty i roli opieki wspierającej i paliatywnej. Wskazanie różnych możliwości postępowania medycznego jest podstawą dokonania przez pacjenta świadomego wyboru metod leczenia lub rezygnacji z terapii, co dotyczy także podjęcia działań w zakresie planowania opieki z wyprzedzeniem. Wydaje się, że szerokie informowanie społeczeństwa o przysługującym mu prawie do rzetelnej informacji, decyzji i samostanowienia oraz o korzyściach wynikających z SDM może wpłynąć na upowszechnienie ACP. Realizacja procesu ACP w pełnym zakresie wymaga również wprowadzenia zmian w prawie polskim polegających na określeniu szczegółowych zasad stosowania oświadczeń *pro futuro* i warunków ustanawiania pełnomocnika medycznego.

Nowe kierunki rozwoju psychoonkologii

Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne (PTPO) w 2023 roku obchodzi jubileusz 30-lecia działania w Polsce. Psychoonkologia jako dziedzina interdyscyplinarna zaczęła wyodrębniać się od lat 80. XX wieku, a instytucjonalnym potwierdzeniem było założenie przez Panią Profesor Jimmi Holland Międzynarodowego Towarzystwa Psychoonkologicznego (IPOS, International Psycho-Oncology Society), która jako inicjatywa amerykańska została równolegle przyjęta w Europie, a PTPO zostało powołane jako jedno z pierwszych w Europie przez Panią Profesor Krystynę de Walden-Gałuszko wraz z kilkoma osobami.

Przez ten czas powstało wiele ważnych inicjatyw i ustaleń. Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne wielokrotnie zajmowało stanowiska w kwestiach miejsca psychoonkologii w leczeniu i opiece zapewnianej chorym na nowotwory na wszystkich etapach leczenia. Osoby z umiejętnościami psychoonkologicznymi pracują w licznych jednostkach ochrony zdrowia, regionalnych centrach onkologii, przychodniach zdrowia psychicznego, w jednostkach opieki paliatywnej i długoterminowej, a także w wielu gabinetach psychoterapeutycznych. Powyższe wskazuje zarówno na znaczne zapotrzebowanie na pomoc psychoonkologiczną wśród pacjentów i ich bliskich, jak i na zainteresowanie podmiotów publicznych i pozarządowych koniecznością niesienia takiej pomocy. Idea opieki psychoonkologicznej obejmuje zarówno zwiększenie dostępności pomocy psychoonkologicznej, jak i poprawę jej jakości poprzez ustawiczne szkolenia, w tym podyplomowe. Kierunki rozwoju psychoonkologii w Polsce obejmują rozszerzanie możliwości kształcenia kadr wysoko wyspecjalizowanych kierowanych do psychologów i psychiatrów — osób, które będą udzielały pomocy pacjentom o nasilonym poziomie dystresu, ale równoległe rozszerzanie możliwości edukacji wszystkich członków personelu, wolontariuszy i osób bliskich pacjentów z umiejętnością wspierania i prawidłowej komunikacji klinicznej. Zadań stawianych przed PTPO jest wiele, pracy z pewnością wystarczy na kolejne lata działalności.

Agata Rudnik

Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia, Akademickie Centrum Wsparcia Psychologicznego, Uniwersytet Gdański

Rola medycyny narracyjnej w nauczaniu opieki paliatywnej

Jak pisze DeBenedetto i wsp. (2007) „kiedy okazuje się, że nic nie możemy zrobić, nadal możemy słuchać” (ang. *when there is apparently nothing to do, one can still listen*) i „jeżeli jedynym możliwym zakończeniem opowieści jest śmierć, to może być ona napisana na wiele sposobów” (ang. *if a story's only possible ending is death, it can be written in many ways*). Medycyna narracyjna wskazuje, w jaki sposób historie opowiadane zarówno przez pacjentów, jak i personel medyczny mogą zwiększyć empatię i dostarczyć istotnych informacji na temat interpretacji i nadawania znaczenia sytuacji choroby i leczenia.

Za twórczynię pojęcia medycyny narracyjnej uważa się Ritę Charon (2000), która odnosi się do praktyki klinicznej wzmocnionej kompetencjami narracyjnymi, czyli umiejętnościami interpretowania i poznawania historii drugiego człowieka. Badaczka podkreśla, że zarówno choroba, jak i proces zdrowienia to tak zwane akty narracyjne (*narrative acts*), a pisanie i mówienie o swoich doświadczeniach pozwala „ubrać” w słowa i usystematyzować chaos związany z trudną sytuacją. Medycyna narracyjna może być stosowana także w nauczaniu opieki paliatywnej, aby pomóc studentom lepiej zrozumieć pacjentów z zaawansowaną chorobą. Wśród wykorzystywanych metod terapeutycznych i edukacyjnych należy wymienić wywiady z pacjentami lub członkami ich rodzin, opisy obserwacji uczuć i reakcji na dane sytuacje, studium przypadku oraz warsztaty twórczego pisania, co pozwala zintegrować wiedzę teoretyczną z praktycznymi doświadczeniami i emocjonalnymi aspektami opieki paliatywnej. Podnoszenie kompetencji w tej dziedzinie poprawia nie tylko sam proces komunikacji, ale również pozytywnie wpływa na współpracę z zespołem, a także dzięki stymulowaniu umiejętności refleksji podnosi poziom profesjonalizmu.

EDUKACJA W OPIECE I MEDYCYNIE PALIATYWNEJ

Przewodniczący: dr n. med. Leszek Pawłowski, dr n. o zdr. Izabela Kaptacz

Andreas Stähli

Johannes-Hospiz Münster, Germany

Postgraduate education in palliative care and curricular issues in Central, Eastern and South-Eastern Europe

Palliative care is impossible without education. Therefore, education is of substantial importance to the development of palliative care. In 2018, a study was conducted in the Eastern and South-Eastern Europe and Central Asia. National leaders of palliative care were asked to describe developments in postgraduate education in their region. They were especially asked whether the introduction of an interdisciplinary core curriculum would be useful in their country. The aim was to explore the structures of postgraduate education at country level in order to define the barriers and opportunities.

In one-third of the surveyed countries, there is still no postgraduate training in palliative care. For more than 90% of all respondents, a WHO-recommended core curriculum would help promote palliative care in their country. In theory, a curriculum recommendation for the WHO European region is seen as useful in convincing governments and other key stakeholders of the importance of postgraduate palliative care education. In practice, any curriculum recommendation needs to be adapted to local opportunities and health systems to meet learner's values and needs.

Against the background of this European ethnographic study and the experiences of a five-year international hospice partnership, the founding idea for an Institute dedicated to the presentation and promotion of bilateral cooperation of specialized services in palliative care emerged. An important step for the development of this institute is the collection of data. For this purpose, a survey will be sent to specialized palliative care services in the WHO European Region and scientifically evaluated.

Program nauczania medycyny paliatywnej studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

Od 2019 roku Katedra Medycyny Paliatywnej realizuje na kierunku lekarskim przedmiot obowiązkowy medycyna paliatywna na V roku studiów. Program zajęć obejmuje 45 godzin (1 godzina to 45 minut zajęć), w tym 15 godzin wykładów i 30 godzin ćwiczeń. Wykłady odbywają się przed zajęciami klinicznymi i obejmują ogólne założenia opieki paliatywnej (1 wykład), leczenie przeciwnowotworowe z założeniem paliatywnym, objawy ze strony układu oddechowego i stany nagłe (1 wykład), zespół wyniszczenia i żywienie chorych (1 wykład), wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe chorych (1 wykład) oraz aspekty etyczne i prawne opieki paliatywnej (1 wykład).

Zajęcia kliniczne realizowane są w okresie 5 dni, jednocześnie przez dwie grupy studentów po 5 osób, (łącznie 10 studentów.) Przez 4 dni dwie grupy razem odbywają najpierw seminarium (2 godziny), następnie każda grupa 5 studentów odbywa na przemian (po 2 godziny, łącznie 4 godziny zajęć) warsztaty i zajęcia praktyczne w hospicjum stacjonarnym z pacjentami, podczas których studenci uczestniczą w wizytach lekarskich, przyjęciu nowych pacjentów, omówieniu leczenia objawowego i wsparcia pozamedycznego. Tematyka seminariów obejmuje ocenę kliniczną i farmakoterapię bólu (1 seminarium), leczenie nefarmakologiczne bólu (1 seminarium), objawy ze strony przewodu pokarmowego (1 seminarium), postępowanie z owrzodzeniami odleżynowymi (1 seminarium). Ćwiczenia w formie warsztatów dotyczą praktyki stosowania analgetyków opioidowych, oceny jakości życia chorych i jakości opieki paliatywnej oraz zaburzeń psychicznych występujących u chorych objętych opieką paliatywną. W 4. dniu zajęć studenci, zwykle po dwóch, jako jeden zespół, przedstawiają i dyskutują z pozostałymi studentami i prowadzącym zajęcia o leczeniu i wsparciu chorych, na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i przeprowadzonych badań dodatkowych, które zebrali podczas zajęć praktycznych.

Piąty dzień zajęć realizowany jest w Centrum Symulacji Medycznej. Podobnie jak w dniach poprzednich, studenci w grupach 5-osobowych realizują zajęcia z psychologiem na temat przekazywania trudnych informacji, podczas których studenci odgrywają naprzemiennie rolę lekarza i pacjenta. Druga grupa realizuje scenariusze leczenia objawowego w środowisku symulacji wysokiej wierności. Każdy student, po wylosowaniu scenariusza przedstawionego przez prowadzącego zajęcia, samodzielnie rozwiązuje problem. Studenci są obserwowani, a ich postępowanie jest rejestrowane. W ramach debriefingu prowadzący zajęcia omawiają wspólnie ze studentami scenariusze. Podczas zajęć studenci są poinformowani, że mogą liczyć na wsparcie i pomoc zespołu dydaktycznego w przypadku problemów i wątpliwości. Po ukończeniu zajęć studenci wypełniają anonimową ankietę oceniającą jakość zajęć, w której mogą zaproponować sugestie zmian.

Na VI roku kierunku lekarskiego Katedra Medycyny Paliatywnej realizuje zajęcia dla dwóch grup 5-osobowych po 90 godzin zajęć klinicznych dla każdej grupy, realizowanych przez 10 dni roboczych w hospicjum stacjonarnym. Zajęcia polegają na udziale studentów w pracy lekarza, pod nadzorem którego opiekują się chorymi, weryfikując i utrwalając poznaną wiedzę z zakresu medycyny paliatywnej uzyskaną na V roku studiów.

Izabela Kaptacz

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Edukacja przeddyplomowa w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

System kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych odbywa się na poziomie studiów wyższych, co sukcesywnie wpływa na zwiększenie liczby kadr medycznych i podnoszenie jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych. Objęty jest dwustronnym systemem monitorowania jakości kształcenia przez Krajową Radę Akredytacyjną Szkół Pielęgniarek i Położnych oraz Polską Komisję Akredytacyjną. Standaryzacja kształcenia pozwala na zapewnienie regulacyjności zawodu i osiągnięcie wyników końcowych w postaci sformułowanych i zrealizowanych efektów uczenia się. Łączna liczba godzin zajęć i praktyk na studiach pierwszego stopnia (licencjat pielęgniarstwa) nie może być mniejsza niż 4720 godzin (co najmniej 180 punktów ECTS).

Absolwent studiów pierwszego stopnia pielęgniarstwa w zakresie wiedzy zna i rozumie między innymi zasady diagnozowania i planowania opieki nad pacjentem w pielęgniarstwie opieki paliatywnej; zasady organizacji specjalistycznej opieki paliatywnej; metody i skale oceny bólu. Zajęcia praktyczne z zakresu opieki paliatywnej obejmują 40 godzin i są prowadzone przez nauczycieli akademickich lub inne osoby, posiadające prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa oraz co najmniej roczną praktykę zawodową. Praktyki zawodowe obejmują 40 godzin i są prowadzone pod kierunkiem osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Na studiach drugiego stopnia (magister pielęgniarstwa) w ramach zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa osiągnane efekty uczenia się dotyczą między innymi metod oceny bólu w różnych sytuacjach klinicznych oraz farmakologiczne i nefarmakologiczne metody jego leczenia. Podczas wystąpienia przedstawiono zasady realizacji programu kształcenia i szczegółowe efekty uczenia się w zakresie umiejętności dotyczących opieki paliatywnej, w ramach studiów pierwszego i drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Wolontariat jako forma edukacji społecznej

Wolontariusze pełnią istotną rolę w opiece paliatywnej, uczestnicząc we wspieraniu chorych i ich rodzin w ramach zespołów interdyscyplinarnych oraz udzielając pomocy hospicjom i innym organizacjom. Ich zaangażowanie stanowi formę edukacji społecznej zarówno w odniesieniu do samych wolontariuszy, jak i do osób oraz zbiorowości, którym wskazują problemy i potrzeby pacjentów z zaawansowaną chorobą. Złożoność i różnorodność aktywności wolontariuszy można rozpatrywać na poziomie lokalnym, regionalnym i międzynarodowym. Każda jednostka kształtuje wolontariat w stopniu odpowiadającym jej potrzebom, a polityka państwa i samorządu terytorialnego oraz regulacje prawne wyznaczają ramy jego funkcjonowania.

Kierunki rozwoju wolontariatu w opiece paliatywnej określają dokumenty i inicjatywy międzynarodowe, którym towarzyszy analiza praktyki realizowana w toku badań naukowych oraz współpraca polegająca na dzieleniu się doświadczeniami w ramach zespołów eksperckich. Tego rodzaju działania były realizowane przez Grupę Roboczą ds. Wolontariatu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, która między innymi wypracowała definicję wolontariatu w opiece paliatywnej, doprowadziła do opracowania Madryckiej Karty Wolontariatu, zebrała historie wolontariuszy z różnych krajów w celu przedstawienia idei wolontariatu hospicyjnego i jego promocji, a w ostatnich latach przeanalizowała wpływ pandemii COVID-19 na zaangażowanie wolontariuszy w jednostkach opieki paliatywnej na świecie. Sytuację wolontariatu w opiece paliatywnej w poszczególnych krajach europejskich z okresu przed pandemią COVID-19 prezentuje ATLAS EAPC z 2019 roku. Z kolei przygotowanie wolontariuszy do pełnionych ról było przedmiotem badań naukowych, które wskazują zakres, formy i program kształcenia wolontariuszy. W Polsce podjęto liczne inicjatywy na rzecz rozwoju wolontariatu hospicyjnego, wśród których ważną rolę odgrywa Fundacja Hospicyjna z Gdańska, realizująca projekty w zakresie edukacji społecznej i promocji wolontariatu.

PRACE ZGŁOSZONE

Przewodniczący: lek. Grzegorz Loro

Efficiency of transdermal patch with ketoprofen in the therapy of cancer patients with chronic pain in the hospice department

Aim of the study: To assess the effectiveness of using a transdermal patch with ketoprofen as part of the treatment of chronic pain in cancer patients in the hospice department.

Patients and methods: There were 16 patients (6 men and 10 women), mean age 61.4 ± 9.9 treated in the hospice department, from the 2nd (n = 9) and 4th (n = 8) clinical groups. Patients had oncological pathology of various localization and the presence of metastases in the bones of the skeleton (n = 9), including spine (n = 6), ribs (n = 2), pelvic bones (n = 1) and as part of a three-stage therapy for chronic cancer-related pain, a transdermal patch with ketoprofen at a dose of 30 mg 1 time per day. The average length of stay in the hospice department was 13 ± 4.2 days. Pain intensity was assessed using the numerical rating scale (NRS).

Results: In all patients, the addition of a transdermal patch with ketoprofen, against the background of pain therapy using ketorolac (n = 5), tramadol (n = 6), morphine (n = 4), morphgesic SR (n = 4) was accompanied by a decrease ($p < 0.05$) pain intensity on the NRS by 1–2 points compared with the initial data, and there was also an improvement in general well-being and psycho-emotional state. During the period of therapy, patients did not have skin allergic reactions and gastrointestinal complaints.

Conclusions: The use of a transdermal patch with ketoprofen as part of the treatment of chronic pain in cancer patients in the hospice department is effective and leads to a decrease in pain according to the NRS.

Eleonora Mess¹, Marzena Wichlińska², Agata Zdun-Ryżewska³

¹Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

³Zakład Badań nad Jakością Życia, Gdański Uniwersytet Medyczny

Ocena bólu neuropatycznego u pacjentów z rozpoznaniem szpiczaka mnogiego

Cel badania: Ocena bólu neuropatycznego u chorych z rozpoznaniem szpiczaka mnogiego (plazmocytowego) leczonych w Oddziale Hematologii w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze.

Pacjenci i metody: W badaniu wzięło udział 79 pacjentów leczonych na Oddziale Hematologii w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz, zawierający skale: Laitinena, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), Doleur Neuropathiceue en 4 (DN4) i Numerical Rating Scale (NRS).

Wyniki: W badaniach wykazano, że ból neuropatyczny według DN4 wystąpił u 41,8% pacjentów z rozpoznaniem szpiczaka mnogiego. Natężenie bólu według NRS wynosiło średnio $4,2 \pm 2,4$, czyli ból miał umiarkowane natężenie, które zależało od wieku i czasu trwania choroby. Ponadto ból wpływał na stan sprawności mierzony skalą ECOG, który wynosił $1,3 \pm 1,0$. Stan sprawności ulegał pogorszeniu wraz ze wzrostem natężenia bólu. W skali Laitinena wykazano niewielkie ograniczenia w zakresie natężenia i częstości występowania bólu oraz przyjmowania leków przeciwbólowych. Natężenie bólu nie korelowało z przyjmowanymi lekami przeciwbólowymi.

Wnioski: Stwierdzono dość niską częstość występowania bólu i umiarkowane natężenie bólu, przez co sprawność fizyczna była obniżona w niewielkim stopniu, a leki przeciwbólowe były przyjmowane doraźnie. Natężenie bólu wg NRS jest umiarkowane. Ból odczuwany jest przez mniej niż połowę pacjentów i wykazuje charakter bólu neuropatycznego. Na natężenie bólu wpływa wiek pacjentów, czas trwania choroby i przyjmowane leki. Stan sprawności pacjentów według skali ECOG był w niewielkim stopniu ograniczony i zależał od natężenia bólu wg NRS — wzrost natężenia bólu powodował pogorszenie stanu sprawności.

Przeglądy lekowe w opiece paliatywnej w świetle dostępnej literatury

Wstęp: Opieka paliatywna stanowi holistyczne i interdyscyplinarne podejście do pacjenta z poważną chorobą, angażujące różnych specjalistów, w tym także farmaceutów. Elementem opieki farmaceutycznej jest wykonywanie przeglądów lekowych, w ramach których farmaceuta identyfikuje problemy lekowe i proponuje sposoby ich rozwiązania. Celem pracy jest analiza literatury dotyczącej wykonywania przeglądów lekowych w opiece paliatywnej.

Metody: Dokonano przeszukiwania baz: PubMed, Scopus, Web of Science i Google, za pomocą słów kluczowych: „medicinal use review” AND „palliative care”. Znalaziono 7 publikacji, które poddano analizie.

Wyniki: Dane dotyczące przeglądów lekowych wskazują, że ich liczba rośnie, najczęściej są wykonywane dla pacjentów stosujących leki: wydawane na receptę, przez dłuższy czas, u osób, u których stosuje się politerapię i których cechują problemy z przestrzeganiem zaleceń lekarskich. W tej grupie chorych znajdowały się osoby objęte opieką paliatywną. Biorąc pod uwagę leczenie bólu, pacjenci, którzy nie zostali objęci specjalistyczną opieką paliatywną, potrzebowali większego wsparcia. Interwencje farmaceuty zmniejszały występowanie działań niepożądanych, ale nie poprawiały skuteczności leczenia bólu. Pacjenci są otwarci na pomysł konsultacji lekowych z farmaceutą prowadzonych osobiście lub telefonicznie, a także są zadowoleni z przeglądów lekowych. Wśród niektórych istniały jednak obawy, że dodanie farmaceutów do opieki paliatywnej może spowodować konflikt pomiędzy usługami lub ich powielanie, dlatego według autorów badania istotne jest wypracowanie wspólnego stanowiska.

Wnioski: Dokonywanie przeglądów lekowych u pacjentów objętych opieką paliatywną może zapewnić bezpieczne i skuteczne stosowanie leków. Wprowadzenie nowego świadczenia do praktyki wymaga przygotowania edukacyjnego farmaceutów, a także innych specjalistów i pacjentów oraz prowadzenia badań naukowych w tym zakresie.

Karol Budzeń

Puckie Hospicjum im. św. Ojca Pio, Puck

Pozarejestracyjne zastosowanie leków w opiece paliatywnej — doświadczenia własne

Wstęp: Leczenie objawowe to jeden z podstawowych celów opieki paliatywnej. W celu intensyfikacji bądź modyfikacji leczenia podstawowego można zastosować leki, które poza typowymi wskazaniami są również stosowane jako opcja terapeutyczna w określonych sytuacjach klinicznych.

Opisy przypadków:

Przypadek 1. Pacjent 60-letni z rozpoznaniem raka krtani po leczeniu radioterapią paliatywną i POChP, leczony przewlekłe tlenoterapią bierną, zgłaszał uporczywy ślinotok utrudniający codzienne funkcjonowanie. U pacjenta zastosowano atropinę w kroplach, w dawce jedna kropla podjęzykowo dwa razy dziennie, z dobrym efektem.

Przypadek 2. Pacjentka 72-letnia z rozpoznaniem raka płuca lewego z dusznością spoczynkową wymagającą tlenoterapii biernej ze zmiennym przepływem. W leczeniu duszności stosowano morfinę drogą podskórną w dawce 10 mg z różnym efektem. Do terapii włączono furosemid drogą inhalacji w dawce 2 ml furosemidu i 1 ml soli fizjologicznej. Uzyskano zmniejszenie natężenia duszności.

Przypadek 3. Pacjent lat 74 z rozpoznaniem zaawansowanego raka nasady języka z przerzutami do skóry okolicy szyi po stronie prawej. Głównym problemem pacjenta było owrzodzenie nowotworowe z okresowym masywnym krwawieniem. Zastosowano kwas transeksamowy stosowany miejscowo w postaci opatrunków, uzyskując znaczne ograniczenie krwawień z owrzodzenia.

Wnioski: Z analizy przypadków wynika, jakie mechanizmy działania zastosowanych leków odgrywają główną rolę. Atropina oddziałuje na receptory muskarynowe w śliniankach, co powoduje zmniejszenie produkcji śliny. Furosemid potencjalnie działa na receptory rozciągające miąższ płucny, modyfikując transmisję neuronalną. Kwas transeksamowy podawany miejscowo hamuje fibrylizację w naczyniach krwionośnych guza. W niektórych sytuacjach klinicznych warto stosować różne metody terapeutyczne w celu skutecznego leczenia objawów u pacjentów objętych opieką paliatywną, co przyczynia się do poprawy jakości życia chorych i ich rodzin.

Pacjent z błędnie rozpoznaną rozsianą chorobą nowotworową, zakwalifikowany do opieki paliatywnej w oczekiwaniu na wyniki badania histopatologicznego — opis przypadku

Wstęp: Warunkiem objęcia opieką hospicyjną jest rozpoznanie schorzenia, które zostało umieszczone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia opublikowanym w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (17.04 2018 r. Poz. 742). Rozpoznanie histopatologiczne nie jest koniecznym warunkiem uzyskania opieki paliatywnej.

Opis przypadku: Pacjent 57-letni został przekazany do Hospicjum z Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego (UCK) z klinicznym rozpoznaniem wielogniskowych zmian wtórnych w płucach. Do Kliniki Neurologii UCK chory trafił w trybie nagłym z powodu utraty przytomności z następczym niedowładem kończyn prawych. Ponadto w wywiadzie kilkumiesięczne osłabienie, utrata masy ciała (15 kg w okresie 3 miesięcy), kaszel, niedosłuch, cukrzyca typu 2 oraz 40 paczkolet.

Omówienie: W Klinice Neurologii rozpoznano udar niedokrwienny obydwu wzgórz. Rozszerzono diagnostykę o tomografię komputerową klatki piersiowej, stwierdzono obecność otorbionego płynu obustronnie do 21 mm i liczne, policykliczne ogniska podopłucnowo (do 8 cm), obraz sugerował wtórne zmiany nowotworowe do różnicowania z międzybłoniakiem opłucnej. Pod kontrolą USG pobrano wycinki z nacieku opłucnej (w toku). Konsultowano wyniki z onkologiem, który nie zakwalifikował chorego do leczenia, zalecając opiekę paliatywną. Podczas pobytu w Hospicjum pacjent w stanie ogólnym stabilnym, średniociężkim, leżący, wyniszczony, wymagał leczenia przeciwkaszlowego; z uwagi na cechy grzybicy jamy ustnej włączono nystatynę i flukonazol. Uzyskano wynik badania histopatologicznego, nie stwierdzono obecności nowotworu, ujawniono dodatkowe struktury sugerujące zapalenie grzybicze histoplazmozą. Chory po konsultacji pulmonologa został przekazany do Kliniki Pneumonologii UCK. W bronchofiberoskopii uwidoczono owrzodzenie fałdów głosowych i tchawicy. W badaniach z surowicy krwi stwierdzono obecność przeciwciał ANCA w wysokim mianie 1:1280, rozpoznano zapalenie naczyń i włączono do leczenia metyloprednizolon. Chory jest nadal leczony w Klinice Pneumonologii UCK.

Wnioski: Rozpoznanie histopatologiczne może zweryfikować poprawność kwalifikacji pacjenta oraz zmienić sposób postępowania terapeutycznego.

Agnieszka Chojnacka

Uniwersytet Dolnośląski DSW we Wrocławiu

Poradnictwo w żałobie dla kobiet doświadczających straty prokreacyjnej

Wstęp: Artykuł zwraca uwagę na ważne aspekty życia społecznego jakimi są strata prokreacyjna i stan psychiczny kobiet doświadczających poronienia. Można wykazać, że poronienie może być rozumiane nie tylko jako przedwczesne zakończenie ciąży, ale jako utrata dziecka nienarodzonego, w związku z czym naturalnym procesem po jego stracie jest żałoba.

Metody: W badaniu wykorzystano metodę przeglądu literatury konceptualnej i przeglądu literatury teoretycznej. W artykule omówiony został model adaptacji do straty prokreacyjnej Izabeli Barton-Smoczyńskiej.

Wyniki: Na podstawie założeń poradnictwa w żałobie (*grief counselling*) J. Williama Wordena uwypuklona została rola doradców, którzy wspierają kobiety po stracie prokreacyjnej. Wykazano, że głównymi zadaniami realizowanymi przez doradców w tego rodzaju poradnictwie jest pomoc w wyrażaniu emocji związanych ze stratą oraz towarzyszenie kobiecie i jej rodzinie w procesie akceptacji poronienia.

Wnioski: Należy zwrócić uwagę na potrzeby kobiet doświadczających poronienia, które mogą zostać zaspokojone poprzez udzielenie wsparcia między innymi przez organizację poradnictwa w żałobie. Głównymi zadaniami realizowanymi w ramach tego rodzaju poradnictwa jest pomoc w wyrażaniu emocji związanych ze stratą oraz towarzyszenie kobiecie i jej rodzinie w procesie akceptacji poronienia.

Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce w 2023 roku, na podstawie analizy danych o umowach Narodowego Funduszu Zdrowia

Wstęp: Specjalistyczna opieka paliatywna w Polsce jest finansowana ze środków publicznych i realizowana w warunkach domowych (hospicja domowe), ambulatoryjnych (poradnie medycyny paliatywnej) i stacjonarnych, a także jako perinatalna opieka paliatywna. Działalność hospicjów, które nie zawarły kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) jest marginalna, dlatego dane dotyczące umów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej odpowiadają liczbie faktycznie funkcjonujących jednostek.

Metody: Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu bazy danych NFZ: „Informator o zawartych umowach”. Korzystając z wyszukiwarki świadczeń dostępnej na stronie <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/> dla każdego dostępnego oddziału wojewódzkiego NFZ w pozycji „Rodzaj świadczenia”, wybrano pozycję: „Opieka paliatywna i hospicyjna”. Szczegółowe informacje dotyczące każdej umowy przeanalizowano, a dane liczbowe podsumowano przy użyciu programu Statistica v13™. Dane z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wykorzystano pomocniczo.

Wyniki: Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce są udzielane przez 522 podmioty lecznicze, z reguły prowadzące od jednej do kilku różnych jednostek. W 2023 roku podmioty te zawarły z NFZ umowy na udzielanie świadczeń: w hospicjum domowym — 593, w warunkach stacjonarnych (hospicja stacjonarne i oddziały medycyny paliatywnej) — 254, w poradni medycyny paliatywnej — 177, w hospicjum domowym dla dzieci — 81 oraz 20 umów na udzielanie świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej. Pięćdziesiąt siedem podmiotów leczniczych zapewnia świadczenia zarówno w warunkach domowych, stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych dla dorosłych.

Wnioski: Liczba umów z NFZ, lokalizacja jednostek i zakres świadczeń oferowanych przez poszczególne podmioty lecznicze, a także kwoty kontraktów mogą służyć prowadzeniu dalszych analiz w zakresie dostępu do opieki paliatywnej oraz możliwości i potrzeb jednostek na określonym obszarze.

