



PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

www.pkopo.pl

BIOLOGIA NOWOTWORU

ROZPOZNANIE BIOLOGII NOWOTWORU WARUNKIEM SKUTECZNEGO LECZENIA



Basia, pacjentka, Amazonka, przypomina kobietom, że październik – MIESIĄC WALKI Z RAKIEM PIERSI, to czas, by zacząć troszczyć się o swoje zdrowie.

Wiedza na temat najbardziej charakterystycznych cech biologicznych nowotworu oraz poznanie statusu czynników prognostycznych są konieczne do tego, aby zaplanować leczenie i przewidzieć rokowanie. Czasami – poza badaniem patomorfologicznym – konieczne jest także wykonanie diagnostyki molekularnej w celu ustalenia statusu receptorów genów, jak w przypadku raka piersi, gdzie określenie stopnia ekspresji receptorów HER2 wymaga u niektórych pacjentek potwierdzenia w specjalnych badaniach. Rozpoznanie biologii nowotworu w kierunku określonej mutacji genu jest szczególnie ważne u pacjentów z zaawansowanym czerniakiem. Aż dla 50–70% z nich, u których występuje mutacja BRAF, szansą jest terapia skojarzona, która właśnie otrzymała europejską rejestrację i oczekuje na refundację w Polsce. Powinniśmy poprosić lekarza, aby wyjaśnił nam wynik badania patomorfologicznego, czy molekularnego i przedstawił nam rodzaj planowanej terapii, dzięki czemu będziemy pacjentami świadomie współpracującymi w procesie leczenia.

**ROLA PATOMORFOLOGII
W WALCE Z RAKIEM**
dr n. med. Krzysztof Bardadin

**RAK JAJNIKA I SZYJKI
MACICY – CZAS OBALIĆ
MITY**
dr n. med. Lubomir Bodnar

**TERAPIA SKOJARZONA DLA
PACJENTÓW Z CZERNIAKIEM
Z MUTACJĄ BRAF**
dr n. chem. Rafał Świerzewski

**MATCZYNA CZUJNOŚĆ
RATUJE ŻYCIE MAŁYCH
PACJENTÓW**
Elżbieta Anna Pomaska

MOJA HISTORIA
Barbara, Kasia

ONKO-ABC, D JAK DIETA
dr Sybilla Berwid-Wójtowicz

**MEDYCZNA MARIHUANA
– LEK CZY NARKOTYK**
red. Jarosław Gośliński

**PACJENCI CHCĄ
WSPÓŁPŁACENIA**
Szymon Chrostowski

WSZYSTKO NA SPRZEDAŻ
red. Aleksandra Rudnicka



ROLA PATOMORFOLOGII W DIAGNOSTYCE ONKOLOGICZNEJ

Dr n. med. Krzysztof Bardadin, specjalista patomorfolog z 45-letnim stażem pracy, Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patomorfologów, odpowiada na pytania dotyczące znaczenia badań patomorfologicznych w terapii onkologicznej.

Właściwa diagnoza to podstawa dobrego leczenia. Jaka jest rola patomorfologii w diagnostyce chorób nowotworowych?

Zacznę od stwierdzenia, które być może zaskoczy niektórych, otóż pakiet onkologiczny, niezależnie od tego, kto i co o nim sądzi, pozwolił zrozumieć, jak ważna jest rola patomorfologii w diagnostyce nowotworów i jak wiele jeszcze mamy do zrobienia w tej dziedzinie. To między innymi dzięki pakietowi zrozumieliśmy, jak ważna jest decyzyjna diagnoza w odniesieniu do nowotworów, jak ważne jest pobranie wycinka tkanki czy próbki krwi do badania i jego właściwa interpretacja. Często, kiedy pacjent przychodzi do lekarza pierwszego kontaktu i skarży się na przykład na bóle brzucha, wzdęcia, ma jakieś nieokreślone objawy, lekarz na ich podstawie diagnozuje chorobę przewodu pokarmowego, ale dopóki specjalista nie wykona gastrokopii, nie pobierze wycinka, nie wiadomo, czy to jest nowotwór, czy nienowotworowa choroba żołądka lub jelit. Dopiero po pobraniu wycinka i rozpoznaniu przez patomorfologa lekarz ma diagnozę i w wypadku nowotworu pacjent natychmiast jest kierowany na szybką ścieżkę terapii onkologicznej. Dzięki badaniu patomorfologicznemu przed operacją można postawić diagnozę, często określić stopień zaawansowania choroby. To pokazuje, że pakiet onkologiczny bez sprawnego funkcjonowania diagnostyki patomorfologicznej nie spełni swego głównego zadania – wdrożenia pacjenta do pilnego leczenia. Czy to będzie rak piersi, płuc, jelita grubego, czy innego narządu, każdy klinicysta będzie dążył do tego, by na podstawie oceny patomorfologicznej móc postawić ostateczną diagnozę.

Jak zmieniała się patomorfologia na przestrzeni lat i z czym to było związane?

Patomorfologia jest bardzo starą dziedziną medycyny liczącą kilkaset lat. Już od starożytności ludzi interesowała budowa narządów i tkanek. Patomorfologia w nowoczesnym ujęciu zaczęła się w XIX wieku, kiedy najważniejszą rzeczą było konfrontowanie obrazu sekcyjnego z postawioną wcześniej, przed zgonem pacjenta, diagnozą. Oczywiście lekarze domyślali się, co było przyczyną śmierci, ale dopiero obraz autopsyjny dawał im pewność, czyli mieli rację czy nie. Choć diagnoza *post mortem* była spóźniona, to zawierała ogromny багаż edukacyjny i dzięki niej lekarze zdobywali doświadczenie. Z czasem zaczęto prowadzić badania zażyciowe tkanek (tzw. „biopsyjne”), choć rozpoznania były bardzo różne, bo nie było powszechnie obowiązujących klasyfikacji chorób. Wyrazny postęp nastąpił w II połowie XX wieku, kiedy rozwinęła się diagnostyka biopsyjna, a na podstawie badań patomorfologicznych zaczęto tworzyć międzynarodowe klasyfikacje chorób i wprowadzać standardy diagnostyczne. Już nie tylko objawy były podstawą do nazwania i zdiagnozowania przypadku, ale i jego analiza patomorfologiczna. Wtedy okazało się, że techniki nie nadążają za możliwościami diagnostycznymi patomorfologii – nie było np. endoskopów giętych, a pobranie wycinka często związane było z zabiegiem operacyjnym (tzw. laparotomia zwiadowcza, zabieg 50 lat temu powszechny, obecnie wykonywany niezwykle rzadko). W latach 80. minionego wieku na wiedzę o morfologii nałożył się rozwój technologii, przede wszystkim endoskopowych i radiologicznych.

Pojawienie się nowych technik diagnozowania i nowych odkryć w zakresie on-

kologii pozwoliło na wyłonienie takich działów jak diagnostyka histopatologiczna, a ostatnio diagnostyka molekularna. Jaki jest podział zadań pomiędzy patomorfologiem a biologiem molekularnym w diagnostyce nowotworów?

To są dwie rzeczy nakładające się na siebie. Diagnostyka mikroskopowa, patomorfologia będzie jeszcze długie lata podstawą badań diagnostycznych. Natomiast biologia molekularna jest niezwykle cennym uzupełnieniem. Dlaczego? Ponieważ biolog molekularny nie ma uprawnień do postawienia diagnozy raka jako takiego. On oczekuje, że to patomorfolog, posługując się swoją wiedzą i doświadczeniem wybierze ten fragment tkanki, który zaświadczy, że mamy do czynienia z nowotworem. Oczywiście wynik badania biologii molekularnej oznaczający mutację genu, przekłada się z kolei na możliwość zastosowania nowoczesnego leczenia celowanego. Klasycznym przykładem takiej wzajemnej współpracy, uzupełniania kompetencji jest diagnoza raka piersi. Podstawą terapii jest analiza histopatologiczna tkanki. Większość badań w tym zakresie wykonuje histopatolog na podstawie materiału pobranego w czasie biopsji gruboigłowej. Jest taka szara strefa, taki obszar badań, gdzie patomorfolog nie może w sposób jednoznaczny określić podtypu raka piersi, czy mamy do czynienia z HER2-dodatnim czy HER2-ujemnym. Tu jest już potrzebne badanie molekularne z zastosowaniem metody FISH lub CISH. Tak więc, nie można powiedzieć, że biologia molekularna jest samodzielną nauką w sensie diagnozowania pacjenta, bo ona dopełnia, precyzuje diagnozę ostateczną, głównie pod kątem decyzji terapeutycznych.

Postęp, jaki dokonał się we współczesnej patomorfologii doskonale widać na przykładzie raka nerki. Jakże wyróżniamy główne typy raka nerki i jaka jest specyfika tego nowotworu z doświadczenia patomorfologa?

W II połowie XIX wieku ogromną wielkość guzów nerek diagnozowano jako raka z komórek jasnych. Jeszcze na przełomie lat 60. i 70. ubiegłego wieku wyróżniano tylko dwa typy raka nerki: jasno- i kwasochłonny z komórek ziarnistych. Oba rokowały źle, głównie z powodu bardzo znacznego zaawansowania choroby. Nie było bowiem ultrasonografów i pacjent najczęściej zgłaszał się z guzem, który sam wyczuwał przez powłoki brzuszne. W tych czasach operacja raka nerki oznaczała dla chirurga heroiczne zadanie. Był to guz w zaawansowanym stadium, miał ogromne rozmiary, zajmował nawet 90% mięszu samej nerki. Naciekał na nadnercza, przeponę, płuca. Usuwana podczas takiej operacji nerkę z guzem przynoszono mi do zbadania w naczyniu o rozmiarach wiadra. Dzisiaj wiemy, że wielkość i lokalizacja guza nerki ma kluczowe znaczenie dla leczenia. Posiadamy doskonale aparaty USG, które pozwalają wykryć nawet guzy małej wielkości (1–2 cm). Szkoda, że dysponując tak znakomitą technologią, nie wykonuje się większej ilości tych badań, które są tak przydatne we wczesnym wykryciu nowotworu nerki. Na przestrzeni lat – między innymi dzięki badaniom patomorfologicznym – zauważono specyficzne dwie cechy raka nerki. Pierwsza z nich to tropizm, czyli szczególna tendencja do wrażliwości raka do żyły nerkowej. Jest to bardzo groźne, bo daje za pomocą naczyń krwionośnych przerzuty do innych narządów. Bywa i tak, że diagnoza raka nerki jest stawiana z wyciętego guza skóry, którego szybki wzrost obserwował pacjent od kilku tygodni lub miesięcy. Druga cecha, to bardzo długi czas powtórnego ujawnienia się choroby w postaci przerzutów. W przypadku raka jasnokomórkowego nerki nie możemy mówić, tak jak w przypadku innych nowotworów, o 10-letnim okresie wyleczenia, który niejako gwarantuje, że nie nastąpi nawrót choroby. W nowotworze tego narządu nie możemy mieć pewności nawet po 10 latach, że nie da on przerzutów. W mojej praktyce zdarzały się przypadki przerzutów u pacjentów będących nawet 20 lat po operacji i to w bardzo odległych od nerki narządach.

Jakże obecnie wyróżniamy typy raka nerki?

Według klasyfikacji WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) wyróżniamy na dzień dzisiejszy 53 typy raka nerki, a dodając do tego chłoniaki doliczymy się około 100 typów nowotworów tego narządu. Około 50% zachorowań na nowotwory nerek to rak jasnokomórkowy, rozpoznawany najczęściej z przerzutów w najbardziej dziwne miejsca, nawet do oczu. Jest to rak występujący w dwóch podtypach: sporadycznym, uwarunkowanym genetycznie z mutacją genu VHL i w 15% przypadków jako rak dziedziczny rodzinny. Bardzo rzadki, występujący w 1% przypadków jest rak z cewek zbiorczych, nazywany też rakiem Belliniego. Jest to typ raka nerki rozpoznawany w 99% już w postaci uogólnionej choroby całego organizmu, najczęściej jest nieoperacyjny i chory z tym typem przeżywa po diagnozie kilka miesięcy. Poza tym częste są już nie tak groźne 4 typy raka nie wykazujące tropizmu do naczyń i rzadko dające przerzuty: jasnokomórkowy wielotorbielowaty (5%), brodawkowy (20%), chromofobny (5%) i śluzowo-wrzeciniowatokomórkowy.

Wyróżniamy też 3 łagodne guzy nerek: onkocytoma, angiomyolipoma i guzy metanefryczne.

Biopsja gruboigłowa jest stosowana zarówno w diagnostyce raka stercza jak i piersi. Jaka jest jej rola w diagnostyce np. raka piersi?

Biopsja gruboigłowa to badanie, które podobnie jak endoskopia raka jelita pozwala na postawienie pierwszej diagnozy. Pacjentka, która wyczuje w piersi guz idzie do placówki, gdzie leczone są tego typu nowotwory, po badaniu palpacyjnym i po wykonaniu mammografii lub USG uzyskuje wstępną diagnozę, która jest „bardzo prawdopodobna” lub wręcz pewna. Po co wykonujemy więc jeszcze biopsję gruboigłową? Ponieważ dzięki materiałowi pobranemu w trakcie tego badania jesteśmy w stanie określić podtyp raka oraz status hormonalny nowotworu. Kiedy receptory hormonalne dla estrogenów (ER) i progesteronu (PgR) są „dodane” lub „ujemne” (co określamy w liczbach lub procentach wybarwienia komórek) mamy do czynienia odpowiednio z hormonozależnym lub hormononiezależnym typem raka. To decyduje o tym, czy pacjentka zostanie poddana hormonoterapii czy nie. Poza tym określa-

my stopień ekspresji/aktywności w komórkach receptorów HER2. Jeśli zamyka się on w liczbach od 0 do 1+, oznacza to, że jest rak piersi HER2-ujemny. Jeśli otrzymujemy wynik 2+, nie mamy jednoznacznej odpowiedzi, co do stopnia ekspresji receptorów HER2 i jak już mówiłem o tym wcześniej, aby ostatecznie wyjaśnić sytuację sięgamy po metodę FISH lub CISH. Wynik 3+ oznacza nadmierną ekspresję receptorów HER2 i jednoznaczną diagnozę typu raka HER2-dodatniego, co oznacza terapię anty-HER2 np. przeciwciałami monoklonalnymi. Krzyżowanie się tych dwóch typów raka określanym na podstawie obecności receptorów hormonalnych i stopnia ekspresji receptorów HER2 daje kolejne 4 podtypy raka piersi, wymagające określonej terapii. Trzeci element mówiący o biologii nowotworu piersi, który określamy podczas biopsji gruboigłowej, to indeks mitotyczny, czyli wskaźnik proliferacji (namnażania) komórek. Wszystkie te elementy klinicysta uwzględnia przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych – czy operacja, chemioterapia, hormonoterapia, terapia anty-HER2, stosowane jednocześnie czy w określonej kolejności. Dlatego pacjentki w trosce o prawidłowe leczenie powinny domagać się wykonania biopsji gruboigłowej. W ogóle pacjenci, organizacje pacjencie powinny dążyć do ustalenia standardów diagnostyki i terapii. Trzeba jasno powiedzieć, że towarzystwa onkologiczne takie standardy mają, jednak dla NFZ i MZ to już nie jest takie oczywiste. Pacjent, który mógłby np. na stronie MZ dowiedzieć się, jakie standardowe postępowanie diagnostyczne i leczenie jest wymagane w jego chorobie, powinien domagać się zachowania tych procedur od świadczeniodawców.

Czy biopsja gruboigłowa ma także znaczenie dla określenia typu wykonywanego zabiegu raka piersi – mastektomia, czy operacja oszczędzająca?

Tak, obok mammografii i innych badań. Badania śródoperacyjne dawno temu były regułą. Wykonywano je prawie podczas każdej operacji raka piersi. Kobieta kładła się na stół i uprzedzając ją: *Albo obudzi się Pani z piersią, albo bez niej*. Nic nie było wiadomo przed operacją. Obecnie 90% operowanych kobiet, wie przed zabiegiem, co je czeka. Czy mastektomia czy operacja oszczędzająca. Wykonywanie badań śród-

operacyjnych w celu postawienia diagnozy raka piersi, to jest przestarzała metoda. Pacjentka chora na raka piersi w Polsce, w XXI wieku ma postawioną diagnozę przed operacją, nie musi przeżywać traumy właśnie między innymi dzięki badaniu patomorfologicznemu materiału pobranego w czasie biopsji. Natomiast dalej istnieje około 10% bardzo trudnych, złożonych przypadków, które wymagają pobrania wycinka i przeprowadzenia badania w trakcie operacji, lecz dotyczy to głównie pacjentek u których biopsja gruboigłowa nie przyniosła pewnej diagnozy.

Nasze oszczędnościowe procedury sprawiają, że lekarze wymagają od patomorfologa określenia jednego dominującego typu nowotworu, choć dzisiaj wiemy, że może być ich w obrębie jednego guza więcej. Czy jest według Pana właściwe podejście z punktu widzenia diagnostyki i leczenia?

To jest niezmiernie ważny temat. Jak wiemy z własnych doświadczeń i najnowszej wiedzy, jaką daje biologia molekularna, nowotwór rozwija się nierównomiernie. Są komórki guza, które mają charakter progresywny, odpowiadają za przerzuty, a obok nich są kłony komórkowe, które się tylko powiększają, namnażają miejscowo. Z naszego punktu widzenia patomorfolog musi oceniać te najbardziej „zjadliwe”, mówiące o stopniu złośliwości nowotworu komórki, oceniane najwyżej w skali zróżnicowania nowotworu (G). Patomorfolodzy koncentrują się na ocenie tych elementów, które niosą w sobie czynniki prospektywne, związane z rozwojem guza – przerzutami czy uogólnieniem nowotworu. Ustalają, który fragment guza jest mniej istotny dla jego stopnia złośliwości, a który np. przez inwazję naczyniową, jak właśnie w raku nerki, może spowodować przerzuty do innych narządów czy uogólniony stan choroby w całym organizmie chorego. Klinicyści oczekują od nas określenia tego najbardziej „złego” obszaru guza, który tworzą komórki najbardziej agresywne, określane najwyższym stopniem złośliwości G3 lub G4, które dla dalszego rozwoju choroby są najbardziej istotne.

Wielu z nas, u których w najbliższej rodzinie wystąpiły nowotwory, boi się dziedziczenia tej choroby, czy to jest duża populacja osób i czy ten strach jest uzasadniony?

Generalnie rzecz biorąc nowotworów rodzinnych, które dziedziczymy po rodzicach czy rodzinie i do zachorowania na które jesteście predysponowani jest niewiele, statystyki określają tę częstotliwość na ok. 15%. Dotyczą one małej populacji i charakteryzują się wysokim stopniem ryzyka zachorowania, więc wymagają zachowania czujności onkologicznej i stosowania zaleceń dla nosicieli dziedzicznych mutacji genów takich jak BRCA1, BRCA2. Natomiast pozostałe 85% nowotworów powstaje w wyniku uszkodzenia mutacji genów w skutek czynników środowiskowych takich jak styl życia, odżywianie, tzw. środki kancerogenne, czyli tego co jemy, czym oddychamy i w jakim żyjemy środowisku. Prawie każda rzecz, która wygląda łagodnie może skutkować nowotworem. Niestety, pod mikroskopem nie da się odróżnić utkania nowotworu dziedzicznego od sporadycznego, to już jest rola genetyki molekularnej.

Pacjenci często mówią, że badanie przeprowadzone w polskim laboratorium nie było wykonane prawidłowo? Dlaczego tak się dzieje, czego brakuje w polskich laboratoriach, czy patomorfolodzy pracują na starym sprzęcie, korzystają ze złej jakości odczynników, czy wycena badań przez NFZ jest zbyt niska, żeby wykonać je rzetelnie?

Z dwóch powodów. Pierwszym jest brak środków w naszym systemie opieki zdrowotnej, w tym na badania patomorfologiczne. Dlatego dyrektorzy szpitali, w tym publicznych, wymagają od nas żebyśmy wykonywali badania jak najtaniej lub korzystają z *outsourcingu* (czyli kupowania w przetargach usług, gdzie podstawowym kryterium jest najniższa cena). A wiadomo, że czym niższa cena, tym wiarygodność laboratorium spada i... koło się zamyka. Drugą przyczyną wynikającą zresztą z pierwszej, czyli powszechnego niedofinansowania patomorfologii, jest nawet nie zlikwidowanie (bo ich w Polsce nie było), ale brak wdrożenia obowiązujących na świecie standardów pracy laboratoriów patomorfologicznych. Od lat Polskie Towarzystwo Patomorfologów prowadzi boje z Ministerstwem Zdrowia o rozporządzenie regulujące sprawy patomorfologii, w tym również dotyczące programu zapewnienia jakości. Niestety, projekty złożone w Ministerstwie ugrzęzły i końca tej walki nie widać. Wynikiem tego wszystkiego mogą być błędy w diagnostyce. Nie da się postawić dobrej diagnozy, jeśli się

nie ma dobrego mikroskopu, odczynników itd., które są wymagane w certyfikowanych laboratoriach. Trzeba jednak pamiętać, że patomorfolodzy to też ludzie, a stare przysłowie mówi – *Błędów nie popełnia ten, co nic nie robi* – i to jest prawda. Nawet Amerykańskie Towarzystwo Patologów rozpoznaje fakt powstawania błędów, chodzi jednak o to, aby ich liczbę ograniczyć do absolutnego minimum, a to wymaga benedyktyńskiej pracy weryfikacyjnej, brzydko nazywanej „kontrolą jakości”. W odniesieniu do nowotworów Amerykanie wprowadzili przed laty zalecenie, że PIERWSZE rozpoznanie nowotworu musi być podpisane przez dwóch specjalistów patologów. Cieszę się, że i w Polsce to zalecenie jest coraz powszechniej stosowane.

Czy wobec tego w Polsce nie stosujemy żadnych standardów badań patomorfologicznych?

Polskie Towarzystwo Patomorfologów, podpisało umowę na wprowadzenie w naszym kraju protokołów amerykańskich CAP czyli Amerykańskiego Towarzystwa Patologów, które określają standardy badań patomorfologicznych w stosunku do raka wszystkich narządów. Jednak wprowadzenie standardów CAP jest u nas bardzo trudne, nie ma na to pieniędzy. Niektóre szpitale nie chcą, abyśmy wykonywali badania zgodnie z protokołami CAP, bo to oznacza wyższe koszty. Nie ma w Polsce przepisów, nakładających na laboratoria patomorfologiczne obowiązku poddawania się kontroli i uzyskiwania akredytacji.

W polskiej patomorfologii dokonują się powoli zmiany na lepsze, między innymi za sprawą dużych laboratoriów, również prywatnych, które dbają o swoją renomę, o jakość świadczonych usług. Pracuję w jednym z takich laboratoriów w Łodzi, a moim zadaniem jest kontrolowanie standardów badań wykonywanych, w tym również w odniesieniu do nowotworów. Poprawia się też sytuacja laboratoriów pracujących w ramach publicznych placówek zdrowia, choć na plan pierwszy zaczyna wychodzić problem braku specjalistów patomorfologów. W Europie istnieje wielki rynek mogący wchłonąć większość polskich specjalistów z tej dziedziny, co niestety dzieje się coraz częściej i braki kadrowe laboratoriów będą lada dzień głównym problemem opóźnień w diagnostyce patomorfologicznej.

**Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka**



Terapia skojarzona dla pacjentów z zaawansowanym czerniakiem z mutacją BRAF

Dr n. chem. Rafał Świerzewski, ekspert Europejskiej Agencji Leków (EMA) informuje o nowej terapii skojarzonej inhibitorami BRAF i MEK, będącej szansą dla chorych z zaawansowanym czerniakiem z mutacją BRAF. Po jej rejestracji we wrześniu tego roku w Europie, polscy pacjenci czekają, na refundację w naszym kraju.

Czerniak skóry

Czerniak skóry, nowotwór złośliwy wywodzący się z komórek wytwarzających barwnik zwany melaniną, występuje w Polsce stosunkowo rzadko, bo stanowi ok. 4% wszystkich nowotworów skóry[1]. Jest jednak nowotworem o największej dynamice wzrostu liczby zachorowań. Zaledwie w latach 1989–2002 liczba pacjentów zwiększyła się niemal 3-krotnie[2]. Wczesne wykrycie czerniaka ma istotne znaczenie w walce o życie pacjentów. Diagnoza i podjęcie terapii w początkowym stadium choroby daje szansę przeżycia nawet u 80–90% chorych.

Kto jest w grupie ryzyka

Na największe ryzyko narażone są głównie osoby o jasnej, piegawatej cerze, podatnej na poparzenia słoneczne, czyli o tzw. fototypie skóry I i II. Najistotniejszym czynnikiem rozwoju czerniaka skóry jest ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe (UV), zarówno naturalne jak i sztuczne. Uważa się, że większą rolę od przewlekłej ekspozycji odgrywa krótka, ale intensywna ekspozycja na światło słoneczne. Do grupy szczególnego ryzyka należą także osoby, u których już wcześniej rozpoznano i leczono czerniaka skóry.

Kolejnym czynnikiem predysponującym do tej choroby jest wiek. Niebezpieczeństwo zwiększa się przede wszystkim u osób w wieku średnim. W 2012 roku na świecie odnotowano ponad 232 000 nowych przypadków czerniaka, przede wszystkim u pacjentów pomiędzy 50–64 rokiem życia[2].

Dominującym zaburzeniem molekularnym w czerniaku skóry jest mutacja genu BRAF (głównie V600E), którą obserwuje się w 50–70% czerniaków skóry powstających w miejscach nienarażonych na długotrwałe działanie promieni słonecznych[3].

Zaawansowana postać nowotworu

Jakie zmiany mogą świadczyć o zaawansowanej postaci choroby? Podejrzane są znamiona o średnicy powyżej 6–7 mm, powiększające się oraz te, których kształt ulega zmianie – stają się wypukłe, ulegają zgrubieniu. Niebezpieczne są także objawy, takie jak owrzodzenie, sączenie czy krwawienie ze zmiany oraz świąd i pieczenie, a także zmiany w kolorze znamienia. W celu oceny stopnia zaawansowania czerniaka stosuje się klasyfikację TNM, opracowaną przez *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Dzięki ocenie stopnia zaawansowania choroby lekarz może dobrać najlepszy sposób leczenia i określić rokowanie.

Szansa dla pacjentów

z zaawansowaną postacią czerniaka

Obecnie w zaawansowanych stadiach czerniaka można zastosować innowacyjne terapie celowane lub immunoterapię, które w znaczący sposób przedłużają życie. To pierwsze podejście tzw. molekularne, skierowane jest do pacjentów

z mutacją BRAF, czyli do grupy ponad połowy chorych na czerniaka skóry.

Jak podkreśla w swoich wypowiedziach prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski – *Jeszcze 3 lata temu choremu na czerniaka zostawało ok. 6 miesięcy życia, obecnie dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii ten okres wydłuż się nawet do 25 miesięcy w przypadku pacjentów z mutacją BRAF. Efektywność nowych terapii dramatycznie zmienia perspektywę leczenia zaawansowanego czerniaka. Konieczne jest więc oznaczenie statusu mutacji BRAF w każdym przypadku przerzutowego czerniaka (stopnie IIIC-IV) i zapewnienie polskiemu chorzy dostępowi kombinacji inhibitora BRAF i MEK w sytuacji stwierdzenia przerzutowego czerniaka z obecnością mutacji BRAF.*

Dane w tym zakresie zostały przedstawione podczas tegorocznego kongresu *American Society of Clinical Oncology* (ASCO). Najnowsze wyniki badań (COMBI-d) przedstawione podczas zjazdu dają nadzieję pacjentom z nieoperacyjnym, przerzutowym czerniakiem, właśnie z obecnością

WYRÓŻNIA SIĘ CZTERY STOPNIE ZAAWANSOWANIA NOWOTWORU:

- **I stopień** – najwcześniejsza faza choroby, o bardzo dobrym rokowaniu, nie występują przerzuty nowotworowe.
- **II stopień** – początkowa faza rozwoju.
- **III stopień** – nowotwory zaawansowane, występują przerzuty do węzłów chłonnych.
- **IV stopień** – najbardziej zaawansowane stadium choroby, w którym dochodzi do powstania przerzutów w odległych narządach, takich jak płuca czy wątroba.

mutacji BRAF. Dotyczą one pacjentów, którzy przyjmowali dwa leki w skojarzeniu tj. inhibitor BRAF (*dabrafenib*) i inhibitor MEK (*trametinib*). Rezultaty badania zostały porównane ze skutecznością monoterapii inhibitorem BRAF (*wemurafenib*). Stosowanie terapii w skojarzeniu skutkowało uzyskaniem dłuższej mediany czasu przeżycia tj. 25,1 miesiąca w porównaniu do 18,7 miesiąca w przypadku terapii jednym inhibitorem (tylko inhibitor BRAF).

Obecnie polscy pacjenci mają dostęp do dwóch refundowanych inhibitorów BRAF w monoterapii (*ipilimumab* lub *wemurafenib*). Dostęp do najnowszej terapii skojarzonej, po jej rejestracji, mają już chorzy w USA, Australii, Chile, Kanadzie. Od września terapia skojarzona została zarejestrowana również w Europie. Polscy pacjenci czekają na jej refundację.

Badanie molekularne w kierunku mutacji genu BRAF

Nowotwory powstają w wyniku mutacji genetycznych, czyli nieprawidłowych zmian w budowie genotypu. W przypadku czerniaka jedną z nich jest mutacja genu kinazy BRAF (głównie V600E). Pojawia się ona w 50–70% czerniaków skóry powstających w miejscach nienarażonych na długotrwałe

działanie promieni słonecznych[4]. Zmutowany gen produkuje nieprawidłowe białko o zaburzonej funkcji, a to skutkuje wzrostem guza nowotworowego i może prowadzić do powstawania przerzutów. Dlatego w przypadku rozpoznania złośliwego czerniaka skóry bardzo istotne jest wykonanie badania na obecność mutacji BRAF. Identyfikacja „nosicieli” mutacji tego genu pozwala na dobór odpowiedniej terapii, która może zdecydować nawet o szansie na przeżycie pacjenta. Badanie sprawdzające obecność mutacji powinno być zatem przeprowadzone przed podjęciem ostatecznej decyzji lekarza o wyborze terapii.

W jaki sposób sprawdza się obecność mutacji BRAF? Służy do tego fragment tkanki zmienionej nowotworowo, tak zwany wycinek, pobrany podczas operacji chirurgicznej. Poddaje się go badaniu molekularnemu w warunkach laboratoryjnych. W Polsce wykonuje się go bezpłatnie dla pacjentów objętych ubezpieczeniem NFZ w pięciu ośrodkach onkologicznych w: Warszawie, Krakowie, Gdańsku, Poznaniu i Gliwicach.

Niestety analiza patomorfologiczna wycinka, połączona z badaniem molekularnym w kierunku obecności mutacji genu nie jest działaniem rutynowym. Dlatego

jeżeli w otrzymanych wynikach nie znajdziemy informacji na temat mutacji, warto przedyskutować z lekarzem kwestię przeprowadzenia takiego badania. Co ważne, nie będzie wiązało się ono z żadnym dodatkowym zabiegiem ponieważ zostanie wykonane z pobranej wcześniej tkanki nowotworowej przechowywanej w szpitalu.

Przy pozytywnym wyniku na obecność zmutowanego genu lekarz może rozpocząć terapię celowaną, która ukierunkowana jest na leczenie nowotworu i w mniejszym stopniu oddziałuje na cały organizm.

Bibliografia:

1. Raport AOTM *Taniflar® (dabrafenib) w leczeniu chorych z nieoperacyjnym czerniakiem lub czerniakiem z przerzutami z mutacją BRAF V600*, listopad 2013.
2. Wojciechowska U., Didkowska J., *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce*. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/czerniak-skory-c43/>
3. Rutkowski P. *Postępy w terapii czerniaków skóry*, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, 2015 r.
4. Rutkowski P., Wysocki P. (red.). *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r.*, Gdańsk : Via Medica, 2013

PACJENCIE! Twoja opinia jest najważniejsza

Fundacja Wygrajmy Zdrowie w partnerstwie z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” prowadzi projekt „**Spółeczny monitoring wdrażania i realizacji Pakietu Onkologicznego**”, który trwa od marca 2015 r. do kwietnia 2016 r. Projekt jest finansowany z Funduszy EOG (norweskich), w ramach programu Obywatele dla Demokracji.

Włącz się do akcji i pomóż doskonalić jakość opieki nad pacjentem onkologicznym w Polsce

Na stronie www.porozumienidlaonkologii.pl znajdziecie Państwo ankietę skierowaną do pacjentów będących w trakcie szybkiej ścieżki diagnostyki, leczenia oraz monitoringu po terapii. Wystarczy wydrukować ankietę w kilku egzemplarzach i wybrać się na oddział onkologiczny w Waszej miejscowości. Czas, jaki poświęcą Państwo na przeprowadzenie ankiety wśród chorych będzie ogromnym wkładem w naszą wspólną pracę i walkę o najlepsze możliwe leczenie dla pacjentów onkologicznych w Polsce. Zwrotu wypełnionych ankiet można dokonać za pośrednictwem poczty lub drogą mailową na adres:

Fundacja Wygrajmy Zdrowie
ul. Piękna 28/34 lok. 53, 00-547 Warszawa
mail: fundacja@wygrajmyzdrowie.pl

**Z góry dziękujemy za
Waszą pomoc i zaangażowanie!**



OBYWATELSKIE POROZUMIENIE
NA RZECZ ONKOLOGII

ORGANIZATOR



PARTNER



GRANTODAWCY



Projekt realizowany w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG



Rak jajnika i szyjki macicy – czas obalić mity

We wrześniu na całym świecie obchodzony jest Miesiąc Świadomości Nowotworów Ginekologicznych. Organizatorzy kampanii „Dla niej. Możemy więcej”, dedykowanej kobietom chorym na nowotwory intymne, wspólnie z ekspertem dr hab. n. med. Lubomirem Bodnarem z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie podnoszą temat faktów i mitów dotyczących raka jajnika i szyjki macicy. Partnerami kampanii są stowarzyszenia SANITAS i Magnolia oraz PARS.

MIT: Rak jajnika to choroba osób starszych

Na raka jajnika można zachorować w każdym wieku, choć prawdą jest, że najczęściej choroba jest diagnozowana u osób powyżej 50. roku życia. U ponad 50% chorych diagnozowana jest w wieku od 50–69 lat.

FAKT: Objawy gastrologiczne mogą być oznaką raka jajnika

Niestety, rak jajnika nie bez powodu nazywany jest „cichym zabójcą kobiet”. Rozwija się skrycie, nie dając we wczesnych stadiach rozwoju praktycznie żadnych charakterystycznych objawów. Nowotwór daje znać o sobie dopiero, gdy zaczyna rozprzestrzeniać się do okolicznych narządów. Wówczas kobiety mogą odczuwać dolegliwości, takie jak częste wzdęcia, pełność w śródbrzuszu lub nadbrzuszu, zwiększający się obwód pasa mimo braku zmiany diety. Kobiety mając takie dolegliwości zgłaszają się często do gastrologa, a nie do ginekologa. Zdarza się również, że nie zwracają na nie szczególnej uwagi, przypisując je np. specyfice okresu menopauzy.

MIT: Istnieje profilaktyka raka jajnika

Niestety, nie istnieją testy przesiewowe w kierunku raka jajnika, czy też inne profilaktyczne badania, które pozwoliłyby wcześniej wykryć ten nowotwór. W badaniu ginekologicznym i w trakcie USG dopochwowego lekarz może stwierdzić jedynie niepokojące zmiany na jajnikach. Jednak jedynym sposobem na potwierdzenie diagnozy raka jajnika jest dziś operacja chirurgiczna lub laparoscopia, a dokładnie – analiza histopatologiczna pobranego materiału. Zdarza się, że rak jajnika zostaje rozpoznany przy okazji

operacji ginekologicznych przeprowadzanych z zupełnie innych powodów.

Na świecie prowadzone są badania kliniczne nad metodami skutecznej diagnostyki wczesnego raka jajnika – sprawdza się m.in. efektywność badania markerów nowotworowych, takich jak CA-125 w krwi. Jednak wczesna diagnostyka tego nowotworu to wciąż wyzwanie dla medycyny.

MIT: Jeśli nie mam mutacji BRCA1 lub BRCA2, nie zachoruję na raka jajnika

Nosicielki wadliwych mutacji genetycznych BRCA1 i BRCA2 stanowią jedynie około 13% chorych na raka jajnika. Oznacza to, że większość kobiet, które zachorowały na raka jajnika nie posiadała obciążającej mutacji lub nie miały one w najbliższej rodzinie nikogo, kto chorował na ten nowotwór. Posiadanie niekorzystnej mutacji w genach znacznie zwiększa ryzyko zachorowania, ale nie oznacza, że kobieta nią obciążona na pewno zachoruje. Przyczyny raka jajnika wciąż nie są dokładnie poznane. Za czynniki ryzyka uważa się jednak wczesną pierwszą miesiączkę i późną menopauzę, bezdzietność, nieskuteczne stymulowanie owulacji u kobiet, które mają problemy z zajściem w ciążę oraz niekarminowanie piersią. Są to więc czynniki związane z wydłużonym okresem pracy jajników.

MIT: Raka jajnika nie da się leczyć

Choć rak jajnika wciąż stanowi wyzwanie dla medycyny, co pewien czas w terapii tego nowotworu dokonują się kolejne postępy. Jeszcze 40 lat temu jedyną metodą leczenia była operacja chirurgiczna. Następnie

zaczęto stosować cytostatyki – na bazie wyciągu z cisu zachodniego, a także oparte o związki platyny. Kolejnym krokiem milowym było odkrycie leczenia celowanego, za pomocą którego upośledza się określone funkcje komórek nowotworowych. Od pewnego czasu stosuje się też kolejne metody eksperymentalne, takie jak chemioterapia w hipertermii.

Co ważne, usunięcie zmian nowotworowych przez ginekologa lub chirurga wciąż ma ogromne znaczenie w terapii raka jajnika. Szanse na przeżycie 5-letnie znacznie wzrastają, jeśli choroba zostanie wcześniej wykryta i istnieje możliwość usunięcia wszystkich zmian nowotworowych.

U kobiet, u których pozostawiono po operacji część tkanki nowotworowej, wzrasta ryzyko nawrotu choroby. Nawet wówczas nie można się jednak chorobie poddać. Nastawienie psychiczne ma ogromne znaczenie dla powodzenia terapii. Warto pamiętać, że nawet w zaawansowanym stadium rozwoju raka jajnika można leczyć.

FAKT: Prawidłowo wykonana cytologia może uratować życie

Badanie w kierunku raka szyjki macicy zawdzięczamy pionierowi badań przesiewowych dr George'owi Papanicolaou, który w latach 40-tych XX wieku opracował słynny test „Pap”. Badania cytologiczne powinno się wykonywać przynajmniej raz na trzy lata, a najlepiej – raz w roku. Według aktualnie obowiązujących standardów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, u kobiet, które nie znajdują się w grupie wysokiego ryzyka, cytologia powinna być przeprowadzana co trzy lata, o ile poprzednie dwa

badania wykonane w odstępnie jednego roku – nie wykazały odstępstw od normy. Wymaz powinien być pobrany specjalną szczoteczką. W Polsce prowadzony jest program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Dzięki regularnym badaniom cytologicznym można wykryć zmiany przedrakowe, nie dopuszczając do rozwoju nowotworu lub zmiany wczesne, dające większe szanse na całkowite wyleczenie. Potwierdzają to statystyki.

Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na złośliwego raka szyjki macicy systematycznie w Polsce spada, rośnie natomiast liczba raków szyjki macicy wykrywanych *in situ*, czyli w bardzo wczesnym stadium. Można interpretować te zmiany, jako zasługę profilaktyki wtórnej, czyli właśnie upowszechnienia cytologii.

Niestety, wciąż połowa chorych, u których wykryto raka szyjki macicy, umiera. Przyczyny są dwojakie: rak szyjki macicy nie daje żadnych objawów na wczesnych etapach rozwoju, zaś kobiety nie wykonują badań cytologicznych lub robią to zbyt rzadko. Połowa kobiet, u których wykryto raka szyjki macicy nigdy nie miała wykonanej cytologii. W Polsce z bezpłatnych badań przesiewowych korzysta średnio jedynie ok. 22% kwalifikujących się do programu kobiet. Dlatego potrzebne są wciąż takie inicjatywy edukacyjne, jak Miesiąc Świadomości Nowotworów Ginekologicznych.

MIT: Odkąd w Polsce dostępne są szczepionki przeciwko wirusowi HPV, rak szyjki macicy nie stanowi już zagrożenia

Mimo pojawienia się w Polsce w 2007 roku szczepionek przeciwko wirusowi HPV (profilaktyka pierwotna), w latach 2007–2012 rak szyjki macicy pozostawał trzecią

przyczyną zgonów spowodowanych przez nowotwory kobiece. Najczęściej rak szyjki macicy diagnozowany jest u kobiet powyżej 50. roku życia. Nawet gdyby szczepienia objęły w 2007 roku całą populację dziewczynek od 10. roku życia, na efekty szczepień będziemy musieli poczekać jeszcze około 30 lat. Dlatego wciąż ważne są profilaktyczne badania w kierunku raka szyjki macicy.

FAKT: Można sprawdzić, czy jest się nosicielem wirusa powodującego raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy to choroba wywoływana przez wirus HPV. Układ odpornościowy potrafi samoistnie zwalczyć infekcję, jednak w przypadku najgroźniejszych, onkogennych podtypów tego wirusa – zakażenie może się przeciągać w czasie. Infekcja może powodować zmiany w komórkach szyjki macicy. Nielezione przekształcają się w zmiany przednowotworowe, a następnie w zmiany rakowe. Dlatego tak ważne są badania kontrolne i wzmożona czujność onkologiczna nosicielek wirusa.

Badanie cytologiczne pozwala wykryć zmiany wywołane przez wirusa HPV, ale nie samą jego obecność. Do tego celu służy test DNA HPV. Test DNA HPV ocenia obecność i typ wirusa, tym samym stopień zagrożenia rozwojem raka szyjki macicy. Pozwala wykryć infekcję na długo przed wystąpieniem zmian nowotworowych.

MIT: Tylko kobiety posiadające wielu partnerów seksualnych chorują na raka szyjki macicy

Odkąd wiadomo, że rak szyjki macicy jest przenoszony drogą płciową, kobiety, które na niego chorowały zaczęto postrzegać jako te, które posiadały licznych partnerów sek-

sualnych. W jednym z badań epidemiologicznych stwierdzono jednak, że najczęściej raka szyjki macicy diagnozuje się u kobiet posiadających od lat stałego partnera lub od dawna nieprowadzących współżycia. Tymczasem wina może leżeć po stronie panów – partnerów kobiet, którzy przenosząc wirus, sami bardzo rzadko zapadają na tym tle na nowotwory zewnątrznych narządów płciowych. Co więcej, występowanie HPV rośnie z wiekiem. Oznacza to, że wirus prawdopodobnie uaktywnia się wówczas, gdy obniża się sprawność działania układu immunologicznego kobiet, co ma miejsce najczęściej po menopauzie. Zatem nawet po jednorazowym kontakcie z wirusem w młodości, rak szyjki macicy może wystąpić u kobiet w późnym wieku.

FAKT: Kobiety chore na nowotwór ginekologiczny potrzebują odpowiedniego wsparcia i zrozumienia

Wszystkie osoby chorujące na raka potrzebują mądrego wsparcia bliskich i otoczenia. Szczególnie ważne jest ono w przypadku kobiet chorych na nowotwór jajnika czy szyjki macicy. Choroby te mają wpływ na zaburzenie życia intymnego czy poczucia kobiecości. Dotykają poczucia bezpieczeństwa kobiety i rzucają cień na możliwości wykonywania wielu ważnych ról społecznych – partnerki czy matki. Kobiety często ukrywają fakt choroby i leczenia, jakie przeszły (np. operacji wycięcia narządu rodowego). Boją się, że przestaną być normalnie traktowane, że będą wzbudzać litość i padną ofiarą stygmatyzacji. Warto zasięgnąć porady psychologa, by wiedzieć, jak właściwie współtowarzyszyć bliskiej kobiecie w trakcie leczenia.



WAŻNE PORADY I INFORMACJE DLA PACJENTEK Z RAKIEM PIERSI

Dokładne rozpoznanie cech biologicznych guza konieczne jest nie tylko do potwierdzenia diagnozy raka piersi, ale przede wszystkim do doboru właściwego leczenia. Dlatego warto znać:

- najbardziej charakterystyczne biologiczne cechy swojego raka piersi, czyli typ histopatologiczny, stopień złośliwości G, wskaźnik proliferacji (inaczej namnażania się komórek)
- status czynników prognostycznych pozwalających przewidzieć rokowanie, m.in.: wielkość guza, stan i ilość zajętych węzłów pachowych, naciekanie naczyń limfatycznych i żylnych, status receptorów hormonalnych i HER2.

Dla doboru skutecznego leczenia raka piersi najważniejsze jest określenie w badaniu histopatologicznym:

- obecności (wynik dodatni) lub braku (wynik ujemny) receptorów hormonalnych estrogenowych ER i/lub PgR progesteronowych

- stopnia ekspresji receptorów HER 2 w badaniu immunohistochemicznym (IHC). Przy czym 0 lub 1+ oznacza wynik ujemny, 3+ wynik dodatni, 2+ wynik niejednoznaczny, który wymaga dodatkowego przebadania metodą FISH lub CISH w celu ustalenia czy jest obecna amplifikacja genu HER2/*neu* (czyli znaczne zwiększenie ilości kopii genu HER2/*neu*).

U kobiet chorych na hormonozależnego raka piersi, u których potwierdzono obecność receptorów hormonalnych, stwierdza się dobrą odpowiedź na leczenie hormonalne, zmniejszające aktywność hormonów działających na guza.

U kobiet chorych na HER2-dodatniego raka piersi, u których w komórkach guza stwierdzono nadekspresję receptorów HER2 stosuje się nowoczesne terapie anty-HER2 (są to m.in. *trastuzumab*, *pertuzumab*, ale także inne leki w tym *lapatinib*, który przeciwciałem nie jest, a należy do inhibitorów kinazy tyrozynowej).

Jeśli masz wątpliwości zapytaj swojego lekarza:

- Jakie badania wykrywające obecność receptorów zostaną wykonane na materiale uzyskanym podczas biopsji lub operacji?
- Czy w komórkach guza stwierdzono obecność receptorów hormonalnych?
- Jakie jest prawdopodobieństwo, że w moim przypadku wystąpi odpowiedź na leczenie hormonalne?
- Czy w komórkach guza badano nadekspresję receptorów HER2? Jaki był wynik badania? Co to oznacza?
- Jeśli w moim przypadku status receptorów HER2 zostanie oceniony na 2+, czy próbka moich tkanek zostanie ponownie przebadana z zastosowaniem metody FISH lub CISH?
- Jaki jest stopień złośliwości histopatologicznej raka, który został u mnie wykryty?
- Jakie znaczenie mają te wyniki dla dalszego leczenia i rokowania?

Podtypy raka piersi a terapia uzupełniająca

PODTYP RAKA	CHARAKTERYSTYKA	LECZENIE
Rak hormonozależny HER2 ujemny 42–59% zachorowań na raka piersi	Obecność receptorów hormonalnych: ER/PgR+, wynik dodatni Brak ekspresji receptorów HER2	Hormonoterapia, chemioterapia
Rak hormonozależny HER2 dodatni 6–19% zachorowań na raka piersi	Obecność receptorów hormonalnych: ER/PgR+, wynik dodatni Nadekspresja receptorów HER2, wynik dodatni (3+ w IHC lub amplifikacja genu HER2/ <i>neu</i>)	Chemioterapia, terapia anty-HER2 (przeciwciała monoklonalne), hormonoterapia
Rak hormononiezależny HER2 dodatni 7–12% zachorowań na raka piersi	Brak obecności receptorów hormonalnych: ER/PgR- wynik ujemny Nadekspresja receptorów HER2, wynik dodatni (3+ w IHC lub amplifikacja genu HER2/ <i>neu</i> w FISH/ CISH)	Terapie anty-HER2 (przeciwciała monoklonalne), chemioterapia
Rak potrójnie ujemny 15–20% zachorowań na raka piersi	Brak obecności receptorów hormonalnych: ER/PgR-, wynik ujemny Brak ekspresji receptorów HER2, wynik ujemny	Chemioterapia

Na temat nowoczesnych terapii HER2-dodatniego raka piersi pisaliśmy w „Głosie Pacjenta Onkologicznego” nr 3/2015, s. 12 – rozmowa z prof. M. Sliwowskim.

Konsultacja merytoryczna:
dr hab n. med. Lubomir Bodnar

Jeśli zdiagnozowano u Ciebie raka piersi, a nie znasz statusu receptorów hormonalnych i HER2, koniecznie poproś swojego lekarza prowadzącego o wykonanie badania w tym kierunku. Jest ono bezpłatne dla pacjentek ubezpieczonych przez NFZ.

**NIE
ból
SIĘ!**

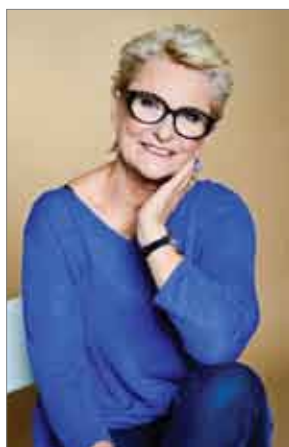


Domagaj się od swojego lekarza skutecznej terapii przeciwbólowej.

Rak wolny od bólu!

www.rakwolnyodbolu.pl

www.facebook.com/rakwolnyodbolu



KOMPLEKSOWE LECZENIE RAKA PIERSI STAJE SIĘ RZECZYWISTOŚCIĄ

W środę, 16 września b.r. ukazał się projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia, wprowadzający standardy kompleksowego leczenia raka piersi.

Oficjalna prezentacja projektu miała miejsce podczas spotkania z cyklu *Polaków Zdrowia Portret Własny* w Poznaniu (11.09.15), gdzie w towarzystwie przedstawicieli Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” oraz Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, wiceminister Zdrowia Piotr Warczyński publicznie zaprezentował dawno oczekiwany model wdrożenia w Polsce specjalistycznych ośrodków leczenia raka piersi (Breast Cancer Units). Nieprzypadkowo ta inauguracja miała miejsce w Poznaniu – siedzibie polskich Amazonek. To właśnie Amazonki odegrały główną rolę w promocji i dążeniu do wprowadzenia najlepszej opieki nad pacjentkami z rakiem piersi w naszym kraju. Od prawie dwóch dekad liderką i twarzą tego sprawdzonego na świecie rozwiązania jest w Polsce Krystyna Wechmann, prezes Federacji. *To przełom, chore kobiety będą wiedziały, gdzie otrzymają najlepszą pomoc. To przyspieszenie w pościgu za standardami europejskimi. Przykładowo, w podobnych ośrodkach na Zachodzie, aż 70 procent kobiet po leczeniu raka ma wykonywane operacje oszczędzające, a w Polsce tylko 30 procent zachowuje pierś* – podkreśla Krystyna Wechmann. Kompleksowe, wielodyscyplinarne ośrodki raka piersi to dobry krok ku na poprawie jakości leczenia pacjentek z tym nowotworem, przedłużenia czasu przeżycia oraz poprawy jakości ich życia w trakcie i po zakończeniu terapii.



Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych nie mogła nie wspierać tego propacjenckiego rozwiązania zbliżającego nas do najwyższych światowych standardów. Mam nadzieję, że coraz więcej ośrodków onkologicznych będzie starało się sprostać wymogom i zapewnić najlepszą jakość opieki polskim pacjentkom z rakiem piersi – komentuje Szymon Chrostowski, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Zalecenia tworzenia wielodyscyplinarnych zespołów/ośrodków wyspecjalizowanych w diagnozowaniu i leczeniu nowotworów piersi wprowadziła Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie raka piersi w Unii Europejskiej (2002/2279 (INI)) oraz Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie raka piersi w rozszerzonej Unii Europejskiej (RE / 636089EN.doc). B6-0528 / 2006. Projekt rozporządzenia trafił do konsultacji społecznych, które trwają do 16 października b.r.



Matczyna czujność ratuje życie małych pacjentów

W 2011 roku Fundacja Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie Bez Barrier” rozpoczęła realizację kolejnego programu – „Platforma Porozumienia Organizacji Rodziców Dzieci Chorych na Nowotwory”. Organizacje Platformy wyraziły chęć wspólnego rozwiązywania problemów, dotyczących różnych aspektów systemu opieki nad dzieckiem z chorobą nowotworową. O najważniejszym z nich – wczesnym wykrywaniu choroby u dziecka pisze Rzeczniczka „Platformy” – Elżbieta Anna Pomaska. Rozmowę z matką lekarze pierwszego kontaktu określili jako „najcześnie narzędzie diagnostyczne” niezbędne do postawienia wczesnej diagnozy.

Sygnatariuszami „Platformy” są:

- Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Chorobami Krwi (Lublin)
- Fundacja „Pomóż Im” na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi Hospicjum dla Dzieci (Białystok)
- „Onkoludki” Stowarzyszenie Rodzin Dzieci z Chorobami Nowotworowymi (Ełk)
- Fundacja Spełnionych Marzeń (Warszawa)
- Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobami Nowotworowymi (Poznań)
- Stowarzyszenie Rodziców Dzieci Chorych na Białaczkę i inne Choroby Nowotworowe (Szczecin)
- Fundacja Iskierka (Chorzów)
- Fundacja „Nasze Dzieci” przy Klinice Onkologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” (Warszawa)
- „Krwinka” Fundacja dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi (Łódź)

Pracując na co dzień z chorymi dziećmi i ich rodzinami w różnych częściach Polski, staramy się wymieniać doświadczenia i wspólnie rozwiązywać problemy istotne dla całej naszej społeczności. Wspólnie dążymy do tego, aby wypracowane z naszym udziałem *Europejskie Standardy Opieki nad Dzieckiem z Chorobą Nowotworową* stały się podstawą funkcjonowania wszystkich placówek onkologii dziecięcej. Jest wiele problemów dotyczących

wszystkich organizacji stworzonych przez rodziców. Jednym z nich jest wczesne wykrywanie choroby u dziecka. Co robić, żeby diagnoza była szybka i trafna?

Choroby są częścią ludzkiego losu i przytrafiają się każdemu, a wczesne ich wykrywanie i sposób leczenia zależy od nas wszystkich – osób dorosłych. Gdy jednak choroba zagraża dziecku, wczesne jej zdiagnozowanie zależy od jego rodziców, od tego, czy będą zwlekali z zabraniem go do lekarza, bojąc się, że bez wielu badań uzasadniających ich niepokój, lekarz nie będzie chciał ich wysłuchać. A przecież w przypadku choroby nowotworowej każda minuta jest na wagę złota... czy raczej jeszcze bardziej drogiego życia. Zwłaszcza w przypadku dzieci, u których nowotwór rozwija się błyskawicznie.

Osoba dorosła zaobserwowane u siebie niepokojące objawy może zgłosić lekarzowi pierwszego kontaktu. Potrafi je opisać, zlokalizować, często pomóc w znalezieniu ich przyczyny. Może zdecydować kto, kiedy i jak będzie się tymi dolegliwościami zajmował. Dziecko do lekarza przyprowadzają rodzice – wtedy, gdy mu coś dolega, lub gdy jego stan zdrowia zaczyna budzić ich niepokój.

U dziecka pierwszy „komunikat” o chorobie odbiera matka. Jest z nim, szczególnie wtedy, gdy jest małutkie, 24 godziny na dobę. Obserwuje je, dotyka, mówi do niego. Dziecko nie wie, dlaczego jest rozdrażnione lub apatyczne i sennie, kapryśne i płaczące. Ale matka widzi „inność” zachowań dziecka i to właśnie jej niepokój sprawia, że dziecko we właściwym czasie trafia do lekarza, mimo iż nie ma jeszcze żadnych badań wskazujących na początek choroby. To właśnie ten niepokój matki (nie-

uzasadniony, wynikający z nadwrażliwości, jak twierdzą niektórzy lekarze), bywa pierwszą, bardzo istotną informacją o rozwijającej się chorobie. Informacją, która niekiedy decyduje o czasie ustalenia trafnej diagnozy. Diagnozy, od której zależy sposób leczenia i szansa powrotu dziecka do zdrowia.

Niepokój matki wynika z jej niezwykle silnego połączenia emocjonalnego z dzieckiem. Jest to połączenie, które sprawia, że instykt macierzyński bezbłędnie pozwala spostrzeżać niezauważalne dla nikogo innego sygnały o grożącym dziecku niebezpieczeństwie.

Te wczesne sygnały to m. in.:

- brak zainteresowania dziecka wszystkim, co się wokół niego dzieje
- „zwolnienie” tempa życia
- męczliwość, znużenie
- obojętność i niechęć dziecka wobec tego, co do tej pory sprawiało mu radość
- zmiana (inność) zachowań
- liczne, łatwo tworzące się siniaki na całym ciele

Potęga uczuć matki do dziecka to siła, której ignorowanie jest głupotą, a lekceważenie (na przykład nie poświęcanie czasu i uwagi matce, która przyszła do lekarza, bo tak jej podpowiedział instykt) – grzechem. Nie korzystanie z tego potencjału w procesie diagnozowania dziecka, może mieć fatalne skutki. Zbyt późne rozpoznanie przedłuża proces leczenia dziecka, wydłuża czas potrzebny do powrotu do zdrowia.

Partnerska współpraca lekarza pediatry-onkologa i rodziców chorego dziecka jest warunkiem powodzenia całego procesu leczenia.

„DZIEWCZYNA OD TORBIELI”

Basia ma 57 lat. Jest szczęśliwą żoną, mamą i babcią trojga wnucząt, osobą czynną zawodowo. Cztery lata temu, po operacji raka piersi przyszła przestraszona do klubu Amazonek w swoim rodzinnym mieście. Od niedawna jest jego prezesem. Jej choroba zaczęła się, jak u większości kobiet od niewielkich zmian w piersi. Basia przypomina kobietom, że październik – MIESIĄC WALKI Z PRAKIEM PIERSI – to czas, by zacząć troszczyć się o swoje zdrowie i nie zapominać o tym przez cały rok.

Długo się zastanawiałam, czy opisać historię choroby oraz związane z nią emocje i strach. W jakiej formie przekazać to, co mi się przydarzyło? Co jest ważne, a co mniej istotne? Uznałam jednak, że powinnam podzielić się swoim przeżyciami i doświadczeniami, bo może to pomóc innym kobietom w walce z rakiem, a przede wszystkim przestrzec przed lekceważeniem nawet najmniejszych zmian w piersi.

Zawsze dbałam o swoje zdrowie. Kontrolę piersi wykonywałam regularnie co rok, później co pół, a potem nawet co 3 miesiące. USG wykazywało małe torbiele 6,8 milimetrów w prawej piersi. W pewnym momencie zaczęły mnie boleć ręce, szczególnie w nocy. Niczego nie podejrzewałam, ale dalej szukałam przyczyny. Zrobiłam wszelkie dostępne mi badania i poszłam na dwie prywatne konsultacje do onkologa. W końcu zapytałam wprost lekarza: *Pani doktor, czy ten nocny ból rąk ma coś wspólnego z torbielami w moich piersiach?* Odpowiedź była dla mnie cudownie uspokajająca – „Absolutnie nie!!!” Był to w 2008 roku.

Żyłam dalej bardzo szczęśliwa, radosna, ale jednocześnie moja babska intuicja nie dawała mi spokoju. Przy kolejnym USG okazało

się, że mam ognisko zapalne w prawej piersi. Nie zastanawiając się długo, poprosiłam lekarza o jego usunięcie. W kwietniu 2009 roku przeszłam ten zabieg i całkowicie uspokojona wróciłam do domu. Dalej wydarzenia potoczyły się lawinowo.

Mówią, że maj, to najpiękniejszy miesiąc, ale dla mnie 4 maja, kiedy po raz pierwszy usłyszałam diagnozę, był najgorszym dniem mojego życia. Końcem życia tu – na ziemi.

11 maja byłam już w specjalistycznym szpitalu. Lekarz widząc moje liczne wyniki USG, zebrane z prowadzonych przez kilka lat badań kontrolnych, zapytał zdziwiony: *Przecież, to tylko same torbiele, co Pani tu robi?* Jednak wynik badań okazał się najgorszy na świecie – rak piersi. W szpitalu nadano mi ksywę – *Dziewczyna od torbieli*.

13 maja odbyła się operacja, po której wyszłam do domu, ale już po dwóch dniach byłam ponownie w szpitalu w celu ściągnięcia chłonki. Intuicja mówiła mi, że coś jest nie tak z lewą piersią. Miałam szczęście od ręki zrobiono mi biopsję. Już w czasie biopsji było wiadomo, że to jest rak. Wcześniej w tym szpitalu zrobiono mi USG i mammografię tej piersi, ale nic nie wykazały.

Musiałam wrócić na jakiś czas do domu, bo kładąc się od razu do szpitala, Narodowy Fundusz Zdrowia nie zapłaciłby za moją następną operację. 3 czerwca przeszłam mastektomię lewej piersi. W trakcie operacji przeprowadzono jeszcze dodatkowo badanie śródoperacyjne, w związku z czym dwa razy mnie usypiano. Na koniec zarażono mnie bakterią gronkowca. Później, jak większość pacjentek z rakiem piersi przeszłam chemioterapię, radioterapię, hormonoterapię.

Mąż i dzieci w czasie choroby byli kochani i nie pozwalali mi na smutek, łzy mówili: *Basiu, to co chore, zostało Ci wycięte TERAZ JESTEŚ ZDROWA, nie ma innej opcji*. Moje wyzdrowienie, samopoczucie i optymizm, to również zasługa przyjaciela rodziny, Zbyszka.

Na koniec przesłanie – **Dziewczyny nie dajcie sobie wmówić, że mała torbiel, to nic. Bądźcie czujne, badajcie się, nie bagatelizujcie żadnych objawów. Nie bójcie się mammografii, biopsji czy innego badania, bo ono może Wam uratować życie. A najważniejsze jest comiesięczne, regularne samobadanie, dzięki któremu aż w 80% przypadków wykrywa się raka piersi.**



I ja dam radę pokonać raka

Kasia ma 36 lat. Jest mężatką, ma dwóch synków – 5 i 9-letniego. Pracuje zawodowo. Rak w życiu i rodzinie Kasi był obecny od wielu lat, odkąd odebrał jej matkę. Teraz sama zmagą się z tą chorobą i jak pisze, dzięki pakietowi onkologicznemu proces diagnozy i leczenia jest dla pacjenta dużo łatwiejszy, choć nie wszystko przebiega jeszcze doskonale.

Świadomość raka towarzyszy mi od dzieciństwa, od momentu kiedy w wieku 15 lat straciłam mamę – zmarła z powodu nowotworu piersi. Osierociła mnie i moje dwie siostry. Byłam najmłodszym dzieckiem w rodzinie. Już wtedy, choć nie było badań genetycznych, mówiono, że rak piersi jest dziedziczny – *jak miała go matka jest duże prawdopodobieństwo, że zaatakują również córki.*

Moja najstarsza siostra, która najbardziej z naszej trójki czuła to zagrożenie i interesowała się nowymi doniesieniami medycznymi na temat raka piersi, kiedy dowiedziała się o odkryciach z dziedziny genetyki i możliwości przeprowadzenia badań w tym zakresie, zarejestrowała nas w poradni genetycznej przy Centrum Onkologii w Warszawie. Od 2004 roku byliśmy pod opieką tej placówki. Siostrą przeprowadzono badania w kierunku mutacji genów BRCA1 i BRCA2, których obecności predysponuje do zachorowania na dziedzicznego, rodzinnego raka piersi i jajnika. Na szczęście okazało się, że nie są nosicielkami żadnej z tych mutacji.

W Centrum Profilaktyki Nowotworów na warszawskim Ursynowie, gdzie działa poradnia genetyczna, przechodziłam raz w roku kontrolne badania: USG dopochwowe jajników, mammografię piersi, oznaczanie markerów i konsultacje u lekarza genetyka. W 2013 roku wykryto w mojej piersi torbiel. Tak się jakoś złożyło, że w 2014 roku z powodu braku czasu nie byłam na wizycie kontrolnej. Kiedy w styczniu 2015 przyszedłam na badania okazało się, że mam podwyższony poziom markerów i coś niedobrego dzieje się z moim zdrowiem. Poza mammografią skierowano mnie także na USG piersi, ale w ramach CPN mogłam je wykonać dopiero

w następnym tygodniu. Byłam tak zdenerwowana, że nie czekałam i przeprowadziłam to badanie za własne pieniądze. USG nic nie wykazało. Za to badanie patomorfologiczne tkanki pobranej podczas biopsji gruboigłowej potwierdziło diagnozę – rak piersi. Wtedy wykonano mi też testy na obecność mutacji BRCA1, BRCA2.

Od tego momentu wszystko zaczęło się dziać bardzo szybko. Powiedziano mi, że mogę skorzystać z tak zwanej szybkiej ścieżki diagnostyki i terapii onkologicznej, którą właśnie od stycznia 2015 roku wprowadzono. Muszę tylko założyć sobie tzw. „zieloną kartę”, najlepiej u lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz rodzinny bez żadnego kłopotu wystawił mi tę kartę, nadał numer i zarejestrował w systemie jako osobę leczoną w ramach pakietu onkologicznego.

Kiedy zjawiłam się z „zieloną kartą” u chirurga-onkologa w Centrum Onkologii już następnego dnia przeprowadzono wszystkie badania przygotowujące do zabiegu. Byłam bardzo zdenerwowana, chciałam, żeby wykonano go jak najszybciej. Nie czekałam nawet na wynik badania genetycznego. Lekarz powiedział, że w tej sytuacji, skoro nie ma wyniku, najlepsza jest mastektomia, ale może uda się ją przeprowadzić z jednoczesnym wstawieniem expandera, żeby wykonać rekonstrukcję piersi. Potem jednak wycofał się z tej decyzji. Miałam uczestniczyć przed operacją w konsylium, ale w końcu odbyło się ono bez mojej obecności.

Teraz żałuję, że nie poczekałam na wynik testów w kierunku BRCA1, BRCA2, bo wykazał on, że nie jestem nosicielką tych mutacji i być może mogłam mieć wykonaną operację oszczędzającą.

Aktualnie jestem w trakcie chemioterapii. Właśnie kupiłam sobie perukę i zastanawiam się, czy to już czas, by ogolić głowę. Pani doktor rozpisała mi dokładnie cały plan leczenia i uprzedziła o możliwych innych skutkach ubocznych m.in. nudnościach i wymiotach. Przepisała mi receptę na lek, który zażyłam zapobiegawczo, żeby uniknąć tych przykrych dolegliwości związanych z chemią. Powiedziała mi również o zaleceniach dietetycznych w trakcie terapii. Czeka mnie jeszcze rehabilitacja.

Właśnie dowiedziałam się, że w ramach „zielonej karty” powinnam mieć przydzielonego koordynatora, który pomoże mi przejść przez proces leczenia. Muszę o to zapytać w szpitalu, ponieważ chciałabym też skorzystać z pomocy psychoonkologa i porad dietetyka klinicznego.

Jest mi bardzo trudno z powodów psychicznych być świadomą pacjentką. Wiem, że chowam głowę w piasek, zamiast stawić czoła zagrożeniu. Nawet nie dopytałam się, a lekarz mi tego nie wyjaśnił, jaki mam podtyp raka i jakie w związku z tym czeka mnie leczenie, jakie mam rokowania.

Mąż bardzo wspiera mnie w walce z rakiem, ale dzieciom nie powiedzieliśmy o chorobie, nie chcemy żeby przeżywały niepotrzebny stres. Nadal pracuję. Koleżanki i przełożeni wiedzą o moim raku. Nie mam żadnych problemów, kiedy muszę być nieobecna w pracy z powodu choroby, wszyscy to rozumieją i starają się być pomocni.

Ostatnio byłam na spotkaniu w klubie Amazonek, było wiele kobiet, a atmosfera bardzo przyjacielska i pogodna. Pomyślałam: *Skoro one mogły, są tu, takie pełne życia, radosne, to i ja dam radę pokonać raka.*

III EUROPEJSKI TYDZIEŃ TYDZIEŃ PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI



W dniach 21–25 września odbędzie się trzeci Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi realizowany w ramach kampanii *Make Sense*, którą zainicjowało i prowadzi Europejskie Stowarzyszenie Głowy i Szyi (EHNS). W czasie kampanii, mającej na celu zwiększenie świadomości społecznej i zachęcenie do wdrożenia wczesnej diagnostyki raka głowy i szyi, odbędą się m.in. bezpłatne badania profilaktyczne, szkolenia dla młodzieży, konferencja i akcje w mediach społecznościowych. Za realizację działań w Polsce odpowiada Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi.

Aktualne zasady żywienia chorych zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych w przebiegu choroby nowotworowej

Prof. dr hab. n. med. Bogusław Okopień oraz dr n. med. Aleksandra Bołdys z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przedstawiają ważny problem niedożywienia w chorobie nowotworowej, który dotyczy aż $\frac{3}{4}$ osób z diagnozą raka. Autorzy radzą jak pomóc pacjentom onkologicznym z niedożywieniem.

Niedożywienie w chorobie nowotworowej

Pacjenci z chorobą nowotworową stanowią grupę chorych zagrożonych niedożywieniem, gdyż zarówno choroba nowotworowa sama w sobie oraz jej terapia wiążą się ze zwiększoną częstotliwością występowania wyczerpania, brakiem apetytu, wymiotami i nudnościami, suchością w jamie ustnej, zaburzeniami odczuwania smaku, osłabieniem siły mięśniowej czy zwiększonym ryzykiem zakażeń, prowadząc zarówno do przyspieszenia metabolizmu jak i niedostatecznej podaży niezbędnych składników pokarmowych.

Zapobieganie temu niekorzystnemu dla organizmu stanowi jest możliwe dzięki poradnictwu dietetycznemu, stosowaniu doustnych suplementów pokarmowych aż po żywienie do- i pozajelitowe. Żeby zagwarantować skuteczność doustnych preparatów odżywczych muszą one spełniać podstawowe warunki, jakich wymaga leczenie chorego onkologicznego, czyli zapewnienie odpowiedniej podaży białka oraz kalorii, jak i zapewnienie dostępności różnorodnych produktów w odmiennych smakach.

W momencie rozpoznania choroby nowotworowej $\frac{3}{4}$ chorych jest zagrożonych niedożywieniem lub spełnia już kryteria niedożywienia[1]. Pacjenci onkologiczni są grupą, u której niedożywienie występuje najczęściej, bo rozwija się aż u 85% tych chorych, w porównaniu do pacjentów z chorobami zapalnymi jelit (80%), w wieku podeszłym (50%) czy też z chorobami układu oddechowego (45%)[2].

Niedożywienie zwiększa ryzyko mniejszej skuteczności stosowanego leczenia[3] i zdecydowanie pogarsza jakość życia chorych onkologicznie[4].

Zarówno sama choroba nowotworowa, w przebiegu której mamy do czynienia z hipermetabolizmem, związanym z nią bólem, obniżeniem nastroju, jak i powikłania stosowanej chemioterapii i radioterapii, prowadzą do zmniejszenia podaży niezbędnych dla organizmu substancji odżywczych[5]. Choroba nowotworowa wiąże się z wyczerpaniem organizmu chorego, stopniowym zmniejszeniem apetytu, wymiotami czy nudnościami i suchością w jamie ustnej, zmianami w odczuwaniu smaku i zapachu spożywanych pokarmów. To wszystko prowadzi do osłabienia mięśniowego, zwiększonej częstotliwości zakażeń i dalszego pogorszenia jakości życia.

Niedożywienie w chorobie nowotworowej jest głównie typu mieszanego, czyli białkowo-kaloryczne związane z hiperkatabolizmem występującym u chorych nieotrzymujących dostatecznej ilości białka i substancji energetycznych. Charakteryzuje się spadkiem masy ciała, zmniejszeniem stężenia białek w surowicy, obniżeniem odporności komórkowej oraz zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej, generując stopniowe osłabienie perystaltyki jelit, prowadząc do dalszych zaburzeń trawienia i wchłaniania czy kolonizacji jelita patogenami. Również ze strony układu krążenia obserwuje się zmniejszenie kurczliwości serca, objętości wyrzutowej, a w układzie oddechowym

pogorszenie wentylacji z powodu zaniku mięśni oddechowych, hipoksję i niedodmę. W konsekwencji prowadzi to do wtórnych następstw niedożywienia, takich jak zwiększona częstość infekcji, w tym zapaleń płuc, co znacząco zwiększa chorobowość i śmiertelność, jak również koszty terapii[2].

Żywienie chorych onkologicznie

Wspomaganie żywieniowe pacjentów z chorobą nowotworową rozpoczęło się stopniowo w praktyce klinicznej ponad 40 lat temu[6] i aktualnie obejmuje szeroki wachlarz możliwości, począwszy od poradnictwa dietetycznego, stosowania doustnych preparatów odżywczych (ONS – *oral nutrition support*), żywienia dojelitowego i pozajelitowego zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w warunkach domowych[7].

Wytyczne ESPEN (*The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*)[3] zalecają stosowanie doustnych preparatów odżywczych jako intensywnego wsparcia żywieniowego. Preparaty te pozwalają na zwiększenie spożycia niezbędnych składników odżywczych, zapobiegają utracie masy ciała związanej z leczeniem oraz zmniejszają ilość przypadków przerwania terapii onkologicznej[3].

Zarówno pacjenci w trakcie terapii onkologicznej, jak i po jej zakończeniu mają wysokie ryzyko rozwoju, bądź pogłębienia niedożywienia wskutek zmienionej z powodu operacji (zespoły poresekcyjne) czy radioterapii anatomii przewodu pokarmowego, problemów metabolicz-

nych, wynikających z zastosowanej chemioterapii, w tym leków cytostatycznych, hormonalnych, leczenia biologicznego czy zaburzeń metabolicznych (osteoporoza, cukrzyca, uszkodzenie wątroby, trzustki, nerek, szpiku, zespoły złego wchłaniania).

Zmiany metaboliczne zachodzące u chorych onkologicznie wiążą się ze zmniejszeniem ilości białka ze względu na zwiększoną utratę azotu mocznikowego, zwiększony obrót białek, spadek syntezy białek szkieletowych, przy zwiększonej syntezie białek ostrej fazy. Obserwowane są również zmiany gospodarki węglowodanowej (w tym nietolerancja metaboliczna glukozy, hiperinsulinemia i insulinooporność), jak i tłuszczowej (wzrost lipolizy, zmniejszenie lipogenezy, występowanie hyperlipidemii, czy zwiększonego obrotu wolnych kwasów tłuszczowych).

Ze względu na zaburzenia, jakie występują w trakcie choroby oraz jej terapii, doustne suplementy pokarmowe stosowane u chorych onkologicznie winny charakteryzować się zwiększoną zawartością białka i wysoką kalorycznością. Ważna jest również zwiększona zawartość kwasów tłuszczowych omega-3, które pozwalają zmniejszyć kacheksję, przestawić metabolizm w kierunku przemian anabolicznych, zmniejszyć stężenie białek ostrej fazy, a także zmniejszyć efekt czynników mobilizujących lipidy oraz czynnika indukującego proteolizę. Te dwa ostatnie czynniki są jednymi z głównych elementów kaskady sygnałów stanowiących o kacheksji, poprzez swój wpływ na katabolizm białek i lipidów, jaki obserwowany jest u chorych z nowotworem[8,9].

Ponadto dla większej tolerancji doustnych suplementów pokarmowych powinny występować one w wielu zróżnicowanych smakach. Wg doniesień Darmona [10] największym powodzeniem cieszą się preparaty na bazie mleka o smaku wanilii, kawy czy truskawek. Istotne jednak jest, aby zapewnić chorym dostępność zarówno preparatów mlecznych, jak i preparatów na bazie soków, w celu podtrzymania skłonności chorego do stosowania się do zaleceń żywieniowych[11].

Doustne suplementy pokarmowe z reguły zawierają wszystkie składniki odżywcze lub wybrane elementy diety i są sprzedawane jako gotowe produkty spożywcze w formie płynnej, sproszkowanej bądź tabletek. Charakteryzują się większą osmolarnością w porównaniu do ich odpowiedników dojelitowych. Standardowo ich kaloryczność wynosi 1,5 kcal/ml, natomiast preparaty przeznaczone do żywienia chorych onkologicznie zawierają większą ilość kalorii (2 kcal/ml), większa jest też w nich zawartość białka (8–9 g/100 ml w porównaniu do standardowych 4–6 g/100 ml), przeciwutleniaczy oraz wielonienasyconych kwasów tłuszczowych.

Warto zauważyć, że w ostatnio wprowadzanych dietach płynnych w istotny sposób zmniejszono zawartość węglowodanów na korzyść innych składników odżywczych. Nie zawierają one glutenu oraz laktozy, jak również sacharozy, co znacząco zmniejsza ilość działań niepożądanych, do których należą nudności, wzdęcia, dyskomfort w jamie brzusznej, wymioty czy biegunka.

Doustne suplementy pokarmowe mogą być stosowane zarówno jako podstawowe żywienie chorych niedożywionych i wtedy zaleca się stosowanie ich w ilości 6–7 na dobę. Jako wsparcie żywieniowe zaleca się stosowanie 1–3 kartoników lub buteleczek na dobę. Powinny być one przyjmowane między posiłkami w małych porcjach, jednakże krótkie odstępy między posiłkami, zwłaszcza u chorych hospitalizowanych, mogą prowadzić do szybkiego nasycenia się pokarmem i wystąpienia uczucia sytości, co zmniejsza w rozliczeniu ogólnym ilość przyjętych substancji odżywczych.

Wyniki badania przeprowadzonego przez Berg i współpracowników w 2010 roku[12] na 234-osobowej grupie chorych hospitalizowanych pokazały, że pacjenci skłonni są przyjmować większą objętość doustnych preparatów odżywczych, jeżeli jest ona podawana w mniejszych ilościach, ale z większą częstotliwością, zwłaszcza w trakcie obchodów lekarskich. Doustne preparaty odżywcze można w związku z tym stosować na przykład zamiast wody do popijania przyjmowanych leków, zapewniając

tym samym dostarczanie energii i substancji odżywczych.

Dostępne na rynku polskim doustne suplementy pokarmowe występują pod różnymi postaciami, co pozwala na ich wykorzystanie w przygotowywaniu zróżnicowanych posiłków. Najczęściej są to gotowe preparaty do picia przyjmowane bezpośrednio, z reguły po schłodzeniu, jako substytut mleka, jogurtu lub napojów mlecznych. Różne smaki preparatów można wykorzystać do przygotowania konkretnych napojów mieszając je np. z kawą, herbatą czy czekoladą, jak również wykorzystać do przygotowania np. koktajli mlecznych, zwiększając tym samym ich wartość energetyczną, jak i odżywczą. Tę postać preparatów można wykorzystać również do przygotowania konkretnych dań (typu muesli lub omletów) czy jako dodatek do sosów, jak również do przygotowania zupy kremu (preparaty o neutralnym smaku i zapachu), jak i głównych posiłków (mięsnych, rybnych, warzywnych, z ziemniaków czy makaronów). Preparaty o różnych smakach (waniliowy, truskawkowy, owoce leśne) służyć mogą za dodatek do deserów (nadzienie, polewa) czy też być podstawą do przygotowania np. naleśników. Dostępne są również gotowe preparaty w postaci zupy kremu.

Ta dostępność zróżnicowanej gamy produktów doustnych suplementów pokarmowych pozwala na zapewnienie odpowiedniej podaży substancji odżywczych oraz niezbędnej ilości kalorii, tak ważnej zwłaszcza u chorych z chorobą nowotworową, przy jednoczesnych urozmaiconych możliwościach wyboru preparatów i dostosowania się do preferencji żywieniowych pacjentów.

W zapewnieniu odpowiedniego wsparcia żywieniowego przy pomocy doustnych suplementów odżywczych, należy pamiętać o specyfice choroby nowotworowej wybierając produkty o zwiększonej zawartości białka, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, zwłaszcza z grupy kwasów omega-3 oraz preparatów o zwiększonej kaloryczności. Poprzez wybór preparatów dedykowanych chorym onkologicznie zwiększa się skuteczność terapii, jak i jakość życia pacjentów.



Wysokoenergetyczny



Wysokoproteinowy



Wysokotłuszczowy



Bogaty w omega-3



MeDrink Plus – aż 400 kcal w 1 opakowaniu

Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. Pełno odżywczy, kompletny, do stosowania w zagrożeniu niedożywieniem oraz niedożywieniu. Przyspiesza przyrost masy ciała i szybko dostarcza energii utraconej w wyniku choroby nowotworowej.

Zawiera białko w postaci 100%, czystej micelarnej kazeiny, przywracającej poziom albumin, będącej źródłem wielu kluczowych aminokwasów. Wysokotłuszczowy skład, bogaty w Omega-3 (kwas α -linolenowy), skutecznie blokuje mechanizmy powodujące niedożywienie. Nie zawiera laktozy, glutenu i sacharozy. Dostępny w postaci napoju, w 5 smakach: czekoladowym, waniliowym, truskawkowym, neutralnym oraz kawowym.

biuro@pharmabest.pl
tel.: +48 (22) 404 94 10
www.pharmabest.pl

 PHARMABEST

www.pharmabest.pl

Bibliografia:

1. Bauer J.D., Capra S.: *Comparison of a malnutrition screening tool with subjective global assessment in hospitalised patients with cancer – sensitivity and specificity.* Asia Pac J Clin Nutr 2003; 12(3): 257–260.
2. Pertkiewicz M.: *Niedożywienie i jego następstwa.* Postępy Żywienia Klinicznego 2008; 3(8): 4–8.
3. Arends J., Bodoky G., Bozzetti F. i wsp.: *ESPEN Guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology.* Clin Nutr 2006; 25: 245–59.
4. Ross P.J., Ashley S., Norton A., Priest K., Waters J.S., Eisen T. i wsp.: *Do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for lung cancer?* Br J Cancer 2004; 90: 1905–1911.
5. Seyfried, T.N., Shelton, L.M.: *Cancer as a metabolic disease.* Nutr Metab 2010, 7(7): 269–70.
6. Schwartz G.F. i wsp.: *Combined parenteral hyperalimentation and chemotherapy in the treatment of disseminated solid tumors.* Am J Surg 1971; 121(2): 169–37.
7. Bozzetti F.: *Nutritional support in oncologic patients: Where we are and where we are going.* Clin Nutr 2011; 30: 714–717.
8. Giacosa A., Rondanelli M.: *Fish oil and treatment of cancer cachexia.* Genes Nutrition 2008; 2: 25–28.
9. Barber M.D., Ross J.A., Voss A.C., Tidale M.J., Fearon K.C.H.: *Effect of a fish oil-enriched nutritional supplement on metabolic mediators in patients with pancreatic cancer cachexia.* Br J Cancer 1999; 81(1): 80–86.
10. Darmon P., Karsegard V.L., Nardo P., Dupertius Y.M., Pichard C.: *Oral nutritional supplements and taste preferences: 545 days of clinical testing in malnourished in-patients.* Clin Nutr 2008; 1:27(4): 660–665.
11. Straton R.J., Green C.J., Elia M.: *Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment.* CBAI Publishing; 2003
12. Van der Berg G.H., Lindeboom R., van der Zwet W.C.: *The effect of the administration of oral nutritional supplementation with medication rounds on the achievement of nutritional goals: A randomized controlled trial.* Clin Nutr 2015; 34: 15–19.
13. Charakterystyka dostępnych na rynku polskim doustnych preparatów odżywczych przygotowana została na podstawie materiałów informacyjnych dotyczących produktów oferowanych przez firmy farmaceutyczne: Pharmabest (www.pharmabest.pl), Nutricia (www.nutriciamedyczna.pl), Nestle Health Science (www.nestlehealthscience.pl)

Medyczna marihuana – lek czy narkotyk?



Wokół medycznej marihuany toczy się ostatnio w Polsce burzliwa dyskusja, dotycząca zarówno prawnych, jak i medycznych stron problemów związanych z zastosowaniem konopi indyjskich w różnego rodzaju terapiach w tym onkologicznych i leczeniu bólu. Autor artykułu – Jarosław Gośliński, redaktor naczelny portalu onkologicznego zwrotnikraka.pl, podjął się trudnej próby uporządkowania tego tematu i odpowiedzi na związane z nim najbardziej kontrowersyjne pytania.

Medyczna marihuana oraz jej potencjalnie właściwości w leczeniu różnych schorzeń stanowią jeden z najgorętszych tematów medialnych ostatnich tygodni. Krok milowy w dyskusji na temat stosowania oraz legalizacji marihuany w medycynie stanowiła wypowiedź neurologa Marka Bachańskiego z Centrum Zdrowia Dziecka na temat sukcesów, z jakimi leczył on konopiami kilkoro dzieci chorych na lekooporną padaczkę. Doktor Marek Bachański to jeden z pierwszych polskich lekarzy, który zdecydował się wdrożyć procedurę importu docelowego i sprowadzał marihuanę na potrzeby swoich pacjentów z Holandii. Burza medialna rozpetała się w momencie, kiedy dyrekcja Centrum Zdrowia Dziecka złożyła do prokuratury donos na swojego lekarza, zarzucając, że mógł on narazić pacjentów na niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu. W ocenie tej sytuacji podzieliło się nie tylko środowisko lekarskie, ale również całe społeczeństwo. Marihuana budzi wśród Polaków duże zainteresowanie, nadzieję, ale również lęk. Dodatkowo, debata na temat legalizacji leczniczej marihuany w Polsce przypadła na nieszczęśliwy okres, kiedy w mediach powrócił temat tzw. dopalaczy, co czyni całą dyskusję jeszcze bardziej emocjonalną.

Stosowanie leczniczej marihuany jest obecnie legalne m.in. w: Austrii, Argentynie, Belgii, Czechach, Danii, Hiszpanii, Niemczech, Słowacji, w Stanach Zjednoczonych (24 stany), Szwajcarii czy Włoszech. Jej przeznaczenie różni się jednak w zależności państwa. W Polsce lek sporządzony z marihuany został zarejestrowany w zmniejszaniu spastyczności mięśni w stwardnieniu rozsianym. Jest on stosowany przez niektórych specjalistów również w bólach nowotwo-

rowych i neuropatycznych. Nie brakuje też osób, które wbrew obowiązującemu prawu, na własną rękę stosują marihuanę w terapii nowotworów. Wielu lekarzy i ekspertów nadal nie wierzy w „podawanie ziółek” i wskazuje, że tylko medycyna akademicka może pomóc w leczeniu. Ale co w sytuacji, kiedy medycyna akademicka pozostaje bezsilna? **Medyczna marihuana nie jest cudownym lekiem, który wywoła rewolucję w medycynie. Przeprowadzone badania pozwalają jednak mieć nadzieję, że jej właściwości mogą zostać wykorzystane w pewnych określonych sytuacjach z pożytkiem dla pacjentów. Z tego względu zasadne wydaje się być przeprowadzenie w Polsce rzetelnej i merytorycznej dyskusji na ten temat.**

Dostępność medycznej marihuany dla polskich pacjentów

Liczne kontrowersje i zawiłości wokół medycznej marihuany dotyczą nie tylko jej właściwości, ale również aspektów prawnych związanych ze stosowaniem tej substancji. W Polsce dostępny jest obecnie tylko jeden produkt leczniczy na bazie marihuany (Sativex), który łagodzi objawy spastyczności (nadmierne napięcie mięśni) u chorych ze stwardnieniem rozsianym. Inne produkty na bazie ziela z konopi, które zostały zarejestrowane, ale są niedostępne w naszym kraju, mogą być sprowadzane do Polski w ramach procedury tzw. importu docelowego. W myśl obowiązujących przepisów, lekarz, który chce legalnie prowadzić terapię, musi każdorazowo uzyskać zgodę konsultanta wojewódzkiego i występować o import docelowy. Recepta na lek jest realizowana w zagranicznej aptece, a medyczna marihuana w postaci suszu, tabletek lub kropli trafia do Polski.

Pacjenci, którzy decydują się na samodzielne pozyskanie marihuany, muszą mieć świadomość przepisów prawa, które aktualnie nakazują karanie za uprawę konopi na własny użytek oraz za jej posiadanie.

Właściwości i zastosowanie medyczne marihuany

Badacze i lekarze spierają się o skuteczność medycznej marihuany. Traktowanie konopi, jako złotego środka i cudownego leku na wszystkie dolegliwości, jest bezpodstawne. Regularnie rośnie jednak liczba publikacji i doniesień o pozytywnych wynikach stosowania konopi w leczeniu **astmy** (dzięki zwiększeniu przepustowości dróg oddechowych), **jaskry** (marihuana obniża ciśnienie śródgałkowe), **zaburzeniach neurologicznych**, w **łagodzeniu lekoopornej padaczki**, w **terapii autoimmunologicznych chorób jelita grubego** (choroba Leśniowskiego-Crohna), w **stwardnieniu rozsianym** czy **stwardnieniu zanikowym bocznym**.

Wstępne wyniki badań, ale też praktyka pokazują, że marihuana może pomóc także przy **terminalnych stadiach choroby nowotworowej**. Dobrze udokumentowana jest efektywność medycznej marihuany w **zwalczaniu bólu przewlekłego**, a przy tym ma ona mniej skutków ubocznych niż morfina czy inne opioidy. Wielu ekspertów docenia wartość marihuany w **przeciwdziałaniu bólowi nowotworowemu** powodowanemu chorobą onkologiczną albo jej leczeniem oraz **bólowi neuropatycznym**, związanym z uszkodzeniami układu nerwowego. Jak tłumaczy doktor Jerzy Jarosz – *dzięki kanabinoidom posiada ona zdolność wywołania stanu równowagi w układzie nerwowym człowieka. Gdy jest on nadmiernie pobu-*

dzony, marihuana hamuje go, a gdy jest za mało aktywny – pobudza. Doświadczenia prowadzone w Sidney Farber Cancer Center w Bostonie opisane na łamach „New England Journal of Medicine” dowodzą, że marihuana zmniejsza o połowę **nudności u osób przechodzących chemioterapię.** Istnieją dane, że konopie indyjskie działają również **przeciwzapalnie**, bez niszczących skutków ubocznych jakie dają np. długo używane sterydy.

Medyczna marihuana lekiem na raka?

Istnieją pojedyncze doniesienia o niszczeniu przez kanabinoidy komórek agresywnych nowotworów: glejaka mózgu, raka piersi czy raka trzustki. Takie informacje mocno rozbudzają nadzieje pacjentów i wywołują wielkie zainteresowanie chorych i ich rodzin. Według badań opublikowanych w „Cancer Research” kanabinoidy zawarte w marihuanie mogą być pomocne w leczeniu glejaka wielopostaciowego – jednego z najbardziej złośliwych nowotworów. W 2009 roku hiszpańscy badacze z uniwersytetu Complutense w Madrycie na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że marihuana powoduje obumieranie komórek nowotworowych w guzie mózgu. Wprawdzie później guzy dalej się rozrastały, ale chorzy żyli dłużej. Jak podaje tygodnik „Przegląd” (nr 35/817) olejem konopnym leczony jest cierpiący na glejaka IV stopnia Jakub Bartol. Kiedy medycyna akademicka okazała się bezradna wobec złośliwego guza mózgu, ojciec Jakuba skonsultował się ze specjalistami ze Stanów Zjednoczonych, Kanady i Izraela, którzy pomogli opracować specjalny plan terapii z wykorzystaniem medycznej marihuany. Jak donosi czasopismo – wyniki terapii okazały się spektakularne.

Zdaniem doktora Jerzego Jarosza: *receptory kanabinoidowe występują również na receptorach komórek nowotworowych. Pod wpływem działania kanabinoidów taka komórka zmienia swoją biologię i wolniej wzrasta. Mniej się również namnaża i zmniejsza przerzuty nowotworu. Z przeprowadzonych na zwierzętach eksperymentów wynika, że kanabinoidy mogą powodować śmierć komórek nowotworowych. U człowieka analogicznego mechanizmu w badaniach nadal jednak nie potwierdzono.*

Większość lekarzy do możliwości leczenia raka za pomocą marihuany podchodzi

z dużym dystansem. Choć istnieją pewne przesłanki dotyczące antynowotworowych właściwości marihuany, to wciąż brakuje badań, które pozwoliłyby na jednoznaczny wniosek. Jak dodaje doktor Jarosz: **aktualnie brakuje dobrych podstaw, aby oczekiwać wyleczenia z nowotworu po zastosowaniu marihuany.**

Kontrowersje wokół leczniczej marihuany

Przeciwnicy stosowania medycznej marihuany twierdzą, że jej legalizacja to potencjalna furtka dla używania i popularyzacji narkotyku. Ich zdaniem stosowanie marihuany prowokuje do sięgnięcia po twarde narkotyki (tzw. *gateway drug*). Legalizacja substancji do celów leczniczych może stanowić „złą” informację dla społeczeństwa, szczególnie dla osób nieletnich, że skoro jest lekiem, to pewnie nie jest szkodliwa, a może nawet „zdrowa”. Według Macieja Hamankiewicza, prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, który wystąpił niedawno podczas telewizyjnej audycji „Tak jest” w TVN24: *fakt, że leczenie epilepsji przy pomocy marihuany jest w niektórych przypadkach skuteczne, nie jest wystarczającym argumentem za legalizacją marihuany leczniczej. Aby cokolwiek wprowadzić do leczenia, trzeba wykonać szereg badań klinicznych, które wykażą, że skutki pozytywne przeważają wszystkie ujemne działania. Dotychczas przeprowadzono 34 badania kliniczne, które jednak nie są przekonujące, ale rodzą nadzieję. Jak podkreślił ekspert – współczesna medycyna musi mieć pewność, że nie będzie szkodzić.*

Zwolennicy stosowania kanabinoidów odpierają powyższe argumenty wskazując, że marihuana medyczna nie działa tak samo jak popularna „maryśka”. Pacjenta nie wprowadza bowiem w stan narkotyczny i nie wywołuje u niego przyjemnych doznań. Marihuana medyczna poprawia natomiast jakość życia chorego i łagodzi skutki uboczne terapii. Jak zauważa doktor Jerzy Jarosz: *dotąd nikt nie udowodnił, że zażywanie marihuany prowadzi do narkomani cięższej, czyli sięgania po twarde narkotyki.* Zdaniem ekspertów, w przypadku chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową w ogóle rzadko obserwuje się nadużywanie leków opioidowych. Nie dzieje się tak dlatego, że nie występuje u nich „głód” opioidowy, ale raczej dlatego, że nawet jeśli może wystąpić, to nie stanowi problemu.

„Potrzeba beznamiętnej analizy” – podsumowanie

Tocząca się obecnie burzliwa dyskusja na temat stosowania i legalizacji leczniczej marihuany ma nie tylko kontekst medyczny, ale i światopoglądowy oraz polityczny. Medyczna marihuana wywołuje wiele emocji oraz budzi spore zainteresowanie całego społeczeństwa. Choć trudno oczekiwać, aby toczącym się sporom beznamiętnie przysłuchiwali się szukający nadziei chorzy lub rodzice cierpiących dzieci, to zasadny wydaje się apel amerykańskiego badacza J.P. Cohena. Wzywa on do „beznamiętnej analizy naukowej”, znalezienia odpowiedniej równowagi oraz kompromisu pomiędzy chwaleniem, a demonizowaniem marihuany. Nie jest to bowiem ani pozbawiony potencjalnie szkodliwych skutków, ani też wszechstronnie skuteczny środek.

Nie ulega wątpliwości, że w sprawie medycznej marihuany potrzebne jest opracowanie lepszych uregulowań prawnych, standardów postępowania i uporządkowanie sytuacji poprzez oddzielenie faktów od uprzedzeń. Coraz więcej ludzi interesuje się i próbuje leczyć za pomocą medycznej marihuany. W desperacji robią to na własną rękę i zgodnie z polskim prawem stają się przestępcami. W lipcu 2015 roku do Sejmu trafił projekt nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Zakłada on, że nie popełnia przestępstwa ten, kto zgodnie z zaleceniem lekarza posiada, zbiera bądź uprawia do celów leczniczych konopie w ilości nie większej niż zapewniające zapotrzebowanie na 90 dni. Potrzebna jest także edukacja społeczeństwa i dostęp do rzetelnej wiedzy na ten temat. Służyć temu może otwarty niedawno przy warszawskim hospicjum Punkt Konsultacyjny „Medyczna Marihuana” dla pacjentów i lekarzy zainteresowanych medycznymi właściwościami konopi indyjskich. Prowadzi go anesteziolog i specjalista leczenia bólu doktor Jerzy Jarosz.

Punkt konsultacyjny przy ulicy Pileckiego 105 czynny jest w każdą środę. Telefon kontaktowy: 22 643 57 08, adres e-mail: jerzy.jarosz@fho.org.pl

Artykuł pochodzi z poradni Pomoc na Raka:

www.pomocnaraka.pl/poradnia

Rola pielęgniarek onkologicznych w edukacji pacjentów chorych na nowotwory



Choroba nowotworowa ma współcześnie charakter przewlekły. Wymaga od pacjenta świadomego uczestnictwa w terapii. To właśnie pielęgniarka pomaga choremu lepiej i sprawniej przygotować się do samoobserwacji, samokontroli i samoopieki. O roli pielęgniarek onkologicznych w edukacji pacjentów chorych na nowotwory pisze dr n. med., mgr pielęgniarstwa – Elżbieta Garwacka-Czachor z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, redaktor naczelna czasopisma „Opieka Onkologiczna”.

Obowiązek realizacji przez pielęgniarkę świadczeń z zakresu edukacji zdrowotnej wynika z Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039). Zgodnie z art. 4 ust. 1 tego aktu prawnego wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, o których mowa w cytowanym przepisie (także diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych) określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. nr 210, poz. 1540). Zgodnie z tym przepisem pielęgniarka ma prawo do sa-

modzielnego (bez zlecenia lekarskiego) edukowania i udzielania porad w zakresie samoopieki osobom chorym, niepełnosprawnym i ich rodzinom.

Zgodnie z definicją sformułowaną przez prof. Barbarę Woynarowską – *edukacja zdrowotna jest całościowym procesem uczenia się ludzi jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki.*

Edukacja terapeutyczna pacjenta onkologicznego

Edukacja zdrowotna w chorobie przewlekłej zwana też „edukacją terapeutyczną” lub „edukacją pacjentów (chorych)” jest ukierunkowana na specyficzne problemy i potrzeby edukacyjne, w tym przypadku chorych onkologicznie. **Głównym celem pielęgniarki-edukatorki jest pomoc pacjentowi w zrozumieniu choroby i uczeniu się życia „na nowo” z chorobą nowotworową tak, aby wykorzystać wszystkie możliwości i zasoby oraz odczuwać satysfakcję z życia.** Trudno o jedną dobrą radę dla wszystkich pacjentów, ale wszelkie działania zwiększające poziom świadomości chorych z pewnością pomogą w pokonaniu lęku i niepewności oraz przystosowaniu się do nowej rzeczywistości. Właściwy poziom wiedzy i umiejętności, a także motywacji pozwala pacjentowi zachować autonomię i świadomie uczestniczyć w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Pomaga choremu lepiej

i sprawniej przygotować się do samoobserwacji, samokontroli i samoopieki.

Podczas pobytu w szpitalu zadaniem pielęgniarki oraz lekarza prowadzącego jest edukacja pacjentów i ich rodzin w zakresie istoty choroby. Wyjaśniają czynniki ryzyka, przyczyny i mechanizmy choroby, mówią o objawach i ich przebiegu, informują o diagnostyce i leczeniu oraz zmianie dotychczasowego trybu życia. Pielęgniarka nawiązuje z chorym relację (kontakt terapeutyczny), pomaga w zaspakajaniu potrzeb dnia codziennego, towarzyszy pacjentowi podczas badań diagnostycznych, wyjaśnia zasady pielęgnacji w konkretnej sytuacji, wspiera chorego informacyjnie i emocjonalnie, jest blisko pacjenta. Opieka nad chorym musi przebiegać w sposób szanujący jego godność i podmiotowość.

Choroba nowotworowa, poza zmianami w zakresie zdrowia fizycznego, może prowadzić do zmian poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Dobrym sposobem na zmniejszanie lęku i niepokoju jest edukacja zwiększająca motywację pacjenta do leczenia. Podczas hospitalizacji związanej z chorobą nowotworową zdecydowana większość chorych przechodzi załamanie czy depresję. **W przypadku chorych na nowotwory pielęgniarka realizując zadania edukacyjne musi brać pod uwagę etapy adaptacji do choroby, przez które przechodzi pacjent i jego rodzina.** Najtrudniejszym momentem edukacji pacjenta jest czas bezpośrednio po rozpoznaniu choroby (faza pierwsza – szok), kiedy chory nie jest w stanie racjonalnie myśleć, dominują emocje i brak koncentracji, myśli krążą wokół podejmowania decyzji dotyczących leczenia.

W fazie kryzysu emocjonalnego (faza druga) działania edukacyjne pielęgniarek powinny skupiać się na redukcji napięcia u chorego i wsparciu emocjonalnym. Trzeci etap adaptacji – pozorne przystosowanie się – należy poświęcić na budowanie dobrych relacji (porozumienia, partnerstwa) z chorym. Najwłaściwszą dla edukacji wydaje się ostatnia faza, konstruktywnego przystosowania się do choroby. Pacjent mobilizuje się, poszukuje informacji o chorobie, chętnie rozmawia, pyta, analizuje doświadczenia własne i innych, obserwuje i kontroluje swoje objawy, zaczyna rozumieć chorobę.

Edukacja w pielęgnowaniu jest, więc oddziaływaniem wychowawczym oraz działaniem ułatwiającym opanowanie przez pacjentów wiedzy (przydatnej dla danej osoby) i różnorodnych umiejętności (zależnych od rodzaju choroby i sytuacji życiowej pacjenta), niezbędnych w samoopiece i samopielęgnacji. Będą to zarówno czynności jednorazowe, jak i okazjonalne, np. indywidualne porady lub instruktaż, oraz działania podejmowane w ramach procesu nauczania opartego na dogłębnym rozpoznaniu deficytu wiedzy i umiejętności pacjenta i jego rodziny (programy edukacyjne). Aby proces edukacji spełnił zakładane cele, musi przebiegać zgodnie z założeniami cyklu działania zorganizowanego (gromadzenie danych, rozpoznanie stanu, planowanie, realizacja oraz ocena oczekiwanych wyników). Rozpoznanie ma na celu zdefiniowanie stopnia gotowości pacjenta do uczenia się, a także określenie, jakiej pomocy oczekuje w zakresie wiedzy i umiejętności, które są mu niezbędne w danej sytuacji i stanie zdrowia. Planowanie dotyczy określenia celów zmierzających do wywołania konkretnych zmian w wiedzy i zachowaniu pacjenta. Planowanie dotyczy również treści kształcenia, form, metod i środków dydaktycznych, które zostaną wykorzystane. Realizacja edukacji powinna być zgodna z ustalonym wcześniej planem. Ocena polega na określeniu zmian w zachowaniu pacjenta, w uzyskaniu umiejętności samoopieki i radzenia sobie w warunkach domowych. Ocena stanowi również podstawę do modyfikowania planu edukacji.

Cel edukacji pacjenta onkologicznego prowadzonej przez pielęgniarkę

Celem pielęgniarki, która edukuje pacjenta onkologicznego jest uzyskanie zmiany jego zachowania. Dlatego przekazuje mu wiedzę i umiejętności o sposobach radzenia

sobie w chorobie nowotworowej. Zakres zmian zachowania i funkcjonowania pacjenta w chorobie, powinien być określony na początku pracy z pacjentem, gdy tworzy się plan edukacji. Ma to znaczący wpływ na postawę i przekonania pacjenta. Cele szczegółowe, zakres, formy i metody edukacji chorych onkologicznie zależeć będą od rodzaju choroby i jej przebiegu, wieku i statusu społecznego (np. poziomu wykształcenia) chorych. **Pielęgniarka onkologiczna najczęściej wykorzystuje w swojej pracy edukacyjnej podejście indywidualne, rzadziej zbiorowe lub grupowe. Forma pracy indywidualnej realizowana jest poprzez poradnictwo, udzielanie wyjaśnień, pokazy, ćwiczenia, które uczą chorych umiejętności rozwiązywania określonego problemu.** Pielęgniarki korzystają z różnych pomocy dydaktycznych, najczęściej są to broszury, plakaty, multimedia itp., przygotowywane przez firmy farmaceutyczne, kosmetyczne, towarzystwa naukowe, fundacje i inne. Pomoce te ułatwiają pielęgniarce pracę edukacyjną z pacjentem, a choremu pomagają w konfrontacji z chorobą oraz w lepszym zrozumieniu własnych możliwości i ograniczeń. Ważnym elementem w procesie edukacji jest język, jakim posługuje się pielęgniarka-edykatorka, używanie żargonu lub terminologii medycznej nie sprzyja zrozumieniu i zapamiętaniu informacji przez pacjentów. Osoby bezpośrednio odpowiedzialne za edukację zdrowotną powinny być kompetentne, komunikatywne i wiarygodne, a także posiadać odpowiednią wiedzę merytoryczną.

Czy pielęgniarki są przygotowane do edukacji pacjentów chorych na nowotwory?

I tak i nie. Wnioski z badań przeprowadzonych przez mgr Jadwigę Nowacką w 2012 roku w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu wskazują, że pielęgniarki nie są dostatecznie przygotowane do roli edukatora, a prowadzona przez nie działalność edukacyjna w dużej części nie spełniała oczekiwań pacjentów oraz nie przygotowuje ich do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Rodzina pacjenta sporadycznie bywa włączana w proces edukacji, mimo że 82% badanych pacjentów chciałoby, aby rodziny uczestniczyły w edukacji. Powyższe wnio-

ski potwierdzają, że pielęgniarki onkologiczne muszą doskonalić swoją wiedzę i umiejętności z zakresu edukacji zdrowotnej i komunikacji terapeutycznej. Powinny lepiej zadbać o swój rozwój zawodowy i własne kompetencje, częściej korzystać z prawa, ale i obowiązku kształcenia podyplomowego. Możliwości jest wiele. Jednym z ważniejszych sposobów na doskonalenie zawodowe jest specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego. Specjalista ustala treści i metody edukacji w fazie diagnozy, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji, dotyczące trybu życia, zmniejszenia powikłań towarzyszących leczeniu poprzez właściwą pielęgnację skóry, jamy ustnej, włosów oraz dietę. Innym rodzajem kształcenia podyplomowego jest kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, po jego ukończeniu pielęgniarka uzyskuje wiedzę i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Poza tym pielęgniarki pracujące z chorymi onkologicznie mogą doskonalić swoją wiedzę i umiejętności na kursach specjalistycznych. Aktualnie dostępne kursy to m.in. „Opieka nad pacjentem poddawany procedurom diagnostycznym i terapeutycznym z użyciem otwartych źródeł promieniowania”, „Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową”, „Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe”, „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie”, „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów” oraz „Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową”, czy też kursy dotyczące terapii bólu ostrego i przewlekłego u dorosłych. Należy dodać, że istnieją także inne formy aktualizowania swojej wiedzy, czy też dzielenia się nią z innymi, np. konferencje szkoleniowo-naukowe, zjazdy i sympozja organizowane przez towarzystwa i stowarzyszenia naukowe, seminaria, szkolenia itp. Postępy onkologii i pielęgniarstwa onkologicznego można śledzić czytając prasę medyczną, np. „Opiekę Onkologiczną” – kwartalnik wydawany przez Wydawnictwo MED HILL Press. Czasopismo skierowane jest głównie do pielęgniarek onkologicznych, ale także lekarzy, psychoonkologów, rehabilitantów, dietetyków.



D jak „dieta onkologiczna”

Według danych szacunkowych aż $\frac{3}{4}$ pacjentów onkologicznych umiera z powodu niedożywienia, a nie z powodu raka. Jednocześnie słyszymy o cudownych „dietach onkologicznych” leczących nowotwory. Z punktu widzenia dostępnej wiedzy jest to po prostu niemożliwe. Dr Sybilla Berwid-Wójtowicz, specjalistka dietetyki klinicznej w swoim cyklicznym felietonie obala kolejny mit żywieniowy przypominając, iż żadna dieta nie wyleczy pacjenta z choroby nowotworowej, ale prawidłowe odżywianie może wspomóc proces terapii.

Głodzić raka, czy pacjenta?

Przeważnie określenie „dieta” kojarzy się z wyrzeczeniami i ograniczeniami. Tymczasem często w gabinecie u lekarza pacjent słyszy – *proszę jeść to, na co ma pan/pani ochotę*. U części chorych onkologicznie, zarówno jako skutek uboczny leczenia, jak i sygnałów wysyłanych przez nowotwór może dojść do zaburzenia łaknienia. Często pacjent odmawia jedzenia, ponieważ jest w głębokim stresie, gdy dochodzi do tego zaburzenie cyklu snu i ciągle uczucie przemęczenia, nawet jedzenie staje się nadludzkim wysiłkiem. Stąd lekarz woli, aby pacjent jadł cokolwiek, niż skupiał się na dodatkowym ograniczaniu jedzonych pokarmów. Niestety takie podejście lekarzy, wpływa negatywnie na stopień odżywienia chorego. Z drugiej strony u pacjentów koncentrujących się na diecie, może to czasem przybrać formę obsesji, co niekoniecznie wiąże się z przestrzeganiem zasad zdrowej diety. Wywołuje też ciągle uczucie napięcia i stresu związanego z przestrzeganiem mniej lub bardziej uzasadnionych zasad przyjętego odżywiania i pogłębia frustrację, gdy któreś z nich nie mogą zostać spełnione. **Dlatego warto na każdym etapie leczenia skonsultować się z dietetykiem klinicznym, który pomoże określić stopień naszego odżywienia, a także wskaże nam rozwiązania pomagające dostarczyć składniki żywieniowe w odpowiednich proporcjach i formie, zależnie od naszego stanu zdrowia i terapii.**

Jednym z najniebezpieczniejszych mitów w onkologii są diety prowadzące do „za-głodzenia raka”. Są to schematy, oparte na odstawieniu lub znaczącym ograniczeniu węglowodanów i zwiększeniu spożycia białka oraz tłuszczu, prowadzą do obciążenia organizmu szkodliwymi elementami przemiany materii, a w skrajnych przypadkach do kwasicy metabolicznej, niezdolności przyswajania tłuszczu i całkowitego zaburzenia równowagi organizmu. Taka dieta zamiast „głodzić raka” – głodzi mózg, serce i wątrobę pacjenta, powoduje jednocześnie zatrucie jego organizmu i tak poddanego trudnej walce ze zbuntowanymi komórkami tworzącymi nowotwór. **Pamiętajmy, by wybrana dieta wspomagała regenerację organizmu pacjenta, a nie go dodatkowo zatruwała.**

Czy same soki – to samo zdrowie

Często rodzina przynosi „zdrowe” przekąski choremu. Potem kilogramy ekologicznych owoców, czy litry soków gniją na parapetach szpitalnych okien. Soki zarówno z owoców jak i warzyw są zdrowe – to fakt. **Optymalne rekomendowane spożycie tych soków w ciągu dnia to zaledwie 1–3 szklanki.** Ich nadmiar może prowadzić do fermentacji w jelitach i niebezpiecznych dla pacjenta biegunek. **Przede wszystkim pacjent powinien pić wodę, około szklanki co godzinę – przynajmniej jedną 1,5 litrową butelkę dziennie.** Świeże soki zawierają wiele substancji bioaktywnych, działających przeciwtleniająco oraz wspo-

magają organizm w walce ze skutkami stanów zapalnych i zniszczeń dokonywanych przez wolne rodniki, ale dają też fałszywe uczucie wypełnienia. Oszukują uczucie łaknienia i chory, nie przyjmując odpowiedniej ilości innych składników odżywczych. Skutkiem tego – organizm zaczyna trawić się od środka, w końcu skądś musi wziąć niezbędne składniki odżywcze, tym bardziej, że w walce z nowotworem potrzebuje 2–3 razy więcej energii niż organizm zdrowy. Dlatego diety sugerujące pacjentom żywienie się wyłącznie surowymi, niskoenergetycznym sokami z warzyw i owoców, są propagowane przez nieodpowiedzialne osoby i prowadzą do drastycznego obniżenia dostarczanej energii w diecie, a nawet śmierci pacjenta w wyniku jego zagłodzenia. **Sięgając po sok – pamiętaj, aby nie miał żadnych cukrów dodanych (ani białego ani „owocowego”) i aby jego ilość w Twojej diecie nie przekraczała szklanki do posiłku głównego.**

Obiadki mamusi

Rodzina pacjenta przynosi także do szpitala dania obiadowe. I tu znowu następuje zderzenie potocznego wyobrażenia, tego co jest zdrowe, z tym, co według zaleceń dietetyki klinicznej nie jest polecane. Niestety, większość dań uznanych za zdrowe w kuchni polskiej, takie nie są. Przykładowo tradycyjny rosół – czyli przesolony wywar z tłuszczu, nie ma zbyt wielu korzyści żywieniowych. Ma je natomiast odtuszczone krupnik ze zmiksowanymi warzywa-

mi i chudym mięsem. Jest odżywczy i syty, poza tym dostarcza węglowodany złożone pomagające znosić uczucie nudności (spożywany regularnie co 3-4 godziny w niewielkich ilościach około ¼ kubka). **Także schabowy w podwójnej panierce na pół talerza i fura puree z ziemniaków z jedną łyżką przesolonej lub zalanej octem surówki, nie jest przykładem zdrowego, pełnowartościowego posiłku. Dlatego zanim będziemy się upierać, że wiemy, co dla bliskiej nam chorej osoby jest najlepsze – skonsultujmy się z dietetykiem klinicznym.** Często wprowadzenie drastycznych zmian będzie niemożliwe, ale specjalista na pewno znajdzie rozwiązania, które pomogą dostarczyć pacjentowi pokarm w odpowiedniej ilości i o wartości odżywczej wspomagając proces leczenia, co polepszy samopoczucie i stan ogólny pacjenta.

Wielu pacjentów zarówno w warunkach szpitalnych, jak i domowych nie ma możliwości, aby przygotować pełnowartościowy posiłek. W takich sytuacjach przychodzą

z pomocą gotowe odżywki medyczne, czyli doustne suplementy pokarmowe jak napoje Resource, dostarczające w porcji tyle energii i kluczowych składników odżywczych, co cały pełnowartościowy posiłek. Resource może też być dodatkiem do dania – świetnie nadaje się jako sos do płatków pełnoziarnistych, makaronu, owoców czy twarożku (po zmiksowaniu otrzymamy koktajl owocowy lub serek homogenizowany). Z własnego doświadczenia wiem, że czasem ciężko jest zjeść nawet jedno danie, dużo łatwiej wypić napój o wybranym przez nas smaku (owocowym, kawowym czy waniliowym).

Skutki uboczne „diet onkologicznych”

Nie sposób opisać w krótkim felietonie skutki uboczne wszystkich bzdurnych „diet onkologicznych” polecanych pacjentom. Często są one oparte na jednostronnym spożywaniu produktów postrzeganych jako zdrowe, ale w olbrzymich ilościach prowadzących do niestrawności, które u chorego

onkologicznie mogą powodować poważne komplikacje. A na pewno mogą przeszkadzać w leczeniu. Leżąc w szpitalu, byłam świadkiem, jak koleżanka eksperymentująca ze spożywaniem nadmiernych ilości białego sera z olejem lnianym przeciężyła trzustkę i wątrobę, a inna z powodu podejrzanych pestek wylądowała na oddziale intensywnej terapii z zatorem jelit. Tak więc zanim uwierzymy jakiemuś hochsztaplerowi, w cudowną skuteczność polecanej „diety onkologicznej” włączmy zdrowy rozsądek. Nie dajmy szans naciągaczom, by zniszczyli nasze finanse, a przede wszystkim uniemożliwili powrót do zdrowia.

Jeśli zaczynasz leczenie onkologiczne lub jesteś w jego trakcie, poproś o kontakt, skierowanie do dietetyka klinicznego, nie przeprowadzaj eksperymentów na własnym osłabionym chorobą organizmie. Tym bardziej, że dietetyk dopasuje dietę także do rodzaju twojego nowotworu i terapii, uwzględniając specyficzne przeciwwskazania i zalecenia.

RESOURCE[®] Pomóż odzyskać siłę i apetyt na życie.

Produkty dla osób niedożywionych z powodu choroby nowotworowej

RESOURCE[®] 2.0



Kcal: 400
Białko: 18g

RESOURCE[®] 2.0+FIBRE



Kcal: 400
Białko: 18g
Błonnik: 5g

RESOURCE[®] Protein



Kcal: 250
Białko: 18,8g



Dietyczne środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza. Dostępne w aptekach.

NestléHealthScience
NOURISHING PERSONAL HEALTH

Polscy pacjenci deklarują udział we współpłaceniu diagnostyki i leczenia z użyciem nowocześniejszych metod



Szymon Chrostowski – prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych przedstawia wyniki badania przeprowadzonego na zlecenie Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, dotyczącego opinii Polaków na temat możliwość dopłaty przez pacjentów do diagnostyki i leczenia nowocześniejszymi metodami niż te, których koszt w całości pokrywa NFZ.

W czerwcu tego roku OIGWM POLMED opublikowała raport, którego tematem była **Skłonność pacjentów w Polsce do współfinansowania diagnostyki/leczenia/operowania bardziej innowacyjnym sprzętem medycznym w publicznych placówkach ochrony zdrowia**. Głównym celem badań przeprowadzonych przez firmę consultingową **Research Cloud** było określenie, jaki odsetek Polaków w wieku 28+ jest zainteresowany skorzystaniem z dopłat do diagnostyki i leczenia, jeśli gwarantowałyby to użycie nowocześniejszych wyrobów medycznych niż te, których koszt w 100% pokrywa NFZ oraz w jakich sytuacjach byłiby oni skłonni dopłacać.

Na potrzeby badania przyjęto definicję, że wyroby medyczne to wszystkie przedmioty nie będące lekami, które stosuje się w procesie leczenia i rehabilitacji. Wyrobem medycznym jest więc zarówno rezonans magnetyczny, jak i nici chirurgiczne, strzykawki, igły, zastawki serca, aparaty EKG, gips itp. Badanie przeprowadzone na ogólnopolskiej, reprezentatywnej grupie 1 000 Polaków w wieku 28 lat i więcej.

Stan obecny

Obecnie 96% Polaków korzysta z placówek publicznej służby zdrowia, w tym 53% gospodarstw domowych robi to przynajmniej raz na pół roku. Po usługi medyczne do prywatnych placówek służby zdrowia przynajmniej okazjonalnie wybiera się 73% Polaków, natomiast 23% gospodarstw domowych korzysta z nich raz na pół roku.

Z publicznej służby zdrowia korzystają głównie osoby gorzej sytuowane (dochody netto GD do 2500 zł / miesiąc), renciści, emeryci, osoby prowadzące gospodarstwa domowe, bezrobotni. Osoby lepiej sytuowane

(dochody netto GD powyżej 3500 zł/miesiąc), robotnicy wykwalifikowani, rolnicy, pracownicy biurowi niższego i wyższego szczebla, prywatni przedsiębiorcy częściej wybierają usługi prywatnych placówek medycznych.

Jak wynika z badania, z prywatnego sektora medycznego korzysta duży odsetek Polaków. Przyczyną tego, jest być może fakt, że 64% naszych obywateli ma przynajmniej częściowe wątpliwości co do tego, czy pacjenci w Polsce są diagnozowani i leczeni za pomocą nowocześniejszych wyrobów medycznych. Można sądzić, że osoby te uważają, że niepubliczne placówki, poza szybszym dostępem zapewniają też wyższy standard diagnostyki i leczenia.

Ogólnie 71% Polaków współkorzysta z usług publicznych i prywatnych placówek ochrony zdrowia. Ten odsetek jest bardzo ważny, bo jak się okazuje przekłada się on na inny istotny wynik badania.

Za co Polacy dodatkowo dopłacają, korzystając z publicznych placówek ochrony zdrowia

Dawno już obalony mit o bezpłatnym leczeniu w Polsce, potwierdza także fakt, że 58% Polaków w sytuacji korzystania z publicznej placówki ochrony zdrowia najczęściej dopłaca do różnego typu badań (w tym często specjalistycznych), a zdecydowanie rzadziej do wizyt u specjalistów, materiałów i sprzętu medycznego, zabiegów, wizyt lekarskich, rehabilitacji, pobyków w szpitalu oraz leków.

Polscy pacjenci dopłacają m. in. do:

- wizyt u specjalistów (najczęściej dentystów okulistów, ortopedów, kardiologów, alergologów) – 4,4%
- wizyt lekarskich bez podania specjalizacji – 2,1%

- zabiegów (najczęściej szczepień, leczenia zębów, ortopedycznych, okulistycznych) – 2,4%
- materiałów i sprzętu (dentystycznych, gipsu, opatrunków, sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego) – 2,7%.

Najwięcej, bo aż 42,8% Polaków w ramach korzystania z usług publicznej placówki ochrony zdrowia dopłaca do różnego typu badań, w tym najczęściej do badania krwi, rezonansu magnetycznego, USG, RTG, badań tarczycy.

Czego oczekują polscy pacjenci

Jak wynika z badania, polscy pacjenci ponoszą w dużym stopniu koszty leczenia zarówno w ramach prywatnego, jak i publicznego sektora ochrony zdrowia. Najlepszym przykładem jest zakres usług i wyrobów proponowanych przez publiczną ochronę zdrowia w stomatologii. Podobnie jest w okulistyce. Polscy pacjenci przyzwyczaili się już, że niektóre z kosztów leczenia czy rehabilitacji współfinansują, chcąc szybciej powrócić do zdrowia, sprawności, pracy. Chcieliby jednak robić to na korzystnych dla nich zasadach, dających im możliwość wyboru.

Obecny system ochrony zdrowia funkcjonuje tak, że pacjent musi skorzystać ze standardu oferowanego przez NFZ lub w 100% pokryć koszt leczenia prywatnego. Pacjentowi nie daje się zatem innego wyboru. Nie ma możliwości, aby otrzymać świadczenie zdrowotne w ramach NFZ i dopłacić np. tylko za wstawienie nowocześniejszego implantu niż ten, którego koszt sfinansowałby normalnie NFZ. Jak pokazują wyniki ankiety, Polacy chcą mieć możliwość takiego wyboru – mówi Janusz Szafraniec, prezes OIGWM POLMED.

Pacjenci oczekują zmian w tym zakresie, 72% Polaków chce mieć możliwość wyboru dopłaty do diagnozowania i leczenia nowocześniejszymi metodami/wyrobami medycznymi niż oferowane w standardzie przez NFZ bez dopłat

Aż 71% Polaków jest zainteresowanych możliwością dopłaty do diagnostyki i leczenia, jeśli gwarantowałyby to użycie nowocześniejszej metody niż ta, której koszt w 100% pokrywa NFZ, tylko 26% deklaruje, że nie byłoby zainteresowanych.

Wyniki tych dwóch ostatnich badań pokrywają się z odsetkiem obecnego współkorzystania przez Polaków z usług publicznych i prywatnych placówek zdrowia, co pozwala wnioskować, że około 70% polskich pacjentów jest gotowych na przyjęcie modelu współpłacenia, ponieważ praktycznie on już funkcjonuje, tylko źle i na zasadach narzuconych przez system.

W medycynie postęp technologiczny dokonuje się w ogromnym tempie. Polscy pacjenci, niestety, w wielu przypadkach nie mają możliwości korzystania z innowacyjnych technologii medycznych, które są standardem w innych krajach europejskich – twierdzi Janusz Szafraniec, prezes prezes OIGWM POLMED.

Aż 88 % Polaków deklaruje, że dopłaciłoby za wykorzystanie bardziej nowoczesnych wyrobów medycznych w trakcie diagnozowania i leczenia w publicznych placówkach ochrony zdrowia ponad gwarantowane w 100% przez NFZ:

Indeks powszechnego korzystania

- zawsze, kiedy lekarz pokazałby taką alternatywę – 13%
- z reguły, kiedy lekarz pokazałby taką alternatywę – 17%

Indeks sytuacji krytycznych

- tylko w sytuacji bardzo poważnych kłopotów zdrowotnych – 32%
- tylko w sytuacji zagrożenia życia – 26%.

Ogólnie odsetek badanych osób, które zadeklarowały współpłacenie za lepszą jakość diagnostyki i leczenia, dzięki zastosowaniu

nowoczesnych wyrobów medycznych jest bardzo wysoki, bo sięga blisko 90%. Indeks powszechnego korzystania to 30%, ale w przypadku sytuacji krytycznych wzrasta on, aż do 58%. Dlatego pacjentom należy dać wolność wyboru skorzystania z najbardziej im odpowiadającej, dostępnej finansowo efektywnej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji.

Każdy pacjent chce mieć możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości – polskiego budżetu na tą najwyższą jakość nie stać. Musimy zdać sobie sprawę z tego, że pieniędzy na ochronę zdrowia jest za mało. Warto się zatem zastanowić nad wprowadzeniem zmian i uwolnieniem systemu. W naszej opinii rozwiązaniem problemu niewystarczających środków finansowych byłoby umożliwienie pacjentom partycypowania w finansowaniu lepszych jakościowo procedur czy wyrobów medycznych. W ten sposób uzyskalibyśmy dodatkowe pieniądze na ochronę zdrowia. Ubezpieczenia dodatkowe lub indywidualne dopłaty pacjentów do świadczeń musiałyby być oczywiście dobrowolne i w żaden sposób nie mogłyby powodować dyskryminacji osób, które nie mają możliwości dokonania dopłaty. W tym miejscu należy podkreślić, że jesteśmy zdecydowanie przeciwnikami sytuacji, w której wykupienie ubezpieczenia dodatkowego lub uiszczenie dodatkowej opłaty umożliwiałoby „przeskoczenie” kolejki oczekujących – dodaje prezes OIGWM POLMED, Janusz Szafraniec.

Czy współfinansowanie leczenia jest możliwe w polskim systemie ochrony zdrowia

Stanowisko producentów wyrobów medycznych działających w Polsce, mające na celu wprowadzenie dobrowolnych dopłat, umożliwiających pacjentom dostęp do nowoczesnych technologii medycznych, nie refundowanych przez NFZ, podzielają również organizacje pacjencie m. in. Polski Związek Niewidomych. Także wśród pacjentów onkologicznych toczy się dyskusja na ten temat, tym bardziej, że w publicznym

systemie ochrony zdrowia dało się już wprowadzić takie rozwiązania, które satysfakcjonują polskich pacjentów onkologicznych. Dotyczy to np. peruk przysługujących choremu w trakcie chemioterapii w limitowanej kwocie 250 zł, a dostępnych za dopłatą w przypadku droższych modeli. Także w ramach limitu są dostępne standardowe protezy dla kobiet po mastektomii. Za dopłatą pacjentka może otrzymać produkt bardziej nowoczesny, np. protezę samoprzylegającą lub odpowiadającą jej potrzebą lekką protezę do pływania. Doprowadzenie do refundacji protez standardowych z możliwością współpłacenia za bardziej innowacyjne rozwiązanie zajęło Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” kilka lat negocjacji.

Najgorzej wygląda sytuacja w zakresie świadczeń szpitalnych, które zakładają przeprowadzanie procedur z użyciem zaakceptowanych przez NFZ produktów medycznych i całkowicie wykluczają współpłacenie w przypadku, gdy pacjent chce skorzystać z bardziej nowoczesnych lub lepiej mu odpowiadających produktów. To się powinno zmienić, na wzór innych krajów europejskich, gdzie pacjent w zależności od posiadanego ubezpieczenia, może oczekiwać określonego poziomu usług i produktów medycznych.

Polski system, poza ewidentnym niedofinansowaniem jest oporny na nowe rozwiązania, mimo że są one korzystne zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i chorych. W tej sytuacji konieczne jest wspólne działanie pacjentów, lekarzy, rehabilitantów, a także producentów wyrobów medycznych w celu rekomendowania szerszego współfinansowania leczenia, tym bardziej, że jak wynika z raportu POLMEDU jest nim także zainteresowane społeczeństwo. W związku z tym niezbędne są zmiany organizacyjne i prawne w polskim systemie ochrony zdrowia, co trzeba uświadomić zarówno urzędnikom, decydentom, jak i przede wszystkim politykom odpowiedzialnym za zdrowie publiczne w Polsce.



Poszukujesz informacji na temat diagnostyki, leczenia i opieki onkologicznej, czujesz się zagubiony lub wykluczony przez system opieki zdrowotnej?

JESTEŚMY PO TO, ABY CI POMÓC.

www.pacjentwykluczony.pl

Wtorkowe spotkania ze sztuką

Wtorkowe spotkania ze sztuką odbywają się w Centrum Onkologii na warszawskim Ursynowie. Inicjatorami projektu są: Fundacja Urszuli Jaworskiej, dyrekcja Centrum Onkologii oraz kierownik Poradni Psychoonkologii dr n. med. – Mariola Kosowicz. Uczestnikami są występujący charytatywnie artyści, a widzami pacjenci szpitala, ich rodziny i bliscy.

Spektakle teatralne, koncerty, kabarety, występy zespołów tanecznych, a nawet premiery. Wszystko to w wyjątkowym miejscu. Artyści zdenerwowani zerkają zza kulis na zbierającą się publiczność. Schodzą się. Coraz więcej miejsc zapełnionych. Trema jest coraz większa, bo każdy chce wypaść jak najlepiej, to przecież TAKA wyjątkowa publiczność... nie można ich zawieść, trzeba dać z siebie wszystko. Gaża za taki występ wyjątkowo wysoka: uśmiech na ustach zebranych tu widzów.

Od roku, co drugi wtorek o godz. 15.00 mają miejsca takie sceny. Wtorkowe spotkania ze sztuką odbywają się w Centrum Onkologii na warszawskim Ursynowie. Inicjatorami są: Fundacja Urszuli Jaworskiej, dyrekcja Centrum Onkologii oraz opiekująca się duszami pacjentów psychoonkolog dr Mariola Kosowicz. O dekoracje, scenę dba profesjonalnie dr Hanna Tchórzewska-Korba. Wszyscy zaangażowani w to przedsięwzięcie, starają się aby niczego nie brakowało podczas wtorkowych spotkań ze sztuką.

Widzowie to pacjenci i ich rodziny, opiekunowie. Przychodzą z różnym nastawieniem, głównie dlatego, że te wtorkowe wydarzenia to dla nich odskocznia, relaks w miejscu, gdzie o śmiech i wzruszenie, jakie daje sztuka, trudno. Są tacy, którzy mają ochotę poznać osobiście artystę. Zdarzają się samotni potrzebujący towarzystwa. Czasem idą dla świętego spokoju, bo pracownicy szpitala, wolontariusze namawiają i namawiają. Publiczność z kroplówkami, chemią to też norma w tym niecodziennym teatrze. To wszystko co się dzieje przed – w trakcie zaczyna się zmieniać. Pojawiają się emocje, których nikt się nie spodziewał. Kończy się występ i nie ma widzów i artystów. Jest grupa znajomych, którzy razem coś wyjątkowego przeżyli. Są szczere rozmowy, czasem tylko wiele mówiące spojrzenia, a niekiedy zwykłe przytulenie i wspólne zdjęcie.

Przez ten krótki czas występu nie ma pacjentów są widzowie. Nagle następuje oderwanie od szpitalnej rzeczywistości. Nie ma rozmów o chorobie, szansach, leczeniu. Są tacy, którzy

mając wypis ze szpitala w ręku, zostają żeby uczestniczyć w jeszcze jednym wtorkowym wydarzeniu.

W maju w Centrum Onkologii odbyła się premiera komedii „Wiecznie młodzi”. Śmiech na sali był tak szczery i głośny, że aktorzy musieli się pilnować żeby się nie „zgotować”. Część pacjentów zrobiła tego dnia coś wyjątkowego – przyszli w eleganckich strojach. Były nowe bluzeczki, kolorowe szale zarzucone na ramię. Jedna pani stwierdziła, że z okazji premiery założyła bransoletkę, chociaż nie robi tego, bo ręce ją bolą. Po spektaklu i rozmontowaniu dekoracji, na wychodzących aktorów czekali w korytarzu pacjenci. Mówili ze śmiechem i wzruszeniem: *Dziękuję, nigdy bym się spodziewał, że trafi mi się premiera teatralna, jak jakimś celebrycie.*

Nie brakuje chętnych artystów, nikt nie pyta o zapłatę. Teatry np. Capitol czy Elmar dostarczają dekoracje, obsługę spektaklu, bo wiedzą jaki jest cel. Każdy angażuje się w 100%. Wiadomo, że nie ma profesjonalnej sceny, zawodowych kulis, ale osiąga się tu więcej niż w wielu teatrach. To, co jest istotą teatru – wspólnota widzów i aktorów, tu osiąga swoją pełnię.

Kolejny rok realizacji projektu i już wiadomo, że artyści i organizatorzy nie odpuszczają.

Pacjentka Centrum Onkologii, oraz aktorzy: Marzanna Graff, Aleksander Mikołajczak, grający w przedstawieniu „Wiecznie młodzi”



ją. Jest już plan wtorkowych spotkań. Artyści zgłaszają chęć wystąpienia w tym szczególnym miejscu, dla tak szczególnej publiczności. Chętnych podzielenia się swoim talentem, ale przede wszystkim sercem, nie brakuje. Pacjenci to widzą i doceniają. Personel szpitala przyzwyczał się do zamieszania, jakie co drugi wtorek urządza artyści. Wszyscy z uśmiechem pomagają.

Okazuje się, że można jeśli zbierze się grupa ludzi, którzy chcą coś dobrego zrobić. A wśród nich byli między innymi: **Justyna Sieńczyło, Katarzyna Pakosińska, Ewa Kuklińska, Zespół Tańca Ludowego „Warszawa” AWF, Olga Bończyk, Agnieszka Mrozińska – Jaszczuk, Edyta Krzemień, Jan Bzdawka, Daria Widawska, Joanna Brodzik, Małgorzata Lipman, Danuta Błażejczyk, Halina Skoczyńska, Irena Santor, Aleksander Mikołajczak, Marzanna Graff, Halina Bednarz, Marlena Miarczyńska, Anna Komorowska, Sylwester Maciejewski, Bogdan Kalus, Wojciech Adamczyk, Klub Komedii, Orkiestra Wojska Polskiego, Sebastian Gawlik, Teresa Lipowska.** Wszystkim im serdecznie dziękujemy.

**Koordynatorka projektu
Marzanna Graff**

Ostatnia szansa, żeby poprzeć akcję „6 miesięcy. Życie czy umierać?”

Zaawansowany rak piersi jest nieuleczalny. Oznacza to, że pacjentki cierpiące na tę postać nowotworu mogą jedynie walczyć o wydłużenie życia oraz poprawę jego jakości. Każdego roku z powodu raka piersi umiera ponad 5 000 chorych. Duża część zupełnie niepotrzebnie – mogłaby żyć dłużej, gdyby nie brak dostępu do innowacyjnych terapii. Niestety problemy tych kobiet są marginalizowane, a ich potrzeby ignorowane.

Jak to jest, kiedy dowiadujemy się, że mamy tylko kilka miesięcy życia? Co przez ten czas chcielibyśmy jeszcze zrobić? Takie pytania stawiają inicjatorzy akcji „6 miesięcy. Życie czy umierać?”, cztery organizacje pacjenek: Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”, Stowarzyszenie Polskie Amazonki Ruch Społeczny, Fundacja Rak’n’Roll oraz Fundacja Onkolo-

giczna Osób Młodych Alivia. Uwrażliwienie społeczeństwa na trudną sytuację kobiet chorujących na zaawansowanego raka piersi to główny cel akcji powstałej w ramach ogólnoeuropejskiej kampanii „Tu i Teraz”.

Inicjatywa „6 miesięcy. Życie czy umierać?” zachęca do zatrzymania się i zastanowienia nad losem kobiet z zaawansowanym rakiem piersi, a także do wyrażenia swojego poparcia dla poprawy losu pacjentek. Swoje głosy można oddać tylko do końca października, na jednej ze stron:

- amazonkifederacja.pl
- ruchspoleczny.org.pl
- raknroll.pl
- alivia.org.pl

Po zakończeniu akcji wszystkie głosy wsparcia zostaną zliczone i złożone na ręce Ministra Zdrowia.



Zachęcamy także do obejrzenia spotu dostępnego na portalu YouTube pod tytułem „6 miesięcy. Życie czy umierać?”.

11 421 kilometrów w 60 minut – ONKOBIEG 2015 za nami

6 września br. odbyła się już ósma edycja ONKOBIEGU. 1 200 uczestników wydarzenia w 60 minut pokonało w sumie 11 421 km na warszawskim Ursynowie. Wszystko po to, aby wesprzeć podopiecznych Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięśaki SARCOMA, które było inicjatorem i głównym pomysłodawcą wydarzenia.

Każdy z uczestników ONKOBIEGU mógł w dowolny sposób i dowolną liczbę razy w ciągu 60 minut pokonać trasę o długości 1350 metrów wokół Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Każdy przebiegnięty kilometr oznaczał dodatkowe środki pieniężne dla podopiecznych Stowarzyszenia SARCOMA – Cieszę, że ONKOBIEG, który jest jednocześnie imprezą sportową i edukacyjną, z roku na rok przyciąga coraz więcej uczestników i kibiców. Dzięki temu wydarzeniu możemy nie tylko aktywnie spędzić niedzielne popołudnie, ale też dowiedzieć się czym są mięsaki, jak je rozpoznać i jak z nimi walczyć. Profesjonalną rozgrzewkę dla uczestników ONKOBIEGU

poprowadził Paweł Nastula – polski judoka, wielokrotny mistrz świata, Europy i Polski, za co mu dziękujemy – komentuje Kamil Dolecki, prezes Zarządu Stowa-

zyszenia Pomocy Chorym na Mięśaki SARCOMA. Pełna relacja z wydarzenia na www.sarcoma.pl



Foto. Fundacja United Way Polska

Bezpłatna konsultacja specjalistów Oncompass w ramach usługi Tumor Board

Oncompass to znany na europejskim rynku serwis, działający dwuetapowo: najpierw koncentruje się na rzetelnym wykonaniu diagnostyki genetycznej, a następnie – przy użyciu narzędzi bioinformatycznych – daje unikalną informację o dostępnych na całym świecie opcjach terapii celowanych skorelowanych z profilem molekularnym danego pacjenta.

Od niedawna przy serwisie Oncompass działa nowa, propacjencka usługa – **Oncompass Molecular Tumor Board** umożliwiająca specjalistyczną konsultację konkretnego przypadku przed komercyjną aplikacją do serwisu. Pozwala to lekarzowi prowadzącemu pacjenta z multidyscyplinarnym zespołem ekspertów z Oncompass Medicine i zade-



ONCOMPASS™
Medicine

cydować, czy i które geny należy poddać badaniu. Dodatkowo Oncompass Molecular Tumor Board przeprowadza obliczenia w kierunku wyboru odpowiedniego panelu diagnostycznego z oferty Oncompass. Dzięki temu pacjent dowiaduje się, czy analiza Oncompass będzie dla niego przydatna i czy warto ją przeprowadzić.

Co warto podkreślić, raz zarejestrowane w bazie danych Oncompass dane pacjenta nie giną. Jeśli pojawią się nowe do-

wody naukowe lub badania kliniczne, które mogą wpłynąć na zmianę strategii leczenia chorego, lekarz prowadzący zostanie o tym niezwłocznie poinformowany.

Z Tumor Board skorzystać mogą lekarze onkolodzy zainteresowani prowadzeniem terapii spersonalizowanych u swoich pacjentów oraz chorzy i ich rodziny, którzy chcą uzyskać informacje o terapiach dostępnych także zagranicą.

Więcej informacji na www.oncompass.pl

GPO obejmuje patronatem medialnym kampanię RAK A ZDROWIE

„Głos Pacjenta Onkologicznego” objął patronatem medialnym kampanię RAK a ZDROWIE realizowaną przez ZOZ Nr 2 w Rzeszowie dotyczącą profilaktyki antynowotworowej w województwie podkarpackim, a w szczególności powiecie rzeszowskim i mieście Rzeszów.

Projekt ten zakłada kilkutorowe działania w obszarze badań mammograficznych i edukacji antyrakowej wśród społeczeństwa lokalnego, m.in.:

- Loterię z nagrodami, której celem jest zachęcenie kobiet w wieku 50–69 lat z terenu województwa podkarpackiego do zgłaszania się na bezpłatne badania mammograficzne w ramach umowy z NFZ
- Edukację następujących grup docelowych: młodzież gimnazjalna i ponadgimnazjalna oraz grono pedagogiczne szkół z powiatu rzeszowskiego, rodzice, dzieci, kobiety, w tym z kół gospodyń wiejskich, personel medyczny.



Więcej informacji na: www.rakazdrowie.pl

Mały duży sukces

Redaktor naczelna „Głosu Pacjenta Onkologicznego”, Aleksandra Rudnicka została laureatką II miejsca ogólnopolskiego konkursu dla dziennikarzy zajmujących się tematyką medyczną, którego rozstrzygnięcie odbyło się podczas V Letniej Akademii Onkologii. Tematem tegorocznego konkursu była diagnostyka molekularna. Uznaniem jury zdobył artykuł laureatki pt. „Przed wszystkim nie mamy armat, czyli diagno-

styka molekularna w polskiej onkologii” (dostępny w „Głosie Pacjenta Onkologicznego” nr 3/2015).

W imieniu Zarządu, Rady oraz pracowników Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych składamy serdeczne gratulacje i życzymy dalszych sukcesów dziennikarskich oraz weny i ostrego pióra.



Wielkopolska Onkologia – chcemy być RAKOOPORNI!

Projekt Wielkopolska Onkologia realizowany przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu łączy działania inwestycyjne z obszarem promocji zdrowia, szkoleń i edukacji w zakresie diagnostyki i terapii chorób nowotworowych. Celem projektu jest umożliwienie pacjentom szybkiego i łatwego dostępu do szerokiej gamy pakietów badań, a także propagowanie zdrowego stylu życia i wpływanie na zwiększenie świadomości w zakresie



profilaktyki nowotworów. Idea projektu opiera się na budowaniu sieci współpracy na rzecz walki z chorobami nowotworowymi pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami, z zaan-

gażowaniem lekarzy rodzinnych w profilaktykę onkologiczną.

Więcej informacji na www.wielkopolskaonkologia.pl

- ◆ nadpłytkowość samoistna
- ◆ mielofibroza
- ◆ zespół hipereozynofilowy i przewlekła białaczka eozynofilowa
- ◆ mastocytoza
- ◆ przewlekła białaczka szpikowa u chorych z translokacją t
- ◆ osteomieloskleroza
- ◆ czerwienica prawdziwa



GRUPA WSPARCIA CHORYCH
NA NOWOTWORY
MIELOPROLIFERACYJNE

Dołącz do nas www.grupawsparciampn.pl

Letnia Akademia Dobrych Praktyk



Tradycyjnie w okresie letnim (27–30 sierpnia) odbyła się kolejna edycja Akademii Dobrych Praktyk PKPO dla liderów organizacji pacjenckich organizowana wspólnie z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki”. Tematem przewodnim warsztatów było zarządzanie organizacją, prowadzenie skutecznej promocji i komunikacji w mediach. Uczestnicy warsztatów mieli okazję skorzystać z wykładów i warsztatów na temat: nowoczesnej profilaktyki nowotworów, Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotwo-

rowych, finansowania organizacji, wsparcia psychologicznego oraz diagnostyki molekularnej. Z dużym zainteresowaniem uczestnicy obejrżeli prezentację prezesa PKPO – Szymona Chrostowskiego o pakiecie onkologicznym, wyrażając poparcie dla zmian w polskiej onkologii, jakie wprowadza pakiet.

Redakcja działu Onko-news:
Beata Ambroziewicz



Ruszył serwis edukacyjny
IMMUNOONKOLOGIA.NET
dla pacjentów i ich bliskich

Znajdziesz tu informacje o immuno-onkologii, dostępnych terapiach, doniesieniach naukowych, a także wywiady i opinie ekspertów oraz bazę organizacji pacjenckich i ośrodków medycznych, gdzie uzyskasz pomoc.



WSZYSTKO NA SPRZEDAŻ

Aleksandra Rudnicka

O tym, że onkologia to wielki przemysł i znakomity interes wiedzą nie tylko firmy farmaceutyczne, ale i agencje reklamowe, które prześcigają się w pomysłach na kampanie wspierające walkę z rakiem. Dobrze, kiedy interes jest wspólny: firmy finansującej kampanię, organizującej ją agencji i chorych. Ważne jest jednak, żeby fundacje, czy stowarzyszenia angażujące się w tego typu przedsięwzięcie pamiętały kogo reprezentują, umiały zakreślić granice nie tylko dobrego smaku, ale i przyszłowiej przyzwoitości, by pamiętały, że nie wszystko jest na sprzedaż.

Nikt nie wnika, jakie korzyści z popularnych na całym świecie marszy *Różowej Wstążki* i sprzedaży gadżetów związanej z akcją *Avon kontra rak piersi*, ma ta znana firma kosmetyczna – poza tym, że jej logo pojawia się na milionach różowych baloników. Mało kogo interesuje, ile zarabiają organizujące te akcje agencje, a ile przypada w końcu w udziale organizacjom pacjentek. Jest kolorowo, radośnie, a przy okazji można sobie zrobić USG piersi. Wszyscy są zadowoleni, nikt nie czuje się wykorzystany. Co innego pewna znana polska firma. Zwróciła się ona do jednego ze stowarzyszeń pacjentów onkologicznych z 25-letnią tradycją, proponując wspólną akcję, z której na rzecz organizacji nie wpłynęłaby żadna darowizna i samo partnerstwo miało być zaszczytem. To już ewidentne żerowanie na dokonaniach stowarzyszenia. Kto tu kogo promuje?

Reklamowe nadużycia

A przecież o nadużycie, nie tylko finansowe tak łatwo przy tego rodzaju projektach. Reklama bowiem „mami i tumani”. Dwa lata temu odwiedziłam przyjaciółkę w szpitalu. Na sąsiednim łóżku leżała dziewczyna o pięknych, długich blond włosach. Kiedy przyszedłam z kolejną wizytą, zobaczyłam na jej głowie zamiast długich włosów krótką fryzurkę. Dziewczyna widząc moje zaciekawienie zmianą jej wizerunku, oznajmiła, że obcięła włosy na perukę dla chorych na raka. Radość i duma, z jaką mi to zakomunikowała, sprawiła, że ugryzłam się w język i powstrzymałam od komentarza. Dłużej jednak gryźć się w język nie zamierzam, bo uważam, że wmawianie dziewczynom i chł-

pakom, iż obcinanie swoich włosów po to, aby zrobić z nich peruki dla chorych na nowotwory ma jakiś sens, jest nadużyciem chęci niesienia pomocy innym. Pacjenci onkologiczni – zarówno panie, jak i panowie – mają refundowane przez NFZ znakomite syntetyczne peruki. Są one łatwe do pielęgnacji, w odróżnieniu od trudnych do wykonania i utrzymania na co dzień peruk z naturalnych włosów. Wie to wiele gwiazd show biznesu, które stać na drogie peruki z naturalnych włosów, ale ze względów praktycznych i higienicznych wybierają syntetyczne, tym bardziej, że wizualnie niczym się nie różnią.

Zanim więc wykonacie ten piękny, ale bez większego pożytku gest, pomyślcie, czy ktoś nie robi Wam wody z mózgu i czy nie lepiej wpłacić nawet niewielką sumę na kupienie drogich leków dla chorego na nowotwór lub pomóc w inny sposób takiej osobie lub jej rodzinie.

Język kampanii

Innym aspektem kampanii reklamowych związanych z rakiem, który budzi wiele kontrowersji jest ich język. Tu dla przykładu przypomnę jeden z najlepszych polskich plakatów ubiegłego stulecia o tematyce zdrowotnej, który *nota bene* warto wznowić, bo nic nie stracił na aktualności. Mysłę o plakacie Andrzeja Pągowskiego z zakresu profilaktyki antynikotynowej z hasłem *Papieros jest do dupy*. Przedstawiał on w jednej wersji mężczyznę, a w drugiej kobietę, którzy zamiast twarzy mieli pupy z tkwiącym w nich dymiącym papierosem. Pomyśl jak na sztukę plakatu przystało prosty i zarazem dający duże pole interpretacji, a przede wszystkim zapadający w pamięć.

Zdają się do niego nawiązywać autorzy akcji propagującej profilaktykę raka prostaty *Zdejmij gacie, palec w dupę. To nie boli*. Niestety nikt nie zbadał, czy to hasło pojawiające się w spocie akcji, któremu daleko to artystycznej finezji plakatu Pągowskiego, miało wpływ na czujność onkologiczną większej liczby odbiorców, niż na przykład kampania Fundacji Jolanty Kwaśniewskiej *O czym każdy duży chłopiec powinien wiedzieć*, czy też kontynuowana przez lata przez Fundację Wygramy Zdrowie akcja *Prostata na lata*,

której organizatorzy prowadzą trudną pracę u podstaw, docierając z wiedzą na temat raka stercza do najmniejszych miejscowości w Polsce.

Wszystkie te kampanie mają jeden cel – chcą skłonić mężczyzn do badań profilaktycznych gruczołu krokowego – ale, aby go zrealizować sięgają po inne środki, inny sposób komunikowania. Od nas zależy, jaki język wybierzemy, której kampanii udzielimy wsparcia, w której weźmiemy udział. Czy chcemy żeby przemawiano do nas za pomocą prymitywnych haseł wygłaszanych przez celebrytów, czy chcemy rzetelnej, przystępnej informacji na temat choroby nowotworowej przekazanej przez lekarzy i zmagających się z nią pacjentów. Czy chcemy być zachęceni do badania przez celebrytę posługującego się dowcipnym (w mniemaniu twórców kampanii) językiem z pornograficznych portali, czy uczestniczyć w projekcie, dzięki któremu możemy dowiedzieć się od specjalistów i pacjentów mających doświadczenie choroby, jak jej zapobiec, jak ją leczyć? Czy chcemy mówić o cycku, czy o piersi? Czy chcemy pokonać raka, czy FAK RAK? Dlaczego z góry zakładamy, że większość naszego społeczeństwa, to osoby prymitywne posługujące się prostackim językiem? Skąd przekonanie, że jest to język młodego pokolenia, że tylko dzięki takiej formie przekazu dotrzemy z problemem do młodych? Czy zależy nam na ilości like'ów na Facebook, wejść na stronę, bo to oznacza wsparcie sponsorów, czy też chodzi nam o to, ilu naprawdę zainteresowanych zajrzy na nasz portal w poszukiwaniu potrzebnych im informacji? Czy chodzi o efektywność czy efekciarstwo takich działań? Czy wreszcie jako społeczeństwo mamy równać kulturowo w dół, czy w górę?

Prawda przekazu, czyli celebryci

O roli celebrytów w kampaniach na temat zdrowia znakomity artykuł napisał dziennikarz „Polityki” Paweł Walewski („Polityka” nr 3008, 05.2015). W odniesieniu do akcji związanych z rakiem trzeba tę rolę rozważać ze szczególnej perspektywy. Oczywiście jest mile widziane i cenione, jeśli znane osoby *pro publico bono* (co jak wiemy nie zawsze ma miejsce i często wiąże się z pokaznymi

sumami) swoim wizerunkiem popierają kampanie antyrakowe. Zwykle ich udział ogranicza się do pokazania się w spocie, na billboardzie czy plakacie akcji, uczestnictwie w spotkaniu i powiedzeniu kilku słów lub uświetnieniu swoją obecnością gali, na której sfotografują się z chętnymi na tle ścianki. Dzieje się to zazwyczaj w świetle fleszy i medialnego szumu. Jednego dnia celebryci propagują walkę z rakiem, a drugiego pastę do zębów lub samochód. *Wsio rawno*, jak mówią Rosjanie, każda okazja jest dobra do zarabiania pieniędzy i przede wszystkim lansowania siebie.

Osoby, które mają za sobą doświadczenie choroby nowotworowej patrzą na te działania z dystansem. Cóż bowiem zostaje w społecznej pamięci po takiej kampanii – twarz celebryty, tylko: *Z jakiej to było reklamy? Pasty do zębów, kremu, a może raka?* Twarz celebryty przesłania problem choroby nowotworowej, zrównuje go ze zwykłymi produktami, a przecież rak to nie taki sam produkt marketingowy, to nie krem przeciwzmarszczkowy.

Jest jednak grupa znanych osób, które projektom dedykowanym walce z rakiem przydają niezwykle cenny walor – autentyczności. Są to osoby publiczne, będące pacjentami onkologicznymi, dla których rak to osobista trauma. Zwykle trudno je namówić do udziału w kampanii, czy choćby wypowiedzi na temat choroby. One nie chcą być znane, cennie z powodu raka, tylko za sprawą swoich dokonań. Rak dla nich, to nie pretekst do robienia kariery, tylko osobiste doświadczenie. Jeśli już decydują się wystąpić w kampanii lub wypowiedzieć się na forum publicznym, robią to z poczucia społecznego obowiązku, by zmienić coś w sytuacji chorych na raka w Polsce, by wesprzeć innych pacjentów. To ich słuchamy z uwagą, a ich słowa pozostają w pamięci, ponieważ są wiarygodnym świadectwem choroby. Wielki szacunek dla takich osób jak pierwszy Ambasador Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Krzysztof Kolberger i aktualnie nas wspierający prof. Jerzy Stuhr, jak Krystyna Kofta, Irena Santor, Jan Kobuszewski, Anna Seniuk, Jacek Żakowski, Krzysztof Krauze, że wspomnę tylko tych. Wielki szacunek dla osób takich jak Kora, która nie pozwoliła zrobić ze swojej choroby wielkiego show. Pokazała, że choć rak stał się częścią Jej życia, można z nim walczyć, pracować, pięknie wyglądać. Dała swoją postawą wsparcie tysiącom pacjentów.

Medialne przepychanki

Kolejnym problem w kształtowaniu przekazu problematyki onkologicznej w przestrzeni publicznej jest zawłaszczanie tematu, medialnych przepychanek – kto jest pierwszy i lepszy, kto ma więcej na sprzedaż. Obecnie prawie wszystkim wypowiadającym się na temat raka wydaje się, że przełamują tabu, że to Oni pierwsi mówią tak otwarcie, tak odważnie na ten temat. Nie wiedzą lub nie pamiętają, że to nie Oni byli tymi pierwszymi i z zupełnie innej perspektywy niż ich poprzednicy podejmują problem choroby nowotworowej.

Osoby, które pierwsze mówiły o swoim raku, publicznie pokazały swoją twarz – jak przeszło dwadzieścia lat temu Amazonka Bożena Krawczyk na łamach „Twojego Stylu” – miały głębokie poczucie misji, chęci niesienia pomocy innym. To nie było parcie na szkło, chęć zaistnienia mediach. Wtedy to naprawdę wymagało odwagi. O raku się nie mówiło tylko szeptem. Chorzy na raka byli wytykani palcem. Być może dlatego dzisiaj liderzy organizacji pacjenckich, korzystając z nie zawsze najlepszych rad agencji PR-owskich, aby zwrócić uwagę na siebie, swoją organizację sięgają po coraz mniej wybredne sposoby działania nastawione na szokowanie społeczeństwa, jakby choroba nowotworowa sama w sobie nie była już wystarczającą traumą. Wtedy rak nie był sprawą komercji, ale potrzeby autentycznego działania, zmiany rzeczywistości, sprawą walki o szacunek dla chorej osoby. Nie wszystko było na sprzedaż.

Choć dziś wiele się zmieniło, to temat raka nadal wymaga przełamania tabu i odwagi. Dla mnie bohaterką, kandydatką na Pacjentkę Roku jest – Hanna Hybicka, która jako pierwsza zdobyła się na pokazanie w mediach swojego worka stomijnego. Ten gest, jak i cała działalność wolontaryjna Hani, przywróciła wielu osobom z wyłonioną stomią chęć do życia. Jej wsparcie psychiczne dla chorych, to najcenniejszy dar, bo wolontariusz-ochotnik, nie przychodzi do pacjenta po to, aby nauczyć go jak zmienić worek stomijny (od tego są pielęgniarki), ale by pokazać, jak z nim żyć nie rezygnując ze sportu czy seksu.

Seks a marketing onkologiczny

Działania marketingowe w onkologii dotykają nawet tak intymnych sfer życia jak seks. Seksualności w chorobie nowotworowej to problem, z którym pacjenci onkologiczni

zmagają się nie od dzisiaj. Chorzy obawiają się, że staną się mniej atrakcyjni seksualnie dla swoich partnerów z powodu utraty integralności ciała czy dysfunkcji niektórych narządów. W powszechnej świadomości krąży mit, jakoby rak był przyczyną rozpadu związków. Nic bardziej mylnego. Przed kilkunastu laty na łamach „Amoena Life” przeprowadziłam rozmowę z Amazonkami o seksualności po mastektomii, wpływu choroby na ich związek. Wszystkie Panie zgodnie oświadczyły, że rak nie ma negatywnego wpływu na jakość związku – przeciwnie w większości przypadków więzi stają się jeszcze silniejsze, chyba że jeszcze przed chorobą relacje między partnerami układały się źle. W mojej pamięci pozostało dramatyczne wyznanie jednej z Amazonek, młodej mężatki, która na pytanie o powrót do życia seksualnego po operacji odpowiedziała – *Na początku nie było mowy o żadnym seksie. Była tylko rozpacz i łzy. Nie mogłam zaakceptować swojego ciała, nie mogłam spojrzeć w lustro, obejrzeć rany. Robił to mój mąż, który w sposób niezwykle delikatny zmieniał mi opatrunki. Pozwalał mi, nam oswoić się z sytuacją.* Dziś ta Pani jako liderka jednego ze stowarzyszeń pomaga innym kobietom w pokonaniu takich problemów.

Kilkanaście lat temu pacjenci nie mogli liczyć na pomoc psychologa, ale jeśli łączyła ich bliskość, potrafili rozmawiać na ten temat, to ich życie seksualne po chorobie zostało odbudowane. Tę potrzebę nawiązania bliskości, wzajemnego zrozumienia, kontaktu i szczerzej rozmowy na temat swoich oczekiwań i potrzeb, jako podstawę powrotu do życia seksualnego po chorobie nowotworowej podkreślał w swojej wypowiedzi dla „Głosu Pacjenta Onkologicznego” nr 5/2013, dedykowanego młodym chorym na raka – seksuolog Tomasz Krasuski.

Organizacje pacjencie wiele robią, aby przywrócić osobom po chorobie nowotworowej poczucie integralności własnego ciała, jego akceptację. Stowarzyszenia Amazonek od wielu lat prowadzą warsztaty kosmetyczne dla pań. SANITAS organizuje co roku z okazji Dnia Kobiet akcję *Piękna w chorobie*. Fundacja Onkocafe przeprowadziła ostatnio w warszawskim szpitalu podobną akcję. Wydarzeniem artystycznym na skalę europejską była wystawa fotografii Katarzyny Piweckiej *The Beauty and The Breast* prezentowana w siedzibie Parlamentu Europejskiego w Brukseli. Wystawa, na którą składały

się zdjęcia kobiet po zbiegach rekonstrukcji piersi, była potem pokazywana w wielu miejscach Polsce. Z fotografii powstał kalendarz planszowy. Od 2. lat Federacja Stowarzyszeń „Amazonki” prowadzi cieszącą się ogromnym zainteresowaniem warsztaty dla par. Uczestniczące w nich osoby podkreślają, że obok możliwość skorzystania z porad profesjonalistów: seksuologa, psychoonkologa i rehabilitanta, bardzo ważne jest dla nich wymiana własnych doświadczeń. W 2014 roku Stowarzyszenie „Amazonki” Warszawa-Centrum zorganizowało konferencję poświęconą życiu seksualnemu kobiet z rakiem piersi. Oprócz profesjonalnych prezentacji specjalistów odbyła się bardzo rzeczowa, otwarta dyskusja, w której poruszono między innymi temat wcześniejszego zabezpieczenia płodności przez osoby chore na nowotwory, aby kobiety z powody raka nie musiały podejmować dramatycznych wyborów – leczenie czy urodzenie dziecka.

Przywołuję te wszystkie fakty, aby uświadomić, że seks to obszar ludzkiego życia, wymagający szczególnej delikatności zwłaszcza wobec chorych i niepełnosprawnych. Niesienie pomocy i wsparcia tej grupie w pokonaniu trudności związanych ze współżyciem seksualnym wymaga dużego doświadczenia, profesjonalizmu i poczucia odpowiedzialności. Odwiedziłam ostatnio stronę *KancerSutra* stworzoną dla pacjentów onkologicznych. Jak piszą autorzy projektu: *Postanowiliśmy przełamać stereotypy związane z seksualnością pacjentów onkologicznym, ich partnerów/partnerek i pokazać, że pomimo choroby wciąż można prowadzić aktywne życie seksualne.* Co takiego nowatorskiego, przełamującego stereotypy na niej znalazłam? Najbardziej rozbudowaną zakładką okazała się ta poświęcona gadżetom erotycznym *Zabawki dla dorosłych* w sposób niezwykle wyczerpujący informująca o rodzajach wibratorów i ich obsłudze. W stosunku do niej nawet zakładka *Sztuka KancerSutry*, (porównaj angielski projekt Isobel Williams Cancer Sutra) – pokazująca znane od dwóch tysięcy lat pozycje *Kama Sutry* – jest uboga, nie mówiąc o pozostałych działach. Łatwo można zrozumieć te proporcje, kiedy pozna się listę partnerów projektu. Czego więc dowiedziałam się z tej strony, o czym bym do tej pory nie wiedziałam – jaka jest cena wibratorów... Czego mi brakuje na tej stronie – rzetelnego poradnika, takiego, jaki można pobrać ze strony

Poradni Psychoonkologii Centrum Onkologii w Warszawie, w którym bez pruderii, fachowo, z medycznego punktu widzenia został omówiony temat życia seksualnego w chorobie nowotworowej. Tego na stronie *KancerSutra* nie znajdziecie. No i jeszcze spoty projektu. Sama jestem zdziwiona, że jak na starą pannę z kotem zdecydowanie bardziej podoba mi się *Akt II* – spontaniczny, dobrze sfilmowany i zagrany, tylko jak ma być tak odważnie i autentycznie, to po co te marne resztki bielizny, w których bohaterowie uprawiają seks. *Akt I* z facetami miętoszącymi niewymyślne gadzety z kobiecymi piersiami (od baloników, poprzez nakładki na kierownię, po poduszki) – niestety żenada. Poetyka spod budki z piwem. Brakuje tylko kubka z piersiami i jego męskiej wersji z penisem, świetne upominki dla Amazonek i Gladiatorów. Takich pomysłów, jako osoba od wielu lat zajmująca się marketingiem, mogłabym podpowiedzieć jeszcze wiele.

Rak, czyli wszystko na sprzedaż

W moich felietonach poruszam trudne społeczne tematy dotyczące raka, które nie są podejmowane na oficjalnych publicznych forach, ale wśród pacjentów onkologicznych są często dyskutowane. Czasem pojawi się jakiś post, kilka słów komentarza na taki temat na Facebooku. Tak jest też w przypadku kampanii związanych z rakiem, które coraz bardziej przypominają reklamy zwykłych produktów marketingowych. Mówimy o tym wiele między sobą.

W Narodowym Programie Zdrowia Publicznego na następnych 5 lat na profilaktykę zdrowia, w tym chorób onkologicznych, są przeznaczone ogromne fundusze zarówno z programów unijnych, jak i budżetu państwa. Po raz pierwszy część tych pieniędzy otrzymają organizacje pacjentów na programy edukacyjne. Jest to duże wyzwanie i odpowiedzialność. Nasze organizacje mają doświadczenie w przeprowadzaniu takich akcji nawet za małe pieniądze, własnymi siłami, przy wsparciu wolontariuszy. Ważne jest jednak, żebyśmy dobierając sobie współrealizatorów takich działań dokonywali niezwykle starannych wyborów. To nie może być pierwsza lepsza agencja reklamowa, czy PR-owska nie mająca doświadczenia w problematyce onkologicznej. Poruszając temat raka trzeba ogromnej wiedzy, lat praktyki i wielkiej pokory. Przed

kilku laty jeden z dolnośląskich szpitali propagując badania profilaktyczne piersi, posłużył się bardzo niefortunnym, seksistowskim hasłem. Długi czas musiał potem pracować, żeby odbudować swoją utraconą markę.

Mam już tyle lat, i tyle lat doświadczeń pracy w reklamie, że nie łatwo jest mnie czymś zgorszyć, ale można zniesmaczyć. Ktoś, kto przeczyta ten artykuł, a zna społeczność organizacji onkologicznych, może nabrać podejrzeń, że przypuściłam atak szturmowy na znaną Fundację. Nic podobnego. Zawsze informowałam w „Głosie” o akcjach tej Fundacji, które uważałam za warte rozpropagowania (np. „Głos Pacjenta Onkologicznego” nr 5/2013 s. 15,16). Z żalem żegnaliśmy na naszych łamach jej założycielkę Magdę Propokowicz. Będziemy pisali o filmie, który nawiązuje do historii życia Magdy *Chemia*. Jest to film, jak podkreślają twórcy – o miłości i raku.

Moim celem nie jest atak na kogokolwiek, tylko propagowanie mówienia o raku i trudnych relacjach partnerskich z nim związanych językiem miłości i szacunku, językiem Sebastiana, męża Amazonki Ani: *Czy kobieta ma jedną pierś czy dwie, czy ma włosy czy ich nie ma, czy jest ogolona na tyso czy ma długie bujne włosy, to tę kobiecość nosi w sobie. Warto o tym mówić, warto do tego przekonywać. Nie wolno uwierzyć, że wizerunek rozneglowanej kobiety, który stworzyły współczesne media to istota kobiecości. Nie – kobieta może mieć ciało całkowicie zakryte i emanować kobiecością* („Głos Pacjenta Onkologicznego” nr5/2013, s.12)

To język, którego nie zastąpią nawet najbardziej wymyślne zabawki. Powinni być tego świadomi liderzy organizacji pacjentów onkologicznych przygotowując swoje projekty; nie gadzety, szokujące hasła, niewiarygodni celebryci, medialny hałas, lecz profesjonalizm, autentyczność, rzetelność przekazu. Musimy tego bezwzględnie przestrzegać, reprezentując chorych na nowotwory. A najważniejszy jest szacunek. Od niego zaczyna się publiczne kreowanie wizerunku raka. Pamiętajcie atmosferę, jaka towarzyszyła chorobie i śmierci Ani Przybylskiej? To się więcej nie powinno zdarzyć.

Jeśli zapomnimy o szacunku, jeśli sami przestaniemy się szanować, wtedy wszystkim od naszych twarzy, po nasz nasz ból i cierpienie będzie na sprzedaż.

JASKÓŁKI NADZIEI

Podaruj sobie i innym odrobinę radości!

Wesprzyj działalność Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
kupując biżuterię z kolekcji **JASKÓŁKI NADZIEI**

LUCKY PEARLS

NOWOŚĆ!



Kolekcji biżuterii JASKÓŁKI NADZIEI poszerzyła się o nową linię **LUCKY PEARLS**.

Są to bransoletki i kolczyki z naszym logo wykonane z pereł hodowlanych, w białym, łososiowym i grafitowym kolorze. Biżuteria z tej linii jest elegancka, a perły wyjątkowe, to bowiem przynoszące szczęście LUCKY PEARLS.

Prezentacja pełnej kolekcji oraz więcej informacji na pkopo.pl

NR KONTA: BANK PKO S.A. 62 1020 1097 0000 7002 0180 2396

Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych



ZARZĄD

Prezes – Szymon Chrostowski
Prezes Fundacji Wygramy Zdrowie

Wiceprezes – Krystyna Wechmann
Prezes Federacji Stowarzyszeń
„Amazonki”

RADA

Przewodniczący – Paweł Moszumański
Założyciel Stowarzyszenia Wspierającego
Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”

Wiceprzewodniczący:

Piotr Fonrobert
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym
na GIST

Ryszard Lisek

Członek Zarządu Głównego Polskiego
Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

Romana Nawara

Prezes Warszawskiego Stowarzyszenia
Amazonki

Krzysztof Żbikowski

Wiceprezes Stowarzyszenia Chorych na
Przewlekłą Białaczkę Szpikową,
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym
na Nowotwory Krwi w Zamościu

**Dołącz do nas na Facebooku: facebook.com/KoalicjaPacjentow
Zapisz się na newsletter dla pacjentów onkologicznych na stronie www.pkopo.pl**

Adres do korespondencji
ul. Piękna 28/34, lok. 53,
00-547 Warszawa
info@pkopo.pl
tel. 22 428 36 31

Redaktor Naczelna
Aleksandra Rudnicka
aleksandria@zigzag.pl
ul. Pełczyńskiego 20a/12, 01-471 Warszawa
tel. 502 071 677

Zastępca Redaktora Naczelnego
Redaktor Działu Onko-news
Beata Ambroziewicz
beata.ambroziewicz@pkopo.pl
tel. 509 478 984

Czytaj „Głos Pacjenta Onkologicznego” na www.pkopo.pl

Indywidualną prenumeratę naszego czasopisma na 2015 rok (6 numerów) można otrzymać wpłacając darowiznę w kwocie 60 zł na konto Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych ze wskazaniem celu – GŁOS PACJENTA ONKOLOGICZNEGO 2015. Osoby, które wpłacą darowiznę na GŁOS proszone są o przesłanie swoich danych na adres mailowy aleksandriarudnicka@gmail.com