



PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

www.pkopo.pl

LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORÓW

NAJNOWSZE METODY, NOWOCZESNE TECHNOLOGIE



fot. Michał Gromada

Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” opowiada swoją 27-letnią historię rekonstrukcji piersi po mastektomii i powrotu do pełnej sprawności.

Chirurgia nowotworów ma długą historię, ale – jak twierdzi prof. Arkadiusz Jeziorski – jest specjalizacją przyszłości, z którą pacjenci wiążą nadzieję na radykalne wyleczenie. Chirurg onkolog jest według dr Andrzeja Cichockiego nadal lekarzem pierwszego kontaktu, od którego chory zaczyna leczenie. Dla profesora Piotra Rutkowskiego chirurg onkolog nie jest tylko „rzemieślnikiem”, ale musi posiadać szeroką wiedzę medyczną, aby sprostać wyzwaniom współczesnej interdyscyplinarnej onkologii. Chirurgia onkologiczna sięga po nowe narzędzia, takie jak „cybernetyczny nóż”, o których pisze prof. Jacek Fijuth. O postępie, jaki dokonał się w chirurgicznym leczeniu nowotworów świadczą choćby operacje raka piersi. Na pytania z nimi związane odpowiada dr Zoran Stojčev, a Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” swoją historią rekonstrukcji piersi zachęca kobiety do podejmowania tego zabiegu podnoszącego jakość życia. W tym numerze zaproszenia na dwie ważne imprezy sportowe z rakiem w tle: dziecięcą ONKO-OLIMPIADĘ i ONKOBIEG. A także: psycholożki ze Stowarzyszenia UNICORN – Iwona Nawara i Marta Banout wyjaśniają, co to jest Terapia Simontowska; Andrzej Piwowarski przedstawia prawa pacjenta onkologicznego do leczenia uzdrowskiego i sanatoryjnego; dr Joanna Czuwara tłumaczy, dlaczego opalanie szkodzi skórze chorych na nowotwory; dr Sybilla Berwid-Wójtowicz radzi, jak chronić się przed wolnymi rodnikami. Poza tym sprawdzamy postęp w leczeniu raka płuca w Polsce oraz piszemy o półmetku kampanii #WczesneWykrycieToŻycie.

SPECJALIZACJA PRZYSZŁOŚCI

prof. Arkadiusz Jeziorski

CHIRURG ONKOLOG NIE JEST TYLKO „RZEMIEŚLNIKIEM”

prof. Piotr Rutkowski

CHIRURG JEST CIĄGLE W ONKOLOGII LEKARZEM PIERWSZEGO KONTAKTU

dr Andrzej Cichocki

CO NOWEGO

W RADIOCHIRURGII W POLSCE

prof. Jacek Fijuth

OPERACJE RAKA PIERSI

prof. Zoran Stojčev

MOJA HISTORIA

Krystyna Wechmann, prezes PKPO

ONKO-OLIMPIADA

Ewa Styś z Fundacji**Spełnionych Marzeń**

CO TO JEST TERAPIA

SIMONTONOWSKA

psycholożki: Iwona Nawara**Marta Banout, Unicorn**

REHABILITACJA I LECZENIE

UZDROWSKOWE

Andrzej Piwowarski**prezes POL-ILKO**

OCHRONA SKÓRY PACJENTA

ONKOLOGICZNEGO PRZED

SŁOŃCEM

dr Joanna Czuwara

R JAK RODNIKI

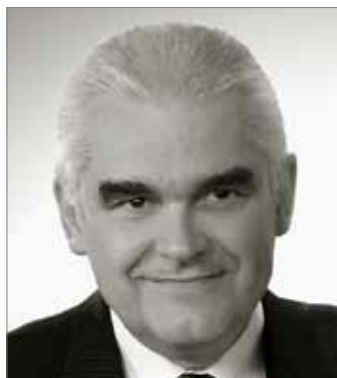
dr Sybilla Berwid-Wójtowicz

POLAK POTRAFI

red. Aleksandra Rudnicka

SPECJALIZACJA PRZYSZŁOŚCI

Dlaczego stawiamy na chirurgię onkologiczną?



Prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski jest Kierownikiem Kliniki Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jako były prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w kadencji 2006–2008, a obecnie Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej zna dogłębnie problemy chirurgii onkologicznej w Polsce. Profesora Jeziorskiego poprosiliśmy o wypowiedź na temat specyfiki tej specjalizacji, konieczności jej rozwoju oraz jej aktualnych problemów.

Chirurgia nowotworów uprawiana jest od starożytności, ale prawdziwy rozkwit tej dziedziny medycyny przypada na początek XX wieku, kiedy wraz z nową metodą leczenia guzów złośliwych – radioterapią – oraz rodzącą się chemioterapią, stała się ona skutecznym orężem w walce z chorobami nowotworowymi. W Polsce chirurgia onkologiczna rozwinęła się wraz z rozwojem onkologii, a stało się to w połowie XX wieku. Kolebką chirurgii onkologicznej był Instytut Onkologii w Warszawie, w którym w 1953 roku profesor Tadeusz Koszarowski zorganizował pierwszy w Polsce oddział chirurgii onkologicznej. Już w 1961 roku chirurgia onkologiczna została w Polsce uznana jako specjalizacja II stopnia, którą chirurg otrzymywał po zrealizowaniu opracowanego programu nauczania. Aktualnie obowiązuje program specjalizacji opracowany w 2013 roku przez zespół ekspertów reprezentujących różne dziedziny onkologii. Jednocześnie w Towarzystwie Chirurgów Polskich w 1984 roku, z inicjatywy profesora Andrzeja Kułakowskiego, powstała Sekcja Chirurgii Onkologicznej TChP, przekształcona w 1994 roku w Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej.

Z badań epidemiologicznych wynika, że w Polsce co roku notuje się około 155–160 tysięcy zachorowań na nowotwory, a choroby te odpowiadają za około 92 tysiące zgonów. U mężczyzn nowotwory złośliwe stanowią 26% zgonów ogółem, u kobiet odsetek wynosi 23%. **Należy liczyć się z dalszą rosnącą liczbą zachorowań i zgonów głównie z powodu wydłużenia**

przeciętnego czasu życia (czynnik demograficzny). U około 80% wszystkich pacjentów będzie konieczne leczenie operacyjne.

Aktualnie w Polsce jest około 90 oddziałów chirurgii onkologicznej, mających swoje siedziby w szpitalach uniwersyteckich i instytutach naukowo-badawczych oraz w szpitalach wojewódzkich i powiatowych. **Według Centralnego Rejestru Lekarzy liczba chirurgów ze specjalizacją onkologiczną nie przekracza 800. Każdego roku egzamin specjalizacyjny z chirurgii onkologicznej przed państwową komisją egzaminacyjną zdaje 40–50 chirurgów.**

WYBRANE PROBLEMY CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ W POLSCE

1. Niedoszacowanie kosztów procedur

Większość procedur z zakresu chirurgii onkologicznej jest niedoszacowana, co skutkuje tym, że oddziały chirurgiczne, leczące chorych na nowotwór, przynoszą szpitalom ekonomiczne straty. W efekcie, im bardziej rozległe operacje wykonujemy, im więcej sprzętu jednorazowego zużywamy, tym większe straty dla szpitali generujemy. To doprowadza do niepokojącego zjawiska ograniczania się niektórych szpitali do wykonywania procedur „ekonomicznie opłacalnych”, co w konsekwencji pogarsza jakość i skuteczność specjalistycznego leczenia onkologicznego. **Należy jak najszybciej podjąć trud weryfikacji obecnych wycen procedur, zwłaszcza w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych.**

2. Niewłaściwa organizacja pracy

Realizacja podstawowej powinności chirurga onkologa, czyli specjalistyczna opie-

ka nad operowanym z powodu nowotworu chorym, wydaje się być utrudniona w obecnym systemie służby zdrowia. Obciążanie chirurga pracą administracyjną jest powodem znacznego zmniejszenia jego podstawowej aktywności zawodowej, do której został powołany i przygotowany. W sytuacji coraz bardziej ograniczonej liczby lekarzy w Polsce, tym bardziej niezasadne wydaje się trwonienie przez nich czasu na czynności czysto administracyjne niezwiązane z diagnostyką i leczeniem. **Konieczna jest zatem reforma organizacji pracy chirurga, w tym reforma struktur oddziałów chirurgicznych, polegająca na odciążeniu chirurga od spraw niezwiązanych z leczeniem chorych na nowotwór. Należy także dokonać istotnych zmian w pakiecie onkologicznym, którego dobre założenia merytoryczne są zniekształcane przez trudne do zaakceptowania przez chirurgów rozwiązania w sferze organizacyjnej.**

3. Ograniczenia systemowe

W Polsce jedne z podstawowych wskaźników limitujących leczenie w chirurgii onkologicznej to: po pierwsze – zdecydowanie zbyt mała liczba patomorfologów oraz po drugie – rozdrobnienie ośrodków nominalnie posiadających możliwość chirurgicznego leczenia nowotworów, aż kilkaset (!) ośrodków ma kontrakty na leczenie chirurgiczne chorych na nowotwór mimo braku potrzebnej liczby specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej. Wydaje się, że ograniczenie liczby ośrodków powołanych do leczenia operacyjnego chorych na nowotwory pozwoli na koncentrację środków finansowych i jednocześnie przyczyni się w długoterminowej perspektywie do poprawy ogólnych wyników leczenia.

PROPONOWANE DZIAŁANIA W ZAKRESIE POPRAWY WYNIKÓW LECZENIA

1. Działania w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów

Należy poprawić system edukacji prozdrowotnej na każdym szczeblu, począwszy od edukacji dzieci i młodzieży. Należy zwiększyć nakłady płynące z budżetu państwa na profilaktykę wtórną, czyli ogólnokrajowe programy badań przesiewowych w raku piersi, raku jelita grubego oraz raku szyjki macicy. Wobec nadal niezadowalających wyników leczenia chorych na raka żołądka, należy pilnie wprowadzić system badań przesiewowych w tym nowotworze w oparciu o badanie endoskopowe. Należy także wzmocnić działania w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej w czerniaku i innych nowotworach złośliwych skóry, i w tym celu współdziałać z organizacjami pozarządowymi.

2. Działania w zakresie szkoleń

Należy poprawić i udoskonalić system szkoleń chirurgicznych, prowadzonych w referencyjnych ośrodkach specjalistycznych w Polsce i zagranicą. Trzeba zwiększyć nakłady z budżetu państwa na szkolenia w „deficytowych” specjalizacjach, m.in. w zakresie chirurgii onkologicznej, korzystając z właściwych wzorców czołowych ośrodków europejskich.

3. Standardy

Należy niezwłocznie wprowadzić zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii Onkologicznej i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz wpisać je do Biuletynu Ministra Zdrowia jako obowiązujące kanony w diagnostyce i leczeniu chorych na nowotwór. Zalecenia te zostały kompleksowo opracowane przez zespół ekspertów w dziedzinie chirurgii onkologicznej, zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia i przesłane do dalszej oceny do AOTMiT-u.

4. Kontrola jakości świadczeń

Wdrożenie w życie jednolitych zasad postępowania diagnostyczno-leczniczego powinno stać się podstawą opracowania wskaźników monitorowania jakości tego postępowania, które powinny być rutynowym elementem systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Pożądane jest stworzenie systemu monitorowania jakości i szczebli referencyjności w oparciu o przedstawione kryteria dla wszystkich jednostek realizują-

cych świadczenia onkologiczne ze środków publicznych. Ocena jakości powinna dotyczyć całego systemu opieki onkologicznej.

Należy wprowadzić konieczność raportowania usług z zakresu chirurgii onkologicznej i skorelować jakość wykonywanych usług z wysokością kontraktu lub odmową przyznania kontraktu na usługi wykonywane niezgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego. Ocena jakości wykonywanych świadczeń medycznych powinna być warunkiem ogólnokrajowej atestacji oddziałów chirurgicznych, starających się o uzyskanie w nazwie członu „onkologiczna”.

5. Referencyjność ośrodków udzielających świadczeń w zakresie skojarzonego leczenia chorych na nowotwór.

Należy wprowadzić referencyjność ośrodków w zakresie leczenia niektórych nowotworów uwzględniając możliwości wielodyscyplinarnego leczenia. Dla przykładu, leczenie kobiet z rakiem piersi powinno odbywać się w zorganizowanych ośrodkach typu *Breast Unit*, chorych z rakiem żołądka – *Gastric Cancer Unit*, a chorych na raka odbytnicy – *Rectal Cancer Unit*. Referencyjność leczenia powinna obejmować takie nowotwory jak: nowotwory piersi, przełyku, żołądka, wątroby i trzustki, jelita grubego (w tym odbytnicy), skóry (z czerniakiem) i mięsaków tkanek miękkich i kości, nowotworów regionu głowy i szyi, nowotworów narządu rodowego, nowotworów układu moczowo-płciowego. Akredytacja takich ośrodków powinna opierać się na ich możliwościach określonych w rekomendacjach merytorycznych i organizacyjnych Konsultanta Krajowego. Dzięki tym działaniom unikniemy dowolności interpretacyjnych w zakresie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych operowanych z powodu nowotworu. Liczba tych specjalistycznych ośrodków w początkowym okresie nie może być duża, limitowana jest liczbą specjalistów w nich pracujących.

W większości wysoko rozwiniętych krajów, jak np. Holandia czy Francja, świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej są koncentrowane wyłącznie w dużych ośrodkach i bardzo ściśle monitorowane pod względem jakości leczenia i zgodności postępowania z odpowiednimi rekomendacjami. Z oczywistych powodów taki sposób organizacji opieki onkologicznej przynosi oszczędności finansowe i lepsze wyniki leczenia. Stąd sieć szpitali onko-

logicznych ma sens, a specjalizacja z chirurgii onkologicznej ma głęboki sens. Chirurg onkolog jest wyedukowanym specjalistą w zakresie leczenia skojarzonego nowotworów, który ma umiejętność zindywidualizowania terapii wraz z innymi specjalistami w zakresie leczenia nowotworów – onkologami klinicznymi i radioterapeutami.

Niektórzy polscy specjaliści proponują wprowadzenie pojęcia „chirurgii narządowej”. Chwilowo takiego pojęcia w polskiej chirurgii nie ma, ale zakładając, że pojęcie „chirurg narządowy” oznacza chirurga, który zajmuje się chirurgią jednego narządu, trzeba przyznać, że jako podspecjalizacja lub umiejętność, osiągnięta na pewnym etapie kształcenia w chirurgii, taka idea ma uzasadnienie, uwzględniając kolejność: najpierw gruntowne ogólne szkolenie w chirurgii i osiągnięcie specjalizacji, potem szkolenie specjalistyczne w chirurgii onkologicznej uwieńczony uzyskaniem specjalizacji w tej dziedzinie, a dopiero w następnym etapie można mówić o warunkach do rozpoczęcia szkolenia w chirurgii narządowej w zakresie określanym w krajowych przepisach jako „umiejętność medyczna”. Nie wyobrażam sobie chirurga zajmującego się leczeniem choroby nowotworowej bez znajomości zasad leczenia skojarzonego, podstaw radioterapii czy leczenia ukierunkowanego molekularnie, oraz bez znajomości postępowania chirurgicznego z regionalnymi węzłami chłonnymi, a tego właśnie uczymy w czasie wieloletniego szkolenia w chirurgii onkologicznej.

PODSUMOWANIE

W oddziałach chirurgii onkologicznej w Polsce wykonywanych jest rocznie około 95–100 tysięcy operacji z powodu nowotworu, w tym około 60% w znieczuleniu ogólnym, a około 40% w znieczuleniu miejscowym lub przewodowym. W około 75% przypadków operacje te wykonywane są z powodu nowotworów złośliwych. Właściwa opieka nad tak dużą liczbą chorych wymaga posiadania specjalistycznej wiedzy chirurgicznej i onkologicznej, a także umiejętności pracy w wielospecjalistycznym zespole prowadzących nowoczesne leczenie przeciwnowotworowe. Te kwalifikacje bez wątpienia zapewnia specjalizacja o nazwie chirurgia onkologiczna.

Chirurg onkolog nie jest tylko „rzemieślnikiem”



Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski jest wiceprzewodniczącym Rady Naukowej Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, członkiem Krajowej Rady Onkologii, sekretarzem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz past-przewodniczącym Membership Committee EORTC, jak również byłym członkiem Rady Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Z prof. Piotrem Rutkowskim rozmawiamy o specyfice chirurgii onkologicznej i o perspektywach jej rozwoju w Polsce.

Panie Profesorze, historycznie rzecz biorąc, chirurgia do XX wieku była jedyną metodą leczenia pacjentów z nowotworami. Jaki jest obecnie procentowy udział leczenia chirurgicznego w terapii pacjentów onkologicznych?

Nadal ponad 90% nowotworów litych może być wyleczonych jedynie przy zastosowaniu leczenia chirurgicznego jako podstawowego elementu terapii, ale coraz częściej leczenie to przyjmuje postać leczenia skojarzonego, tzn. zastosowania u jednego chorego wielu metod dla poprawy wyników leczenia, np. chemioterapii lub radioterapii.

Dla jakiej części z tych chorych zabieg chirurgiczny jest leczeniem radykalnym, od czego to zależy?

Podstawowym założeniem operacji radykalnych w onkologii jest usunięcie wszystkich tkanek nowotworowych. Leczenie radykalne dotyczy sytuacji, kiedy nowotwór ma wczesny, czyli miejscowy charakter zaawansowania lub charakter regionalny, czyli zajęte przez przerzuty nowotworowe są tylko węzły chłonne w najbliższym otoczeniu chorego narządu.

Chirurgia onkologiczna to bardzo szeroka dziedzina, dotycząca wielu narządów i nowotworów, czy można powiedzieć, że posiada ona swoją specyfikę? Co odróżnia pracę chirurga onkologa od, np. kardiochirurga?

Chirurg onkolog powinien nie tylko znać i stosować różnorakie metody leczenia chirurgicznego (w tym rekonstrukcyjnego), ale musi także umieć zaplanować leczenie

skojarzone u chorego, z zachowaniem sekwencji prowadzącej do optymalnej korzyści klinicznej. Chirurg onkolog musi znać podstawy teoretyczne i praktyczne dotyczące sposobów i metod rekonstrukcji tkanek, czyli podstawy chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, jak również coraz częściej stosowanych w chirurgii onkologicznej technik minimalnie inwazyjnych. Musi także poznać zasady rehabilitacji chorych po rozległych operacjach onkologicznych oraz prowadzenia badań kontrolnych po leczeniu. W chirurgii ogólnej najważniejszą sprawą jest podjęcie decyzji o rodzaju zabiegu; w chirurgii onkologicznej często trzeba podejmować decyzję znacznie trudniejszą – decyzję o zaniechaniu operacji lub jej odroczeniu na rzecz zastosowania leczenia przedoperacyjnego radioterapią lub leczeniem systemowym. Chirurg onkolog posługuje się standardami, czyli wytycznymi postępowania dla chirurga, które zapobiegają dowolności interpretowania w przypadku pojawienia się trudnych problemów. Co więcej, chirurg onkolog musi znać podstawy leczenia systemowego, czy zastosowania radioterapii i umieć współpracować z lekarzami innych specjalności dla osiągnięcia jak największych korzyści dla chorego (konsylia wielospecjalistyczne).

Wskazane jest, aby chirurg, operujący chorego na nowotwór, miał odpowiednie przygotowanie, kwalifikacje i doświadczenie. Przede wszystkim jednak chirurg onkolog powinien być krytyczny w stosunku do własnych umiejętności i prawidłowo oceniać możliwości i przygotowanie swoje i ośrodka, w którym pracuje do leczenia

chorych na nowotwory. Dobrze przeprowadzona operacja jest pierwszym etapem na długiej drodze, prowadzącej do wyleczenia chorego. Operacja przeprowadzona źle, drogę tę zamyka. Chirurgia onkologiczna powinna być prowadzona w warunkach ścisłej kontroli jakości, gdyż ma to bezpośredni wpływ na wyniki leczenia skojarzonego chorego na nowotwór, nawroty miejscowe i przeżycia chorych. Należy wprowadzić konieczność raportowania usług z zakresu chirurgii onkologicznej i skorelować jakość wykonywanych zabiegów z wysokością kontraktu lub rezygnacją z przyznaniem kontraktu na usługi wykonywane niezgodnie z zaleceniami konsultanta krajowego. Ocena jakości wykonywanych świadczeń medycznych powinna być warunkiem atestacji oddziałów chirurgicznych, starających się o uzyskanie w nazwie członu „onkologiczna”. W obecnej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za usługi medyczne niezależnie od ich wyników, a wskaźniki przeżyć czy powikłań terapii w onkologii, to podstawowe czynniki określające skuteczność leczenia i diagnostyki. Wyrazem potrzeb społecznych jest też fakt, że chirurgia onkologiczna stała się podstawową specjalizacją medyczną. Specjalizacja taka istnieje, np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie już dawno uznaje się, że chirurg onkolog nie jest tylko „rzemieślnikiem”, ale wyedukowanym specjalistą w zakresie leczenia skojarzonego nowotworów, który ma umiejętność zindywidualizowania terapii wraz z innymi specjalistami w zakresie leczenia nowotworów – onkologami klinicznymi i radioterapeutami.

Przez wiele lat operacje nowotworów, w większości były zabiegami bardzo rozległymi, okaleczającymi pacjenta. Jakie obecnie metody są stosowane w chirurgii onkologicznej?

Wraz z rozwojem wiedzy i postępu technicznego coraz lepiej możemy zindywiduować leczenie dla danego chorego i typu nowotworu. W części nowotworów stosujemy operacje oszczędzające narząd (np. w chirurgii raka piersi), minimalnie inwazyjne (np. biopsja węzła wartowniczego czy laparoscopia). W chirurgii onkologicznej są stosowane również specjalne techniki, jak krioterapia. Jest to zabieg polegający na niszczeniu tkanek nowotworowych przy użyciu niskich temperatur. Technikę tę stosuje się w niektórych nowotworach skóry. Inna metoda to laseroterapia, w której światło lasera używane jest do niszczenia tkanki nowotworowej. Technika ta wykorzystywana jest, np. przy udrażnianiu przełyku jako operacja paliatywna. Z kolei termoablacja to technika niszczenia tkanki nowotworowej w wyniku działania ciepła, wywołanego przepływem prądu o wysokiej częstotliwości. Zabieg termoablacji polega na umieszczeniu w centralnej części guza elektrody emitującej fale elektromagnetyczne, powodującej wzrost temperatury wokół końcówki elektrody. W temperaturze powyżej 50°C komórki nowotworowe giną. Głównym wskazaniem do zastosowania termoablacji są nieoperacyjne przerzuty do wątroby. Zabieg izolowanej perfuzji kończynowej realizowany jest drogą operacji naczyniowej w połączeniu z regionalną chemioterapią, stosowaną w mięsach tkanek miękkich i czerniaku skóry.

Techniki operacyjne są więc mniej agresywne i znacznie bardziej precyzyjne, a przez to mniej okaleczające pacjenta (np. noże plazmowe czy cybernetyczne) niż jeszcze dwadzieścia lat temu.

W ostatnich dziesięcioleciach do chirurgii wkracza robotyzacja, czy jest też wykorzystywana w onkologii?

Chirurgia robotowa ma swoje ustalone miejsce zwłaszcza w leczeniu operacyjnym raka gruczołu krokowego i generalnie nowotworów układu moczowo-płciowego. W przypadku innych nowotworów wydaje się, że w Polsce istnieje raczej konieczność szerszego wdrożenia technik laparoskopowych o podobnej efektywności, a znacznie

tańszych i wciąż w Polsce zbyt rzadko stosowanych.

A protonoterapia czy CyberKnife, jakie są wskazania do stosowania tych metod w onkologii?

Protonoterapia jest jedną z metod radioterapii, która jak dotąd tylko w nielicznych wskazaniach wykazuje przewagę w stosunku do współczesnej radioterapii 3D. Dotyczy to głównie nowotworów wieku dziecięcego i o lokalizacji osiowej w obrębie struktur kręgosłupa, podstawy czaszki, twarzoczaszki, ze względu na skomplikowane stosunki anatomiczne i konieczność niezwykle precyzyjnego oszczędzania narządów krytycznych. Jest dostępna w Polsce i refundowana w Krakowie.

Cyberknife czy radiochirurgia stereotaktyczna służą głównie niszczeniu zmian przerzutowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego i niektórych narządów, jak np. płuc.

W chirurgii trening czyni mistrza, wyszkolenie lekarza tej specjalności to lata praktyki i setki wykonanych operacji, czy w Polsce mamy możliwości kształcenia chirurgów onkologów i zatrzymania ich w kraju?

Należy poprawić i udoskonalić system szkoleń chirurgicznych, prowadzonych w referencyjnych ośrodkach specjalistycznych w Polsce i zagranicą. Zwiększyć nakłady z budżetu państwa na szkolenia w „deficytowych” subspecializacjach w zakresie chirurgii onkologicznej, korzystając z właściwych wzorców czołowych ośrodków europejskich. Obciążanie chirurga pracą administracyjną jest powodem zmniejszenia jego aktywności zawodowej, do której został powołany. Konieczna jest zatem reforma organizacji pracy chirurga, w tym reforma struktur oddziałów chirurgicznych z dominującą rolą sekretarek medycznych, odciążających chirurga od spraw niezwiązanych z leczeniem chorych na nowotwór. Musimy sobie zdawać sprawę, że w krajach UE, które wydają na opiekę zdrowotną mniej niż 2 tys. dolarów na mieszkańca na rok, takich jak Rumunia, Węgry czy Polska w ciągu roku umiera ok. 60% osób, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy. Dla porównania w krajach, które przeznaczają na ten cel od 2,5 do 3,5 tys. dolarów, jak Portugalia, Hiszpania

i Wielka Brytania odsetek zgonów wynosi od 40 do 50%, a w krajach, których nakłady na służbę zdrowia wynoszą 4 tys. dolarów lub więcej, jak Francja, Niemcy, Belgia jest on niższy niż 40%. Polska zajęła jedno z ostatnich miejsc pod względem nakładów na ochronę zdrowia na mieszkańca na rok, a wskaźniki te dla nakładów na onkologię są jeszcze niższe.

W przypadku chorych na nowotwory ogromne znaczenie ma rehabilitacja. Czy możemy ją zapewnić polskim pacjentom?

Należy zwrócić większą uwagę na niedoceniany w naszym kraju problem przywracania sprawności psychofizycznej utraconej w wyniku choroby nowotworowej. Każdy lekarz zajmujący się terapią w onkologii powinien uwzględnić w planowaniu leczenia rehabilitację, a współpraca naszych pacjentów i ich rodzin w tym zakresie jest kluczowa w procesie właściwego leczenia oraz powrotu do pełnego życia społecznego po jego zakończeniu. Istotnym elementem jest obalenie mitów wokół fizykoterapii, rehabilitacji i korzystania chorych na nowotwory z rehabilitacji uzdrowiskowej. Zabiegi takie odmawiane często chorym w trakcie lub po leczeniu onkologicznym są niezbędne, np. w celu przeciwdziałania czy leczenia obrzęku chłonnego po operacjach w obrębie grup węzłów chłonnych lub związanych z zastosowaniem radioterapii. Nie ma również racjonalnych, popartych dowodami naukowymi przesłanek związanych z obawami przed możliwością korzystania z opieki uzdrowiskowej po leczeniu nowotworu. Tak naprawdę każdy oddział prowadzący leczenie onkologiczne powinien zapewniać rehabilitację chorym na nowotwory.

Co w tej chwili jest największym problemem polskiej chirurgii onkologicznej, co należałoby zmienić?

Niezbędne jest wprowadzenie zasad referencyjności wraz z kontrolą jakości i dostępności do publicznej informacji wyników leczenia w danej jednostce. Istniejące dowody naukowe wskazują na kilka rodzajów nowotworów, gdzie referencyjność przyczynia się do poprawy wyników leczenia. Referencyjność oznacza diagnostykę i leczenie w wyspecjalizowanych ośrodkach, gdzie istnieje grono lekarzy

różnych specjalności doświadczonych w leczeniu danych chorób, którzy są w stanie ustalić i wykonać optymalny plan leczenia dla chorego. Działanie takie, w związku z poprawą przeżyć, przekłada się również na zmniejszenie ogólnych kosztów leczenia, gdyż chory jest od początku leczony właściwie. Jak wiadomo, leczenie nowotworów w przypadku przerzutów jest najkosztowniejsze, a jednocześnie z reguły nie prowadzi do trwałego wyleczenia chorego, w związku z tym skuteczniejsze leczenie miejscowe ostatecznie zmniejsza koszty terapii. Dotyczy to głównie raka przełyku, trzustki, raka odbytnicy, mięsaków, gdzie skojarzenie operacji z zastosowaniem radioterapii przedoperacyjnej zmniejsza ryzyko wznowy nowotworu o połowę. Dotyczy to także leczenia radykalnego z zastosowaniem biopsji węzła wartowniczego w czerniakach skóry i rakach piersi (mniej jest również amputacji piersi). Z drugiej strony takie właściwe leczenie w wyspecjalizowanym ośrodku jest *a priori* kosztowniejsze, ale w ostatecznym rozliczeniu i po uwzględnieniu wszystkich kosztów terapii, w tym pośrednich – jest tańsze. Powinno to być uwzględnione w wycenie procedur NFZ. W chwili obecnej większość procedur diagnostyki i leczenia lokoregionalnego w nowotworach jest wycenione przez NFZ poniżej ich kosztów, co generuje olbrzymie straty ośrodków onkologicznych. Dla przykładu w leczeniu mięsaków tkanek miękkich w prowadzonej przeze mnie Klinice żadna z procedur finansowanych przez NFZ nie pokrywa rzeczywistego kosztu leczenia, a ich wycena jest mniej więcej 5–8 razy mniejsza niż, np. w Niemczech i 2–3 razy mniejsza niż w Czechach.

Kolejnym podstawowym wskaźnikiem limitującym skuteczne leczenie onkologiczne w Polsce jest liczba specjalistów patomorfologii, chirurgii onkologicznej, radioterapii i onkologii klinicznej – jest ona zbyt mała. Prawdą jest, że wprowadzone kilka lat temu przenoszenie onkologii „pod strzechy” wiązało się z marnotrawieniem sprzętu i coraz gorszą jakością leczenia. Dla przykładu w Holandii czy Francji leczenie części nowotworów skoncentrowano tylko w kilku ośrodkach. W tym także czerniaki, żeby dostęp do wysoko specjalistycznego leczenia (w tym wysokokosztowych leków) był w siedmiu czy dziesięciu ośrodkach, a nie, np. w 60. W przypadku nowotworów

wymagających leczenia skojarzonego albo skomplikowanych procedur zabiegowych, np. rak trzustki, rak przełyku, mięsaki, rak odbytnicy, koncentracja chorych jest niezbędna. W przypadku prostych nowotworów, np. raków skóry, oczywiście takiego wymogu nie ma. Powtórzę, że onkologia powiatowa ma tylko sens w zakresie leczenia podstawowego. Jeżeli nie ma innych opcji, np. badania klinicznego czy wysokospecjalistycznego programu lekowego, to chory powinien mieć bliżej dostęp do podstawowej chemioterapii czy chemioterapii uzupełniającej. I to powinna być sieć współpracująca. Do tego właśnie potrzebne są poziomy referencyjności. Obecnie wszystko jest robione wszędzie. I jest to jedna ze złych rzeczy, które dzieją się w ochronie zdrowia, ponieważ marnotrawione są pieniądze. Jeżeli notorycznie badania histopatologiczne są źle zrobione, to co z tego, że pacjent ma rozpoznanie, skoro jest ono złe. 40% rozpoznań u pacjentów, którzy trafiają do Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie można wyrzucić do kosza. Prosty przykład: wynik histopatologiczny z *outsourcingu* brzmi – podejrzenie danego nowotworu (bez żadnej konkluzji), konieczne badania w ośrodku wysokospecjalistycznym. Przecież to badanie zostało już zapłacone, a trzeba wykonać je jeszcze raz.

Czy wzmocnienie sieci szpitali onkologicznych i powołanie Narodowego Instytutu Onkologii będzie miało wpływ na wprowadzenie standardów leczenia chirurgicznego w onkologii?

Polska onkologia jest obecnie w chaosie organizacyjnym. Szpitale zajmujące się leczeniem chorób onkologicznych są rozproszone. Wszystko rozbija się o referencyjność, kompleksowość i koordynację. Jeżeli mówimy o onkologii paliatywnej, chemioterapii i ewentualnie podstawowych procedurach chirurgicznych, to tak, onkologia powiatowa jak najbardziej ma sens. Jeżeli jednak rozmawiamy o leczeniu kompleksowym, wysokospecjalistycznym, to na poziomie powiatu nie ma to większego sensu. W większości wysoko rozwiniętych krajów, jak np. Holandia czy Francja takie świadczenia są skoncentrowane. Z oczywistych powodów – tego typu organizacja onkologii przynosi oszczędności i lepsze wyniki leczenia. Stąd sieć szpitali onkolo-

gicznych i powołanie Narodowego Instytutu Onkologii jako ośrodka koordynującego ma sens. Pozwoli to również na postęp naukowy w polskiej onkologii i zwiększenie dostępności badań klinicznych dla naszych chorych. Narodowy Instytut Onkologii powinien zajmować pozycję węzłową, jako szpital najwyższego poziomu zabezpieczenia w kategorii specjalistycznej szpitali onkologicznych oraz realizować misję opracowywania i wdrażania optymalnych metod prewencji i zwalczania chorób nowotworowych.

Do zasadniczych zadań NIO powinno należeć:

1. inicjowanie, koordynowanie i realizowanie programów prewencyjnych i przesiewowych (obecnie w ramach umów z MZ),
2. koordynowanie tworzenia wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego dla MZ,
3. inicjowanie i prowadzenie w ramach Sieci badań populacyjnych,
4. monitorowanie efektów interwencji, jakości opieki i zastosowania standardów,
5. organizowanie konkursów na prowadzenie akademickich (niekomercyjnych) badań klinicznych (np. przez prowadzenie Krajowego Centrum Badań Klinicznych w Onkologii) oraz badań populacyjnych, i tym samym – ich finansowanie ze środków przekazanych z budżetu centralnego na ten cel,
6. prowadzenie i rozwijanie Krajowego Rejestru Nowotworów w powiązaniu z innymi systemami informatycznymi (kontynuacja obecnego zadania, ale z przypisanym finansowaniem odpowiadającym rzeczywistym potrzebom)
7. we współpracy z Konferencją Rektorów Uczelni Medycznych, Narodowy Instytut Onkologii współuczestniczyłby w tworzeniu programów szkolenia przeddyplomowego w zakresie onkologii
8. we współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz przewodniczącymi towarzystw onkologicznych i konsultantami krajowymi – programów szkolenia podyplomowego i specjalizacji oraz standardów postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii.

W celu uzyskania najwyższej skuteczności i jakości leczenia w skali kraju, niezbędne jest utworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej. Szpitale włączone do sieci byłyby zobligowane do realizacji kompleksowych świadczeń według ściśle określonych standardów oraz do koordynacji opieki w regionie. Działania krajowe Sieci byłyby koordynowane przez NIO, natomiast szpitale Sieci byłyby odpowiedzialne za koordynację opieki onkologicznej w swoich regionach poprzez ścisłą współpracę z jednostkami o niższym stopniu referencyjności.

Elementem scalającym system byłoby wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego Sieci onkologicznej wspierającego realizację zadań NIO oraz Sieci. Ustanowienie Narodowego Instytutu Onkologii w powiązaniu z Krajową Siecią Onkologiczną spowoduje wzrost efektywności prewencji nowotworów, wczesnej diagnostyki oraz jakości leczenia w skali kraju oraz społeczności lokalnych dzięki standaryzacji i koordynacji procedur wysokospecjalistycznych oraz monitorowaniu ich jakości. W konsekwencji umożliwi to odwrócenie niekorzystnych trendów epi-

demiologicznych w Polsce i obniżenie społecznych kosztów obciążenia chorobami nowotworowymi. Trzeba bowiem zdawać sobie sprawę, że nowotwory są chorobami przewlekłymi o największym obciążeniu i odpowiadają za 17,5% całościowego obciążenia chorobami w Polsce. Tymczasem w Polsce koszty pośrednie stanowią aż 64% całościowych kosztów ekonomicznych nowotworów.

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi na pytania.

**Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka**



Chirurg jest ciągle w onkologii lekarzem pierwszego kontaktu

Z doktorem Andrzejem Cichockim ordynatorem Oddziału Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, przy ul. Wawelskiej rozmawiamy o zabiegach układu pokarmowego i postępie, jaki dokonał się w tym zakresie.

Panie doktorze, jakiego typu guzy nowotworowe powstają najczęściej w obszarze przewodu pokarmowego i jakie jest postępowanie wobec tych zmian?

Bardziej właściwą nazwą jest układ pokarmowy, chociaż jest to tożsame określenie. Najczęstszym nowotworem układu pokarmowego jest rak okrężnicy i rak odbytnicy. Nieco rzadziej występującym jest rak trzustki, ale niestety jest to nowotwór, który niepokojąco szybko pnie się w górę, jako jedna z głównych przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych. Najstarszą, ale wciąż najskuteczniejszą metodą leczenia nowotworów, także raków układu pokarmowego jest chirurgia. Po pierwsze – to chirurg jest ciągle w onkologii lekarzem pierwszego kontaktu, a po drugie – chirurgia mimo wszystko, nadal daje najlepsze efekty leczenia, chociaż oczywiście jest tylko elementem kompleksowego leczenia, w którym biorą udział także radioterapeuci, onkolodzy kliniczni, diagnosty i coraz częściej genetycy.

Zabiegiem związanym z nowotworem jelita grubego, którego najbardziej obawiają się pacjenci – choć ratuje on życie – jest wyłonienie stomii. Czy w tym zakresie dokonał się jakiś postęp?

Stomię wykonujemy tylko w takim przypadku, kiedy musimy usunąć nowotwór, który jest położony bardzo blisko zwieracza odbytu. Główna idea tego zabiegu się specjalnie nie zmieniła, ponieważ nie przeskoczmy pewnych uwarunkowań, które dyktuje nam natura. Natomiast to, co się rzeczywiście zmieniło, patrząc z perspektywy przebiegu mojej całej pracy zawodowej, to udaje nam się schodzić coraz niżej, co wiąże się z wykonywaniem stałej stomii u mniejszej liczby pacjentów. Kiedy zaczynałem pracę, to od ok. 10 cm od zwieracza odbytu już z założenia była wykonywana u chorego stomia na całe życie. Obecnie zmniejsza się liczba pacjentów, u których jest konieczność wykonania stomii. Teraz 3 cm, 4 cm od odbytu robimy takie zespolenia, aby pacjent nie musiał mieć definitywnej stomii, chociaż czasami potrzebna jest stomia czasowa, aby umożliwić zagojenie

jelita. Dzięki nowym technikom chirurgicznym, ale też radioterapii, jest mniejszy odsetek pacjentów ze stomią i większy tych, u których udaje się zachować zwieracz.

Centralnym narządem układu pokarmowego jest żołądek. Jedynym sposobem na wyleczenie tego nowotworu jest gastrektomia z usunięciem węzłów chłonnych. Na czym polega ten zabieg?

Zmieniło się wiele oczywiście w zakresie samej chirurgii żołądka, jak w całej onkologii i to nie jest kwestia tylko postępu techniki. Dużą liczbę pacjentów z rakiem żołądka kwalifikujemy do przed- i pooperacyjnej chemioterapii. I tutaj jest widoczny postęp, jeżeli chodzi o leczenie nowotworów żołądka. Jeżeli chodzi o technikę zabiegu chirurgicznego, to niestety wciąż najczęściej trzeba usunąć cały żołądek z guzami nowotworowymi, czyli wykonać gastrektomię. Natomiast rozszerzyły się wskazania do rozległego usunięcia węzłów chłonnych, co jest m.in. wyznacznikiem jakości w chirurgii, która zajmuje się nowotworami żołądka.

U których pacjentów możemy zastosować mniej inwazyjne leczenie endoskopowe w raku żołądka?

Rozpoznanie nowotworu żołądka *de facto* musimy postawić na podstawie endoskopii, nawet jeżeli mamy już podejrzenie choroby w innych badaniach, takich jak tomografia czy inne badania obrazowe. Endoskopia jest właściwie postępowaniem diagnostycznym, w trakcie którego pobieramy wycinek decydujący o rozpoznaniu, ale w którym nastąpił taki postęp w ostatnich latach, że podczas jej wykonywania możemy niekiedy jednocześnie usunąć niektóre zmiany nowotworowe bez potrzeby usuwania całego narządu. Dotyczy to zarówno przełyku, jelita grubego jak i żołądka. Są to z reguły bardzo wczesne zmiany nowotworowe, ale rzeczywiście można je leczyć tylko endoskopowo. Jest to wprawdzie stosunkowo niewielka grupa pacjentów, diagnozowana najczęściej przypadkowo z uwagi na brak objawów w tak wczesnym stadium choroby, ale ona istnieje i są techniczne możliwości leczenia endoskopowego.

Podobno największym wyzwaniem dla chirurga nowotworów układu pokarmowego jest rak trzustki. Dlaczego nowotwory tego narządu tak trudno operować?

Rzeczywiście, jest to narząd trudny do operacji. Trzustka jest niewielkim, jeżeli chodzi o rozmiary narządem, ale jest takim „workiem” wydzielającym różne ważne dla funkcjonowania organizmu substancje, czyli enzymy trawienne i hormony. Często na swoich wykładach przywołuję przykład śpiącego tygrysa wtulonego w dwunastnicę, co jest symbolicznym obrazem trzustki. I nie warto szarpać tego tygrysa za ogon, ale niekiedy nie mamy wyjścia. Trzustka jest bowiem położona tuż przy dwunastnicy, z którą ma wspólne naczynia. W związku z tym, operacja jest bardzo trudna z uwagi na niewielkie możliwości rozszerzenia bezpiecznego marginesu onkologicznego, ponieważ w tej okolicy mieszczą się ważne dla życia narządy. Podczas operacji raka trzustki staramy się zachować zdrową część narządu, aby uchronić pacjenta przed cukrzycą. Często dochodzi do konieczności usunięcia całej trzustki, ale to zależy od indywidualnych sytuacji. Do dwunastnicy uchodzą zarówno drogi żółciowe, jak i przewód trzustkowy. Kiedy usuwamy dwunastnicę z trzustką, ponieważ nie ma

innej możliwości, to największym problemem jest odpowiednie zagojenie. Niekiedy, choć dosyć rzadko, wykonujemy resekcję naczyń. Chcielibyśmy, aby chirurgia naczyniowa zwiększyła odsetek radykalnych operacji, ale to się nie zawsze udaje, ponieważ nie jest to tylko kwestia techniki operacyjnej, ale i biologii tego nowotworu. Tak naprawdę większe nadzieje wiążemy z badaniami genetycznymi, które potencjalnie mogłyby umożliwić dobranie właściwej, celowanej terapii, gdyż pod pojęciem rak trzustki kryje się grupa bardzo zróżnicowanych nowotworów, które powinno się leczyć bardziej indywidualnie.

Rak trzustki to też nowotwór, który kjarzy się z silnymi dolegliwościami bólowymi. Czy można im zapobiec w sposób chirurgiczny?

Rak trzustki jest bardzo złośliwym nowotworem i rokowania nie są takie, jakie byśmy chcieli. Powolne kroki ku lepszemu są widoczne. Istnieje pewna grupa nowotworów trzustki (ok. 5%), które dużo lepiej rokują i mają inny przebieg. Należą do nich guzy neuroendokrynne. Niestety aż 95% to klasyczny rak trzustki. Ból jest z reguły późnym objawem. Kiedy już operujemy, to możemy zablokować splot trzewny i zlikwidować u co najmniej $\frac{3}{4}$ pacjentów bardzo silny ból. Jeżeli pacjent nie jest kwalifikowany do operacji, to taki zabieg można wykonać pod kontrolą aparatu rentgenowskiego lub endoskopowo. Jest to oczywiście postępowanie paliatywne, ale dla pacjenta bardzo ważne.

U chorych na cukrzycę wykonuje się transplantację trzustki, dlaczego nie można tego zabiegu przeprowadzić u pacjentów z rakiem trzustki?

Generalnie transplantologia nie ma w onkologii wielkiego znaczenia. Narządem, który zbiera przerzuty z całego organizmu jest wątroba. Jeżeli mamy przerzut w wątrobie to wiemy, że choroba wyszła poza pierwotną lokalizację i prawdopodobnie nie jest ona jedynym siedliskiem tych przerzutów. Dlatego usunięcie jednego narządu z przerzutami nie załatwia sprawy, bo zmiany mogą być też w innych miejscach. Jeżeli chodzi o raka trzustki, jest to nowotwór wyjątkowo agresywny i szybko dający przerzuty. Mogłoby się nam wydawać, że jeżeli usuniemy cały narząd, to wyleczymy raka.

Przeszczep trzustki chroniłby w tej sytuacji chorego przed nieuniknioną cukrzycą, którą zresztą można kontrolować podawaniem insuliny bez konieczności transplantacji. Jednak pacjent onkologiczny, nawet w takiej sytuacji, nie uzyskałby korzyści z przeszczepu, ponieważ taki zabieg jest niezwykle trudny, ryzyko powikłań bardzo duże, a zdecydowana większość chorych ma już przerzuty, nawet jeśli aktualne metody diagnostyczne nie są w stanie ich wykryć. Żyją one „własnym życiem” i w końcu doprowadzają do zgonu. Podejmowane w przeszłości próby usunięcia całej trzustki, niestety nie poprawiły znacząco rokowania w tej chorobie.

W ramach naszej Koalicji mamy grupę pacjentów z mielofibrozą. Jednym z objawów tej choroby jest powiększenie śledziony, czasami tak duże, że trzeba ją usunąć. Czy jest to skomplikowany chirurgicznie zabieg, którego chorzy powinni się obawiać?

Nie jest to skomplikowany zabieg. Śledziona ma normalnie wielkość pięści, a potrafi osiągnąć rozmiar większy niż wątroba. Pacjenci z mielofibrozą nie powinni obawiać się samej operacji usunięcia śledziony.

Pacjenci z nowotworami układu pokarmowego są najczęściej osobami z objawami wyniszczenia, czy wobec tych chorych, aby lepiej przygotować ich do operacji stosuje się specjalne żywienie medyczne?

W przypadku pacjentów z nowotworami trzustki, żołądka czy przełyku przedoperacyjne leczenie żywieniowe jest niezwykle istotne. Pomagają tutaj odżywki doustne, jak i dożylnie (leczenie pozajelitowe). Powinno to być standardem.

Chirurg jest członkiem interdyscyplinarnego zespołu. Z jakich specjalistów składa się ten zespół, jeśli chodzi o chorych na nowotwory układu pokarmowego?

Zespoły wielodyscyplinarne w nowotworach układu pokarmowego (jak i innych) dobrze funkcjonują od dawna. Co prawda nie w skali całego kraju, ale tylko w ośrodkach onkologicznych (i to była idea profesora Koszarowskiego wprowadzana już w latach 50.). W skali kraju zespoły wielodyscyplinarne wdrożył na dobrą sprawę dopiero pakiet onkologiczny. Oczywiście jest to leczenie skojarzone, złożone. Zawsze

zabieg chirurgiczny jest uzgadniany z chemioterapeutami, radioterapeutami. Zespół taki podejmuje decyzje co do sposobu leczenia, jak i jego sekwencji. Zależne jest to od wielu czynników, głównie od wyników badania pooperacyjnego i badań obrazowych. Tak jak w całej medycynie, mamy do dyspozycji radiologa, dodatkowo w sprawach układu pokarmowego dietetyka. Ostatnio są też specjaliści z zakresu wspomagania leczenia, np. psychoonkolodzy.

Czy potrzebne są wysokospecjalistyczne ośrodki referencyjne dedykowane nowotworom układu pokarmowego?

To jest trochę polski pomysł, wszystko zaczęło się od działalności prof. Tadeusza Koszarowskiego oraz profesora Andrzeja Kulałkowskiego, którzy w ramach centrów onkologii zaplanowali utworzenie specjalistycznych klinik narządowych. Generalnie, na całym świecie, medycyna, a zwłaszcza chirurgia idzie w stronę chirurgii narządowej. Jest to trend, który szczególnie dotyczy onkologii.

W chirurgii poza talentem liczy się praktyka. Kiedy można powiedzieć, że chirurg wykonał wystarczającą liczbę operacji, aby uznać go za specjalistę?

Są pewne standardy. Szeroko znaną prawdą jest to, że pacjent odnosi największą korzyść, kiedy jest operowany w ośrodku, gdzie wykonuje się dużą ilość takich operacji. Zależy to też oczywiście od indywidualnych umiejętności chirurga. Dla niektórych

nowotworów i ośrodków w Polsce, te kryteria ilości wykonywanych zabiegów nie są zbyt wysokie, więc niekiedy trudno uznać je za referencyjne, a pracujących tam lekarzy za wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Podsumowując, dla poszczególnych nowotworów są określone pewne liczby operacji, aby uznać, że dany lekarz jest specjalistą.

Do chirurgii wkracza robotyzacja. Jaka jest Pana ocena tych zmian?

Robotyzacja jest niezwykle drogą technologią. W Polsce były dotąd tylko dwa roboty. Dla przykładu, mniejsze od Polski Czechy, mają ich ok. sześć. Dużo tańszą metodą chirurgii małoinwazyjnej jest laparoscopia, która dobrze rozwija się w naszym kraju. Choć z pewnością większym problemem, z którym się obecnie borykamy, jest nie mała ilość robotów, ale mała liczba lekarzy chirurgów w młodym wieku. Aktualnie średni wiek chirurga w Polsce to ponad 50 lat.

Byłam pod wrażeniem wpisów i wysokości ocen – wszystkie po 5 gwiazdek – jakie otrzymuje Pan od pacjentów, wiele osób pisze, że zawdzięcza Panu życie...

Jest mi oczywiście miło z tego powodu. Nigdy nie ingerowałem w tego typu wpisy więc mam nadzieję, że są to opinie wyrażane z pełnym przekonaniem. Staram się przede wszystkim pracować tak, jak na początku swojej drogi zawodowej, zachowywać wysokie standardy, być blisko pacjenta.

Tak jak aktor ma wymarzoną rolę, tak z pewnością chirurg marzy o przeprowadzeniu jakiejś konkretnej operacji. Co jest Pana takim zawodowym marzeniem?

Wykonałem już wiele trudnych zabiegów, więc chyba swoje już osiągnąłem. W naszym ośrodku pracują bardzo doświadczeni specjaliści, większość to moi wychowankowie, podejmujemy się operacji, których ośrodki z mniejszą praktyką nie mogą wykonać. Ja i moi współpracownicy mamy doświadczenie nie tylko w chirurgii onkologicznej, ale np. też w chirurgii naczyniowej, co znakomicie ułatwia nam pracę. Nasza placówka w rankingu „Wprost” na Najlepszy Szpital 2018 w kategorii Najlepsze szpitale chirurgii onkologicznej zajęła 4. miejsce, przegrywając jednym punktem ze Szpitalem Morskim im. PCK w Gdyni. Jest to powód do dumy i satysfakcji z dobrze wykonywanej pracy, tym bardziej, że jeśli chodzi o chirurgię onkologiczną to jestem przekonany, że poziomem leczenia dorównujemy innym krajom. Problemem są tylko zbyt duże kolejki, np. tylko dzisiaj w poczekalni naszego ambulatorium czeka na wizytę ok. 90 pacjentów...

Panie doktorze dziękuję za rozmowę, gratuluję tak wysokiego miejsca w rankingu szpitali chirurgii onkologicznej i życzę skrócenia kolejek.

**Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka**



Co nowego w radiochirurgii w Polsce

Z prof. dr hab. n. med. Jackiem Fijuthem, prezesem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego rozmawiamy o wyzwaniach polskiej onkologii i radiochirurgii.

Panie profesorze, jaki jest obecnie stan polskiej onkologii, jakie są jej kluczowe problemy i wyzwania systemowe?

Jako środowisko onkologów, uwzględniające najróżniejsze specjalności oraz rodzaje dostępnych form leczenia, prowadzimy

nieustanne starania na rzecz poprawy sytuacji pacjentów zmagających się z chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym uwzględnieniu rozwoju onkologii w Polsce, a także – sytuacji społeczno-gospodarczej. Już na wstępie, należy podkreślić, jak silnie

związany jest system służby zdrowia z sytuacją ekonomiczną i gospodarczą kraju. Aspekt kosztów pośrednich, generowanych przez niewystarczające nakłady na leczenie, wiąże się z dodatkowymi obciążeniami dla systemu gospodarczego państwa,

co mogłoby zostać wyeliminowane, dzięki prowadzeniu polityki zdrowotnej w perspektywie długofalowej, a nie wyłącznie z punktu widzenia kosztów ponoszonych w danej chwili. Efektywność ekonomiczna jest w dużej mierze wynikiem starannie i umiejętnie prowadzonej polityki zdrowotnej kraju. Wydatki przeznaczane na leczenie pacjentów kształtują przyszłą sytuację mieszkańców, ich możliwości prawidłowego i efektywnego uczestniczenia w życiu społeczno-zawodowym. Odpowiednie leczenie pacjenta to zapewnienie mu szansy na dobre codzienne funkcjonowanie, powrót do pracy oraz partycypowanie w kreowaniu rozwiniętego państwa! Nakłady na leczenie na wystarczającym poziomie wyeliminują straty gospodarcze, związane m.in. z absencją zawodową i ponoszeniem kosztów socjalnych. Pacjenci borykający się z tak ciężkimi schorzeniami, jak choroby nowotworowe zasługują na ciągłą dbałość, poczucie bezpieczeństwa i dostęp do leczenia na najwyższym poziomie, pozwalający na wiarę w pokonanie choroby i możliwie jak najlepsze życie chorego, a także jego bliskich i rodziny. Wierzymy, że dzięki wspólnym staraniom oraz wytężonej pracy będziemy systematycznie, sprawnie i skutecznie, zapewniać pacjentom coraz lepszą opiekę.

Jakie znaczenie dla efektywności leczenia pacjentów onkologicznych ma kompleksowość i koordynacja, której poświęcona była tegoroczna konferencja Polskiego Towarzystwa Onkologicznego?

Jednym z podstawowych elementów skutecznego systemu leczenia nowotworów, jest kompleksowość i koordynacja opieki onkologicznej. Nad rozwinięciem tej koncepcji cały czas pracujemy, osiągając, krok po kroku, zamierzone kierunki. Potrzebujemy narodowej sieci onkologicznej, z pełnym zaangażowaniem lekarzy, ekspertów oraz decydentów i administracji rządowej, kreującej politykę zdrowotną i stanowiącej o jej procedurach. Kompleksowość opieki jest jednoznaczna z poprawą wyników leczenia. Patrzymy bowiem na całokształt terapii, uwzględniając to, co otacza zasadnicze leczenie, czyli m.in. rehabilitację, wsparcie psychologiczne, współpracę zespołu specjalistów, ich bieżącą komunikację i podejmowanie jak najlepszych decyzji, pozwalających pacjentowi odpowiednio

leczyć chorobę nowotworową i żyć z nią. Kompleksowość może nie tylko wydłużyć życie pacjenta, ale i znacząco wpłynąć na poprawę jakości jego codziennego funkcjonowania. Poprawa wskaźnika przeżyć 5-letnich, które są wypadkową funkcjonowania systemu opieki onkologicznej oraz zaawansowania choroby, wymaga też działań skoordynowanych.

Co wymaga szczególnej zmiany, aby sytuacja pacjentów uległa odpowiedniej poprawie? Jak wygląda porównanie obecnego kształtu polskiej onkologii do sytuacji innych państw Unii Europejskiej?

Nasza onkologia nieustannie się rozwija. Podstawową kwestią jest jednak potrzeba zwiększenia nakładów na służbę zdrowia. Nasze PKB odbiega bowiem w dużym stopniu od średniej innych krajów Unii. Onkologia jest niedozacowaną dziedziną leczenia, w której kluczowym problemem jest brak refundacji wielu nowoczesnych leków i terapii. Polscy pacjenci wymagają zwiększenia dostępności do innowacyjnych i uznanych na świecie metod leczenia, wśród których znajduje się m.in. nowoczesne leczenie biologiczne, protonoterapia, mikroradiochirurgia i wspomniana kompleksowość oraz koordynacja terapii. Leczenie winno odbywać się na najwyższym i najlepszym poziomie, dopasowanym do danego pacjenta, jego indywidualnych cech i potrzeb. Szacuje się, że obecnie, w Polsce mamy finansowanie i dostęp do zaledwie 50% terapii, które są dostępne w krajach Unii Europejskiej. Polskie Towarzystwo Onkologiczne oraz Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej prowadzą działania na rzecz pacjentów, mające na celu dopasowanie obecnej polityki zdrowotnej do światowych standardów, zapewniając chorym terapię będącą efektem rozwoju medycyny i ogromnego postępu, jaki dokonał się w leczeniu chorób nowotworowych. To dobro pacjenta jest nadrzędną wartością, przyświecającą naszym wszelkim aktywnościom. Wdrożenie najwyższych standardów profilaktyki pierwotnej – edukacji i podnoszenia prozdrowotnej świadomości społecznej w celu uniknięcia zachorowania, oraz wtórnej, czyli profilaktycznych badań przesiewowych, a także nowoczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji onkologicznej są naszym priorytetem,

który staramy się wprowadzać i realizować dzięki kompleksowej współpracy.

Jak wykorzystywane są metody radioterapii w chirurgii nowotworów, co nowego dzieje się w tej dziedzinie w Polsce?

Szczególnego podkreślenia wymagają nowoczesne rodzaje radioterapii (mającej zastosowanie u 60% chorych onkologicznie) – protonoterapia oraz mikroradiochirurgia. Grupa ekspertów opracowała Raport „Strategia rozwoju protonoterapii w Polsce”, który, bezspornie, dowodzi słuszności zapewnienia odpowiedniej dostępności do tej innowacyjnej metody leczenia. Postulat budowy kolejnego ośrodka protonoterapii w Polsce zawarty jest w Projekcie INPRONKO. Zakłada on budowę Ośrodka Protonoterapii w Poznaniu, co w mojej opinii jest w pełni uzasadnione i zgodne z międzynarodowymi rekomendacjami. Przedsięwzięcie INPRONKO zakłada ponadregionalny charakter działalności – skupia on pięć województw oraz jednostki naukowe, onkologiczne i samorządowe. Promowana strategia rozwoju protonoterapii pozwala na połączenie rozwoju badań kliniczno-naukowych z innowacyjną technologią leczenia pacjentów onkologicznych, co kreuje realne perspektywy rozwoju społeczno-gospodarczego Polski.

Kolejna metoda – mikroradiochirurgia, wykazuje się ogromnym potencjałem w zakresie nieinwazyjnego leczenia guzów nowotworowych w obrębie m.in. głowy i szyi, rdzenia kręgowego, wątroby, trzustki, w trudno dostępnych lokalizacjach i o złożonej anatomii. Programy leczenia z wykorzystaniem tzw. „noża cybernetycznego” funkcjonują od kilku lat w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach oraz w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu. W czerwcu br. odbyła się konferencja naukowa „Radioterapia Wysokiej Precyzji”, której towarzyszyło oddanie do eksploatacji drugiego aparatu CyberKnife oraz powołanie Centrum Radiochirurgii Nowotworów. Polskie Towarzystwo Onkologiczne jest partnerem Centrum Onkologii w Gliwicach w zakresie tego wydarzenia.

Dziękuję za rozmowę.

**Rozmawiała
Beata Ambroziewicz**



OPERACJE RAKA PIERSI

Najczęściej zadawane pytania

Dr hab. n. med. Zoran Stojčev – ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Radomskim Centrum Onkologii oraz kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej SUM w Katowicach wykonuje rocznie około 100 operacji raka piersi wraz z zabiegami onkoplastycznymi, rekonstrukcjami piersi z protezą, w tym również operacje jednoczasowe. Dr Stojčev odpowiada na pytania najczęściej zadawane przez pacjentki poddawane tym zabiegom.

Na jakiej podstawie chirurg kwalifikuje pacjentkę do wykonania mastektomii lub operacji oszczędzającej? Jakie badania powinny być przeprowadzone, aby podjąć decyzję, czy wykonujemy u pacjentki mastektomię czy operację oszczędzającą?

Lekarz bada pacjentkę, mając do dyspozycji takie standardowe badania, jak USG i mammografia. Jeśli nadal pozostają wątpliwości, niekiedy stosuje się także badanie rezonansem magnetycznym. Najważniejszy jest jednak obraz kliniczny – przede wszystkim na tej podstawie zapada decyzja, jaka operacja będzie najlepsza dla konkretnej pacjentki. Jeżeli nie ma przeciwwskazań do wykonania tego zabiegu, decyzja o leczeniu oszczędzającym powinna być podjęta wspólnie z chorą. Do głównych przeciwwskazań zalicza się: wielośrodkowość zmian nowotworowych, duży guz w małej piersi (brak możliwości uzyskania dobrego efektu kosmetycznego), brak możliwości doszczętnego usunięcia guza pierwotnego, kolagenozę, obecność przeciwwskazań do radioterapii, brak możliwości współpracy z chorą w trakcie późniejszych badań kontrolnych.

Co jest podstawą do usunięcia węzłów chłonnych i jakie ma to znaczenie dla późniejszej jakości życia pacjentki?

Tę decyzję podejmuje się na podstawie badania klinicznego i USG dołu pachowego. W przypadkach niejednoznacznych wykonuje się biopsję cienkoigłową. Jeżeli mamy potwierdzenie przerzutów w węzłach – lekarz podejmuje decyzję o wycięciu wszystkich węzłów. Jeśli wynik biopsji jest negatywny wówczas wykonuje się tylko biopsję węzła wartowniczego.

Prawidłowo wykonane usunięcie węzłów chłonnych nie powoduje powikłań. Jest

jednak zabiegiem powodującym dłuższą rekonwalescencję, ograniczenie ruchomości ręki, czy obrzęk limfatyczny. Wymaga również rehabilitacji po zabiegu. Należy również unikać dźwigania operowaną ręką. Zwykle po około miesiącu chore wracają do normalnego funkcjonowania, choć należy zaznaczyć, że ręka przy której wycięto wszystkie węzły chłonne, może nie powrócić do podobnej sprawności, jak druga kończyna. Zwykle u chorej występuje obrzęk limfatyczny, z którym zmagają się przez całe życie.

Jakie jest postępowanie wobec pacjentek z niepalpacyjnymi zmianami w gruczole piersiowym?

W takich przypadkach najważniejsza jest diagnostyka. Wykonuje się badanie USG, mammografię i biopsję pod kontrolą USG lub mammograficzną. Podczas biopsji zostawia się w piersi znacznik. Potem, kiedy usuwamy guz niebadalny klinicznie, radiolog zakłada w miejsce znacznika kotwicę, umożliwiając chirurgowi odnalezienie zmiany i jej precyzyjne usunięcie. W Radomskim Centrum Onkologii mamy stół Fishera, na którym wykonujemy biopsję zmian nie wyczuwalnych klinicznie i nie widocznych w USG.

Co jest wskazaniem do wykonania jednoczesnej z mastektomią rekonstrukcji piersi? Kiedy tych dwóch procedur nie przeprowadza się podczas jednego zabiegu?

Każda chora kwalifikowana do mastektomii powinna być poinformowana o możliwościach rekonstrukcji piersi. Wskazaniem do rekonstrukcji piersi powinna być silna motywacja ze strony samej chorej do wykonania tego zabiegu, a kwalifikacja do

operacji rekonstrukcji odbywa się po wnikliwej analizie stanu onkologicznego oraz psychofizycznego chorej. Decyzję o jednoczesowej, bądź odroczonej rekonstrukcji powinien wydać zespół lekarzy w oparciu o konsylium.

Czy wykonując mastektomię chirurg może tak przeprowadzić operację, żeby przygotować pacjentkę do rekonstrukcji?

Tak, planując odroczoną rekonstrukcję chirurg wykonujący zabieg planuje odpowiedni sposób cięcia, może usunąć kompleks otoczka-brodawka przeszczepiają go czasowo w inne miejsce, aby w późniejszym etapie wykorzystać do odtworzenia.

Czy profilaktyczna mastektomia jest uzasadniona medycznie w przypadku pacjentek, u których stwierdzono mutację BRCA?

Jak najbardziej. Mutacja genu BRCA1,2 wiąże się z 84% ryzykiem rozwoju raka piersi w ciągu całego życia i 40% ryzykiem zachorowania na raka jajnika. Średni wiek zachorowania to 40 lat. Więc kobiety z obecnością tej mutacji mają czas na urodzenie zaplanowanej liczby dzieci i ich wykarmienie. Później nic nie stoi na przeszkodzie, aby się poddać takiemu zabiegowi. Ryzyko zachorowania na raka piersi spada do 5%, a raka jajnika przy usunięciu przydatków do zera.

Które z zabiegów chirurgicznych i w jakim zakresie (czy dotyczy to obu piersi) są obecnie refundowane u kobiet z rakiem piersi – rekonstrukcja, profilaktyczna mastektomia z rekonstrukcją?

Refundacją objęte są zabiegi rekonstrukcji u kobiet z rozpoznaniem raka piersi, natomiast nie jest refundowana profilaktyczna

mastektomia z rekonstrukcją. Ostatnio minister zdrowia podjął decyzję o refundacji profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów i zapowiedział, że wkrótce będzie wprowadzona refundacja profilaktycznej mastektomii u kobiet nosicielek mutacji BRCA.

Czy kobieta po operacji oszczędzającej piersi – która jednak w dużym stopniu została w wyniku zabiegu zdeformowana – ma prawo do operacji plastycznej w ramach świadczeń NFZ?

W takich wyjątkowych przypadkach fundusz może wyrazić zgodę.

Jakie są najbezpieczniejsze, sprawdzone już metody rekonstrukcji piersi, wiążące się w niewielkim stopniu z działaniami niepożądanymi?

Najbardziej bezpieczne metody rekonstrukcji piersi skutkujące niewielkim stopniem działań niepożądanych są rekonstrukcje z wykorzystaniem implantów. Najlepiej wykonywać takie zabiegi w dwóch etapach – najpierw wczepiamy ekspander, a potem protezę. Jeżeli mamy do dyspozycji

siatkę, to zabieg rekonstrukcji piersi możemy przeprowadzić jednoczasowo.

Jakie metody rekonstrukcji piersi, z wykorzystaniem jakich technologii są obecnie refundowane w Polsce?

Obecnie są refundowane implanty do rekonstrukcji. Niestety siatki nie są refundowane.

Co decyduje o wyborze konkretnej metody rekonstrukcji piersi?

Wspólna decyzja pacjentki z operatorem oraz doświadczenie chirurga w przeprowadzaniu zabiegu określoną metodą, z wykorzystaniem danej technologii medycznej.

Jakie mamy nowości w chirurgii rekonstrukcyjnej u pacjentek leczonych z powodu raka piersi, które z nich są najbardziej obiecujące?

Obecnie nowością w chirurgii rekonstrukcji piersi są zabiegi z wykorzystaniem biologicznej siatki tzw. ADM – świńska skóra pozbawiona komórek lub z zastosowaniem syntetycznych siatek wchłaniających. Są to technologie opłacalne kosztowo

i stosowane już szeroko na świecie, np. w Stanach Zjednoczonych są już standardem. Poza tym, duże nadzieje wiąże się też z operacjami z wykorzystaniem komórek macierzystych.

Czym powinny kierować się pacjentki w wyborze ośrodka, czy też konkretnego lekarza w momencie usłyszenia diagnozy – rak piersi?

Wybór ośrodka powinien być związany z możliwością kompleksowego leczenia raka piersi w jednym miejscu, czyli dany ośrodek powinien dysponować Oddziałem Chirurgii Onkologicznej wykonującym minimum 150 operacji raka piersi rocznie, Onkologią Kliniczną i Radioterapią. Ośrodek taki powinien także współpracować, o ile nie ma możliwości robić tego u siebie na miejscu, z wyspecjalizowanymi placówkami prowadzącymi rehabilitację chorych i leczenie wspomagające. Tylko taka kompleksowa terapia skojarzona daje możliwość wyleczenia chorej. Natomiast chirurg onkolog operujący kobiety z rakiem piersi powinien wykonywać co najmniej 75 takich zabiegów rocznie.

Zabieg profilaktycznej mastektomii to nie fanaberia, ale świadome ratowanie życia

Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” dzieli się swoją trwającą 27 lat historią związaną z przeprowadzeniem pełnej rekonstrukcji piersi i dołu pachowego po radykalnym zabiegu mastektomii. Jej doświadczenia to zarazem obraz zmieniających się możliwości chirurgii w leczeniu i przywracaniu jakości życia kobietom po leczeniu raka piersi. Świadectwo zarówno determinacji pacjentki, jak i lekarzy do pełnego powrotu do sprawności.

Po zabiegu chirurgicznym mojej lewej piersi, okazało się, że operacja była bardzo radykalna. Usunięcie 16 węzłów chłonnych spowodowało bardzo rozległy dół pachowy. Było to ogromne uszkodzenie ciała, skórę miałam tak naciągniętą na kościach klatki piersiowej, że każdy dotyk powodował ból. Dłużej niż inne kobiety dochodziłam do sprawności fizycznej, ponieważ musiałam doprowadzić skórę do takiego stanu, aby móc założyć stanik i mieć swobodę podniesienia ręki do góry.

Po pewnym czasie zaczęłam się zastanawiać, jak mogłabym polepszyć moją ruchomość i wygląd, ponieważ do protezy się nie przyzwyczaiłam. Pierwsza proteza, którą otrzymałam, była o dwa rozmiary większa niż moja pozostała pierś, wykonana była z gumy napełnionej silikonem. Kiedy moje przyjaciółki zobaczyły, że nie jestem w stanie jej nosić, zrobiły zbiórkę i sprawiły mi protezę zgraniczną. Wreszcie miałam protezę silikonową, taką jaką nosiły kobiety na Zachodzie czy w Stanach. Byłam przeszczęśliwa.

W zasadzie, nie brak piersi był główną motywacją do wykonania rekonstrukcji, a chęć usprawnienia ręki i obniżenia bólu, który był powodowany dotykiem lub nieskoordynowanym ruchem. Jako sportmenka byłam przyzwyczajona do aktywności fizycznej, więc po założeniu klubu Amazonek w Poznaniu, oprócz świadczenia sobie wzajemnego wsparcia psychicznego, chciałam zachęcić kobiety po leczeniu raka piersi do aktywności fizycznej.

Dr Krystyna Mika, kierownik Zakładu Rehabilitacji w Centrum Onkologii



Krystyna Wechmann na zdjęciu z wystawy fotografii kobiet po rekonstrukcji piersi autorstwa Katarzyny Piweckiej prezentowanej m.in. w Parlamencie Europejskim.

w Warszawie, zaproponowała, żebym przeprowadziła rekonstrukcję piersi. Wiedziałam, że bezpłatnie te zabiegi są wykonywane wyłącznie u kobiet, które ze względów psychicznych nie akceptują swojego wyglądu po mastektomii. **Uczciwie powiedziałam panu profesorowi, że jeżeli będzie możliwość rekonstrukcji, to proszę, żeby jeszcze spróbował zoperować dół pachowy w celu polepszenia ruchomości i likwidacji uciążliwego bólu.** Kiedy pan profesor usłyszał, że mam taką potrzebę i jestem z polecenia dr Miki, poza tym jestem liderką Klubu Amazonek, stwierdził, że nie podoła spełnieniu moich oczekiwań. **Obawiał się, że jako liderka, będę efekt zabiegu pokazywała innym, a nie koniecznie może on być spektakularny, co chluby mu nie przyniesie.** Profesor poinformował mnie więc, że nie podejmuje się zabiegu rekonstrukcji. Rozpacz moja nie miała granic, ponieważ byłam przekonana, że w badaniach wstępnych przed rekonstrukcją, wykryto przerzuty, a odmowa lekarza była formą ukrycia przede mną prawdy. W tym czasie rak piersi był tematem tabu, a lekarze rzadko mówili wprost pacjentom o ich stanie zdrowia i zaawansowaniu choroby.

Minął pewien czas i dochodziły do mnie słuchy o coraz to lepszych wynikach i możliwościach rekonstrukcji piersi w Polsce. Dowiedziałam się, że w Gryficach przyjmuje dr Andrzej Krajewski, ordynator Oddziału Oparzeń i jeden z najlepszych specjalistów w dziedzinie rekonstrukcji piersi w kraju. Umówiłam się na wizytę. Doktor po badaniu stwierdził, że podejmie się u mnie rekonstrukcji. **Przedstawił mi, jak będzie wyglądał zabieg – z płata mięśnia większego grzbietu dokona przesunięcia mięśni na klatkę piersiową.** Jedyną niekorzystną rzeczą było to, że moja pierś

po operacji stała się większa. To spowodowało konieczność przeprowadzenia kolejnego zabiegu – symetryzacji drugiej piersi. **Ważnym pożytkiem z tego zabiegu było ustąpienie bólu.** Przy dotyku endoproteza już ochraniała splot nerwowy, który przy naciągniętej skórze na klatce piersiowej powodował wcześniej ból.

Na tym etapie rozwoju chirurgii rekonstrukcji piersi dr Krajewski nie był w stanie zlikwidować u mnie zapadniętego dołu pachowego. **Po jakimś czasie zaproponował mi wymianę endoprotezy i obniżenie piersi. Dało to znakomity efekt kosmetyczny.**

W tym czasie wiedziałam już, że w Polsce przeprowadza się rekonstrukcje piersi z przeszczepem z komórek macierzystych. Takie operacje wykonywał prof. Jaśkiewicz w Gdańsku. Z tym, że przeszczep z komórek macierzystych był uzupełnieniem piersi lub był wykorzystany do rekonstrukcji małej piersi. Niestety z komórek macierzystych nie dałoby się zrobić dużej piersi. Dowiedziałam się, że w Łodzi również wykonywano zabiegi rekonstrukcji piersi z komórek macierzystych. Zapropono mi na rozmowę do łódzkiego szpitala. **Gdy zapytałam o możliwość wykonania zabiegu dołu pachowego z wykorzystaniem komórek macierzystych, usłyszałam, że jest to niemożliwe.**

Operację tę udało mi się przeprowadzić po wielu latach, **kiedy w ubiegłym roku na Konferencji Chirurgów Plastycznych spotkałam dr Macieja Kuczyńskiego z Lublina. Zdecydował się on przeprowadzić operację dołu pachowego, wiedząc, jaki to dla mnie problem estetyczny; musiałam dobierać odpowiedni krój sukienki czy bluzki, żeby nie zapadała się w dół pachowy.**

Zabieg polegał na przeszczepie tłuszczu z ud i z brzucha, więc w zasadzie było to

dla mnie korzystne. Moja radość była tym większa, że węzeł, który wcześniej czułam pod pachą, rozluźnił się i ból się zmniejszył. Obecnie już nie odczuwam żadnego bólu przy wysiłku fizycznym. **27 lat po zabiegu mogłam powiedzieć, że rekonstrukcja jest zakończeniem leczenia.**

Ale to jeszcze nie koniec moich zmagania z rekonstrukcją piersi. Wcześniej nie udało się przeszczep brodawki, ale pojawiła się nowa nadzieja. **Zgłosiły się do nas panie kosmetyczki, które wykonywały pigmentację brodawki i otoczki metodą 3D.** Kiedy zobaczyłam, jak to wygląda, długo nie musiały mnie namawiać. Takie zabiegi są również bardzo drogie, a dla nas Amazonek, występujących w charakterze modelek, były bezpłatne. **Efekt pigmentacji jest zadowalający i stanowi rodzaj wisienki na torcie w rekonstrukcji piersi.**

Fotografka Kasia Piwowska zaproponowała sesję zdjęciową Amazonek po rekonstrukcjach i operacjach oszczędzających pierś, zgodziłam się w niej wystąpić wraz z koleżankami. **Dało to impuls innym kobietom do zainteresowania się przeprowadzeniem rekonstrukcji piersi.** Ale są też 50–60-letnie panie, które uważają, że rekonstrukcja w takim wieku jest już niepotrzebna. Rozumiem je – dla tych kobiet najważniejsze jest życie. Uważają, że lepiej nie kusić losu kolejną operacją.

Długoletnia edukacja spowodowała, że obecnie wiele kobiet decyduje się na rekonstrukcję po operacji piersi lub w czasie konsultacji do zabiegu ustala wykonanie rekonstrukcji jednoczesnej z mastektomią. Jest ich z roku na rok coraz więcej.

Są też kobiety, które decydują się na profilaktyczną mastektomię. Mimo, że oficjalnie nie ma refundacji, potrafią znaleźć ośrodek, który tę procedurę wykonuje, co świadczy o ich determinacji w walce o życie, ponieważ są to nosicielki mutacji BRCA czy innych dziedzicznych zmian w genach. Dla nich zabieg profilaktycznej mastektomii, to nie fanaberia, ale świadome ratowanie życia. Dlatego **cieszy fakt, że Ministerstwo Zdrowia po refundacji profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów, pracuje także nad umożliwieniem profilaktycznej mastektomii w ramach świadczeń NFZ.**



ONKO-OLIMPIADA

Rehabilitacja dzieci przez sport

Pierwsza połowa 2018 roku to dla wielu pacjentów ośrodków onkologicznych dla dzieci w Polsce, jak i zagranicą czas wielkich przygotowań sportowych. To właśnie w tym roku, 23–26 sierpnia Warszawska Akademia Wychowania Fizycznego po raz siódmy zamieni się w arenę zmagani młodych sportowców, którzy już na starcie stają jako zwycięzcy, bo pokonali największego przeciwnika – raka. Pierwszą Onko-Olimpiadę wspomina Ewa Styś z Fundacji Spełnionych Marzeń.

Rok 2007. Pomimo upływu lat pamiętam ten czas całkiem dobrze, bo właśnie na początku tego roku zakończyłam swoje półtoraroczne leczenie onkologiczne. Moment, na który nie tylko ja czekałam z utęsknieniem, ale i cała moja rodzina, bo oto przecież **kończę coś, co zagrażało mojemu życiu, coś co nie pozwalało mi w pełni cieszyć się nim i zabierało wszystkie siły.**

Ten rok, był przełomowy nie tylko dla mnie. W czasie, kiedy ja dążyłam do pełnego startu w normalne życie, bez chemii, choroby i szpitala, Fundacja Spełnionych Marzeń przygotowywała do startu największe i jedyne igrzyska sportowe dla dzieci i młodzieży po przebytej chorobie nowotworowej – Onko-Olimpiadę.

Tyle lat, bo już będzie 11 od tego pierwszego, wielkiego wydarzenia. Wspomnień co niemiara. I moich i Fundacji, ale też tych

wszystkich ludzi, którzy te igrzyska tworzyli. Te i każde kolejne.

Jedenaście lat temu, kiedy zakończyłam swoje pierwsze leczenie onkologiczne dostałam propozycję udziału w Onko-Olimpiadzie. Przyznam szczerze, że trochę się zastanawiałam, czy oby na pewno się zdecydować, bo niestety sportowcem to ja nigdy nie byłam... **Co mnie zatem motywowało do tego, by jednak dołączyć? Chyba ciekawość, by sprawdzić, co to w ogóle jest, by pchnąć samą siebie do tego, aby wyjść do ludzi i poza własną strefę komfortu, w której tak dobrze się rozgościłam przez ten cały czas leczenia.** Tak, nawet w tak ekstremalnej sytuacji, jakim jest leczenie onkologiczne można odnaleźć bezpieczną przystań, z której nie chce się ruszać. Nie muszę chyba jednak mówić, że na dłuższej wcale ona tak bezpieczna nie jest.

Zgłosiłam się. A kiedy byłam już na miejscu, wszystkie moje obawy i lęki związane z nowym miejscem, nowymi ludźmi i tym, czy sobie poradzę, zostały bardzo szybko rozwiane. Na warszawskim AWFie spotkałam bardzo wiele osób, które znałam z „kasprzakowego oddziału”. Jak się później okazało, oni mieli te same obawy. Przez te trzy dni trzymaliśmy się razem. Mieliśmy opiekunów, którzy przy nas byli, kibicowali nam i zagrzewali do walki. Cieszyli się z naszych zwycięstw i nie pozwalali poddać się przy drobnych niepowodzeniach. To ogromne wsparcie!

Pamiętam, że choć nie zdobyłam żadnego medalu, to do domu wróciłam przeszczęśliwa, dumna, z ogromną energią do życia, no i ze wspomnieniami!



Minęły lata, i choć Fundacja Spełnionych Marzeń nie ustępowała w swoich działaniach, to ja do Onko-Olimpiady wróciłam dopiero dwa lata temu, kiedy to już należałam do zespołu Fundacji, nie jako podopieczna, a jako pracownik. Z doświadczeniem bycia zawodnikiem Onko-Olimpiady przyszło mi po latach współtworzyć to wydarzenie, opiekować się „kasprzakową” drużyną i prowadzić ją do zwycięstwa. Niesamowite doświadczenie!

Doskonale wszyscy wiemy, że odpowiedzialność za drugiego człowieka to ogromne wyzwanie. Strach czy podołam i czy oby na pewno jestem odpowiednią osobą na to miejsce. Nie ukrywam, że to przysparzało mi dodatkowy stres, ale cóż to w porównaniu z uśmiechem, jaki człowiek dostaje widząc radość „swojego” zawodnika ze zdobyciem medalu? Nic to!



Onko-Olimpiada to nie tylko rozgrywki sportowe i medale, ale przede wszystkim wspaniała forma aktywizacji i rehabilitacji dzieci i młodzieży, którzy podobnie jak ja sprzed lat, mają obawy przed wyjściem do innych, którzy nie są pewni swoich sił i pozycji wśród rówieśników. To integruje, daje poczucie samodzielności i wzmacnia pewność siebie.

Nie można pominąć tu kwestii sportowej rywalizacji. Czegoś, o co zawodnicy sami muszą zawalczyć, a nie będzie im to dane przez rodziców czy opiekunów. W czasie choroby wszystko mieliśmy podsunięte pod nos i choć w pewnym sensie to zrozumiałe, to jednak pozostanie w takiej bierności bardzo ogranicza.

Dziś, przygotowujemy już siódmą edycję Onko-Olimpiady. W głowie mam cały czas wspomnienia z igrzysk sprzed dwóch lat. Uśmiech, słońce, ogromna radość i emocje. Wzajemne kibicowanie sobie, zabawa i świętowanie zwycięstwa. Podwójnego, bo choć Ci mali sportowcy cieszą się ze zdobytego medalu i absolutnie nie myślą o tym, co kiedyś przeszli, ile wycierpieli. My to wiemy, i widzimy w nich największych zwycięzców świata, a tego, co tam się dzieje nie sposób zastąpić niczym innym.

Nie jest łatwo pisać o czymś, co wywołuje tyle emocji, co pozwala poznać tylu wspaniałych ludzi i przeżyć choć kawałek swojego życia silniej, by się dowiedzieć więcej, by poczuć więcej, musisz po prostu tam być.



Foto: Onko-Olimpiada 2016, archiwum FSM



Foto: Onko-Olimpiada 2016, archiwum FSM

Z nami, razem. Potrzebujemy cię!

Terapia Simontonowska – co to takiego?



Iwona Nawara



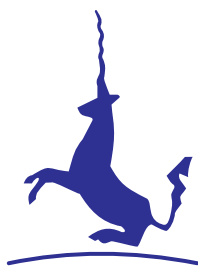
Marta Banout

Iwona Nawara i Marta Banout z Centrum Psychoonkologii UNICORN w Krakowie przedstawiają założenia, cele, metody i znaczenie Terapii Simontonowskiej, która daje wsparcie w procesie choroby i leczenia onkologicznego pacjentom i ich bliskim.

Warsztaty można z pełnym przekonaniem polecić zarówno chorym na początku trudnej drogi, jak i zdrowiejącym. Każdy znajdzie tu coś dla siebie w różnych tematach zajęć. Ponadto nie zawsze można spotkać się w grupie osób „po diagnozie”. Jest czas na wymianę doświadczeń, na bliskość, na przegadane wieczory, na odsunięcie codzienności na plan dalszy i zdrowienie.

Stowarzyszenie robi cudowną pracę dla ludzi chorych onkologicznie. Jestem 1,5 roku po przebytej chorobie i nikt tak profesjonalnie do tej pory nie dał mi wsparcia w procesie wychodzenia z tej choroby, pokazując, że można sobie pomóc. Szkoda tylko, że tak późno, że do wszystkiego trzeba dojść samemu. Powinnam była tutaj trafić rok temu. Uniknęłabym tak wielu niepotrzebnych stresów. Bardzo profesjonalne warsztaty z psychologiem, uczące metod odchodzenia od starego myślenia. Jestem zachwycona! Nigdy nie sądziłam, że podczas takich zajęć mogę tak bardzo się odprężyć, nie myśleć. Dziękuję.

Udział w warsztatach wniósł do mojego życia wiele dobrych zmian z których wcześniej nie zdawałam sobie sprawy. Wreszcie zrozumiałam, że jedyne co prawdziwe, to jest tu i teraz. Po co martwić się o przeszłość, której już nie ma, albo o przyszłość, której jeszcze nie ma.



STOWARZYSZENIE UNICORN

Terapia Simontonowska (TS) jest spójnym programem składającym się z metod i technik poznawczo-behawioralnych o dowiedzionej skuteczności. **Jest to terapia oparta na teorii uczenia się** – wychodzi z założenia, że wielu (jeśli nie większość) pacjentów onkologicznych posiada niezdrowe przekonania i postawy wobec choroby nowotworowej oraz jej leczenia, które powodują wysoki poziom stresu. Nie jest to metoda mająca zastąpić leczenie konwencjonalne, ale mogąca je uzupełnić – jest dodatkowym wsparciem w procesie choroby i leczenia tak, aby radzić sobie z nimi jak najlepiej.

Szczególnie niezdrowe przekonania i postawy wobec leczenia onkologicznego (takie jak, np. „chemia to trucizna”, „rak boi się noża”) mogą prowadzić do niechęci w podejmowaniu leczenia nawet, gdy rokowanie jest pomyślne. **W Terapii Simontonowskiej formułowanie zdrowych przekonań i postaw wobec leczenia oraz budowanie nadziei pacjenta jest głównym celem interwencji terapeutycznej.** Częścią interwencji w TS jest również modyfikacja stylu życia na zdrowszy w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu nowotworu oraz szeroko pojętej profilaktyki.

Wyjątkową cechą charakterystyczną Terapii Simontonowskiej jest **kształtowanie umiejętności samopomocowych – tak, aby pacjent mógł od razu korzystać z nowych technik i metod.** Z tego względu TS umożliwia osiąganie dobrych wyników przy minimalnych kosztach, a po opanowaniu przez pacjenta podstawowych umiejętności dalsze konsultacje mogą odbywać się telefonicznie lub z wykorzystaniem wideokonferencji. Pozwala to na oddziaływania terapeutyczne i wsparcie pacjenta i jego rodziny niezależnie od etapu choroby czy leczenia i miejsca przebywania.

Skąd się wzięła?

Twórcą TS jest dr O. Carl Simonton (1942–2009) – amerykański lekarz, onkolog-radioterapeuta, jeden z pionierów psychoonkologii. Pod koniec lat sześćdziesiątych Simonton zauważył, że chorzy na raka nie współpracowali z nowym i obiecującym programem radioterapeutycznym. **Główną przyczyną braku współpracy z zalecanym programem było poczucie beznadziei.** W związku z tym Simonton zaczął stosować wobec pacjentów interwencje psychologiczne i w krótkim czasie zaobserwował znaczące efekty.

Dla kogo?

Terapia Simontonowska jest skierowana przede wszystkim do pacjentów onkologicznych, jednak zachęcamy, aby na turnusy przyjeżdżać wraz z kimś bliskim, osobą wspierającą chorego na co dzień. Z Terapii Simontonowskiej mogą korzystać również inne osoby z chorobami przewlekłymi – powstają grupy dla pacjentów z RZS, z WZW itd.

Co dzieje się na turnusie terapeutycznym?

Uczestnicy biorą udział (zazwyczaj dwa razy dziennie) w zajęciach wykładowo-warsztatowych. **Każda sesja ma swój temat – wśród nich m.in. wzmocnienie energii i witalności, budowanie nadziei, komunikacja i sięganie po wsparcie, radzenie sobie z trudnymi emocjami.** Mimo grupowego charakteru spotkań, nie ma przymusu dzielenia się osobistymi przeżyciami czy włączania się w każde ćwiczenie. Między sesjami uczestnicy mają do dyspozycji czas wolny.

Co mi to da?

Lepsze radzenie sobie ze stresem i lękiem nie tylko podnosi jakość życia i pozwala nabrać energii na inne, przynoszące satysfakcję i radość aktywności. **Obniżenie poziomu stresu wpływa również dobrze na pracę układu immunologicznego, który częściowo odpowiada za niszczenie komórek nowotworowych.** Ponadto w sytuacji, kiedy jeden członek rodziny choruje, mogą pojawić się nieporozumienia w rodzinie czy wśród przyjaciół – zwrócenie uwagi na skuteczną i otwartą komunikację pozwala na łagodniejsze rozwiązywanie niepożądanych konfliktów lub ich unikanie.

Oprócz wartości przyswojonych technik i nowych umiejętności przez cały czas trwania turnusu uczestnicy mają możliwość skorzystania z indywidualnej rozmowy z psychologiem lub terapeutą, podzielenia się swoimi obawami i troskami, wymienienia doświadczeń z innymi uczestnikami sesji.

Metody i techniki w Terapii Simontonowskiej

W ramach oddziaływań psychoedukacyjnych i terapeutycznych w Terapii Simontonowskiej stosowane są między innymi następujące techniki: **trening relaksacyjny, praca z oddechem, praca z wyobraźnią, nefarmakologiczne metody łagodzenia dolegliwości somatycznych, praca z przekonaniem (Racjonalna Terapia Zachowania), mindfulness, narzędzia dotyczące systemu wsparcia społecznego.** Ponadto Terapia Simontonowska dotyka obszarów tematycznych, które w literaturze przedmiotu wymieniane są jako istotne dla pacjentów onko-

logicznych oraz korzysta z teorii i metod powszechnie stosowanych w psychologii i psychoterapii. Do zagadnień poruszanych podczas sesji TS należą: **radzenie sobie z dystresem, postawy wobec choroby i jej leczenia, komunikacja interpersonalna oraz system wsparcia społecznego, radzenie sobie z trudnymi emocjami (poczucie winy, lęk, uraza, złość, zamartwianie się), radzenie sobie z lękiem przed śmiercią, stresem związanym z przekonaniem duchowymi, filozoficznymi i egzystencjalnymi, rola zabawy i śmiechu w procesie zdrowienia, interwencje dotyczące zmiany stylu życia.**

Czy oddziaływania psychoonkologiczne mają sens?

Opublikowano co najmniej pięć randomizowanych badań klinicznych dowodzących skuteczności stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych, wskazujących, iż objęcie nimi wszystkich pacjentów – bez wcześniejszej indywidualnej diagnozy stanu psychicznego – przyczynia się do lepszego funkcjonowania pacjenta w czasie choroby i leczenia. Trzy ze wspomnianych badań wskazują wartość jak najszybszego (od momentu diagnozy nowotworu) wprowadzania oddziaływań terapeutycznych.

Przed wszystkim jednak zrozumienie i zdobycie umiejętności w TS pozwala na zmianę sposobu myślenia o przebiegu choroby i leczenia. **Podczas oddziaływań terapeutycznych pacjenci i ich bliscy uczą się identyfikowania swoich wewnętrznych i zewnętrznych zasobów i ich rozwijania, co równocześnie ułatwia zaangażowanie się w proces leczenia i przyjęcie aktywnej postawy w kształtowaniu swojego stanu psychospołecznego i zachowań zdrowotnych.**

Turnusy Terapii Simontonowskiej organizuje Centrum Psychoonkologii Unicorn. Warsztaty odbywają się w Krakowie oraz w różnych miastach w Polsce.

Więcej na: unicorn.org.pl
oraz pod numerem telefonu:
723 676 979

Relacja z otoczeniem zwłaszcza rozmowy to bardzo istotna sprawa, a to usławiły mi zajęcia. Jestem wdzięczna, że już po pierwszym pobycie poprawiły się moje relacje z wieloma osobami. Dziękuję!

Potrzebowałam nauczyć się nazywać i rozróżniać emocje. Zrozumieć swoją chorobę i moje ograniczenia związane z nią. Warsztaty pomagają w nauczaniu się technik oraz dają możliwość bycia z ludźmi, którzy ze względu na swoją chorobę przewartościli wiele spraw w swoim życiu i warto słuchać takich relacji, to one wydają mi się najbardziej przekonujące i rzeczywiste. Cały program spójny, nie ma nic na siłę i nie trzeba się spinać, aby nadażyć.

Świetny, przemyślany program! Warsztaty, które na początku postrzegałam jako opcję rozwoju stały się dla mnie wspaniałą podróżą, gdzie w kolejnych etapach mogłam doświadczyć czegoś wyjątkowego. Każde z zajęć wniosło mnóstwo odkryć, a zarazem zabawę, lekkość, zachwyty, śmiech.

Najwspanialsza inwestycja w moim życiu. Siły wyższe tak chciały, żeby tu trafiła. Przypadkowo dowiedziałam się z gazetki. W jeden dzień podjęłam decyzję i nawet nie oczekiwałam, że będzie tak wspaniale! Ze łzami w oczach żegnając się z koleżankami i już myślę, jak najszybciej tu wrócić, a najchętniej bym tu zamieszkała. Dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do stworzenia takiego miejsca, za każdy uśmiech i każde słowo.

Warsztaty są świetnym pomysłem na przepracowanie rozmaitych problemów związanych z chorobą zarówno dla osób chorujących jak i ich bliskich. Dobrym i ważnym połączeniem jest terapia warsztatowa i ruchowa oraz duże urozmaicenie zajęć, np. rozszerzenie o zajęcia muzyczne. Bardzo dziękuję za możliwość skorzystania z warsztatów!

Opinie pacjentów na temat warsztatów Terapii Simontonowskiej.

POZNAJ SWOJE PRAWA

Prawa pacjenta onkologicznego do rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego



W tym wydaniu „Głosu Pacjenta Onkologicznego” Andrzej Piwowarski porusza problem dostępu do rehabilitacji, która jest złożonym i skomplikowanym procesem – medycznym, psychicznym i społecznym. W naszej rzeczywistości tak naprawdę zajmujemy się tylko jednym jego elementem, rehabilitacją leczniczą czy inaczej medyczną. Kolejnym elementem, który powoduje bałagan i zamieszanie to funkcjonowanie wielu różnych systemów, z których można korzystać. Czy ktoś nad nimi sprawuje kontrolę i dba o bezpieczeństwo oraz dobro pacjenta? To jest bardzo wątpliwe i trudne do ustalenia.

Systemy rehabilitacji w Polsce

Swoje systemy mają: KRUS i ZUS w ramach prewencji rentowej, NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz PFRON w ramach rehabilitacji społecznej, kierujący osoby niepełnosprawne na tzw. turnusy rehabilitacyjne. **Te wszystkie działania są nieskoordynowane i bardzo chaotyczne, a ponadto czas oczekiwania na nie jest bardzo długi i często niweczy skutki dobrze wykonanej operacji. W ten sposób marnujemy nasze środki i „produkujemy” kolejnych rencistów oraz osoby z niepełnosprawnością.** Ale do rzeczy. Kilka najważniejszych informacji o tych systemach.

Rehabilitacja prowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)

NFZ klasyfikuje rehabilitację ze względu na miejsce jej przeprowadzania:

- w warunkach ambulatoryjnych;
- w warunkach domowych;
- w ośrodku lub oddziale dziennym;
- w warunkach stacjonarnych.

Mamy wiele jej odmian w zależności od schorzeń, jak:

- rehabilitacja ogólnoustrojowa,
- rehabilitacja neurologiczna,
- rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,

- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku,
- rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacji hybrydowej,
- rehabilitacja pulmonologiczna.

Leczenie uzdrowiskowe

Oddzielną kwestią jest korzystanie z leczenia uzdrowiskowego, które z zasady jest dopełnieniem leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Skierowanie wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego biorąc pod uwagę stan zdrowia oraz wskazania i ewentualne przeciwwskazania. **NFZ zastrzega, że na leczenie uzdrowiskowe mogą być kierowani jedynie pacjenci wystarczająco sprawni, aby odbyć podróż do uzdrowiska, samodzielni, zdolni do samoobsługi i korzystania z zabiegów leczniczych.**

Co ważne, istnieje katalog ogólnych i szczegółowych wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej (określone są one w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 roku w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2012 poz. 14), ogólne to:

- stan chorobowy, w którym leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przy wykorzystaniu właściwości naturalnych surowców leczniczych mogłyby spowodować pogorszenie stanu zdrowia pacjenta;

- choroba zakaźna w fazie ostrej;
- ciąża i połóg;
- **czynna choroba nowotworowa oraz okres przed upływem 5 lat w przypadku czerniaka złośliwego, białaczki, ziarnicy złośliwej, chłoniaków złośliwych, raka nerki, a w przypadku innych nowotworów złośliwych przed upływem 12 miesięcy od zakończenia leczenia operacyjnego, chemioterapii lub radioterapii, z wyłączeniem leczenia hormonalnego (nie dotyczy to raka krtani i raka piersi).**

Przeciwwskazania dotyczące korzystania z leczenia uzdrowiskowego przez osoby chore na nowotwory zawarte w Rozporządzeniu są już nieaktualne w świetle najnowszej wiedzy medycznej. Jak podkreślają onkolodzy i specjaliści rehabilitacji, w przypadku pacjentów onkologicznych to lekarz prowadzący według indywidualnych zaleceń decyduje czy chory ma jakieś przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego. Zalecając leczenie uzdrowiskowe na skierowaniu lekarz wskazuje nie chorobę nowotworową, ale schorzenia towarzyszące i współistniejące.

Nie mniej przepisy w tym zakresie nie zmieniły się i NFZ nadal odmawia pacjentom onkologicznym objętym powyższym Rozporządzeniem leczenia uzdrowiskowego. Aktualnie trwają prace nad nowelizacją Ustawy i możemy się wkrótce spodziewać, że jej treść zmieni się z korzyścią dla pacjentów onkologicznych.

Rehabilitacja prowadzona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)

W ramach prewencji ZUS skierowanie na rehabilitację mogą otrzymać osoby, które:

- są ubezpieczone w ZUS (pracując zawodowo),
- pobierają zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne,
- pobierają rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy,

W tym systemie można zostać skierowanym na rehabilitację:

- **stacjonarną (pobyt całodobowy w ośrodku rehabilitacyjnym) w przypadku schorzeń:**
 - narządu ruchu,
 - układu krążenia,
 - układu oddechowego,
 - psychosomatycznych,
 - onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego,
 - narządu głosu,
- lub też **rehabilitację ambulatoryjną (codziennie dojazdy na rehabilitację, w wyznaczonych godzinach) w przypadku schorzeń:**
 - narządu ruchu,
 - układu krążenia, w tym monitorowane teledygniecznie.

Rehabilitacja prowadzona przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)

Można powiedzieć, że rehabilitacja ze środków PFRON jest najbardziej kompleksowa, ponieważ obejmuje ona sferę społeczną, zawodową i elementy rehabilitacji medycznej oraz psychicznej (czyli właśnie turnusy rehabilitacyjne, które w ramach funduszu są traktowane jako rehabilitacja społeczna). **Ograniczeniem jest tutaj konieczność posiadania statusu prawnego osoby niepełnosprawnej** (orzeczenie o niepełnosprawności – dla dzieci do 16 r. ż., orzeczenie o stopniu niepełno-

sprawności lub częściowej, albo całkowitej niezdolności do pracy).

Kolejnym ograniczeniem jest natomiast spełnianie kryteriów dochodowych:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej,
- po przekroczeniu tych kwot dofinansowanie pomniejsza się o kwotę, o którą dochód został przekroczony.

Dofinansowanie wynosi odpowiednio:

- 30% przeciętnego wynagrodzenia dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu, osoby niepełnosprawnej do 16 r. ż., osoby niepełnosprawnej w wieku 16–24 lata uczącej się i niepracującej bez względu na stopień,
- 27% przeciętnego wynagrodzenia dla osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,
- 25% przeciętnego wynagrodzenia dla osób z lekkim stopniem niepełnosprawności,
- 20% przeciętnego wynagrodzenia dla opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- 20% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia.

Uwaga: wysokość aktualnego przeciętnego wynagrodzenia ogłaszana jest co kwartał przez Prezesa GUS. Za I kwartał 2018 r. wynosiło ono 4622,44 zł.

PFRON stoi na stanowisku, że rehabilitacja medyczna jest dopełnieniem dwóch podstawowych działów rehabilitacji, które są finansowane z funduszu, czyli społecznej i zawodowej.

Dostęp do rehabilitacji w ramach PFRON jest ograniczony, ponieważ powiaty z racji braku środków, ograniczają korzystanie z dofinansowań do turnusów przyznając je raz na dwa lub trzy lata. Dodatkowo pierwszeństwo mają dzieci i młodzież niepełnosprawna do lat 24 oraz osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Warto wiedzieć, iż PCPR (MOPS, MPOR – które dysponują środkami z PFRON, gdzie należy składać wymagane wnioski wraz z załącznikami), **odpowiedzialne są tylko za przekazanie środków dla realizatorów turnusów, sami zainteresowani muszą znaleźć sobie odpowiedni ośrodek** (wpisany do rejestru, szczegóły można znaleźć na portalu Empatia <http://empatia.mpips.gov.pl/>), **jak również czas i miejsce realizacji turnusu. Dla wielu, zwłaszcza starszych osób, jest to utrudnienie i ograniczenie dostępu do korzystania z rehabilitacji świadczonej przez PFRON.**

Podstawa prawna:

- Art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. nr 131, poz. 1457)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 listopada 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2281)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1937).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 ze zm.)

Strony internetowe
nfz.gov.pl
pfron.org.pl
zus.pl
empatia.mpips.gov.pl
stat.gov.pl
isap.sejm.gov.pl
niepelnosprawni.gov.pl

Dlaczego słońce szkodzi skórze, a zwłaszcza skórze pacjentów z wywiadem onkologicznym?



Dr n. med. Joanna Czuwara, specjalista dermatolog, dermatopatolog z Katedry i Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wyjaśnia, jaki wpływ na skórę ma słońce i dlaczego jest ono szczególnie niekorzystne dla pacjentów onkologicznych.

Słońce ma złożony wpływ na skórę. Jeszcze 30–40 lat temu dostrzegano przede wszystkim jego korzystne działanie, a to w związku z wpływem promieniowania słonecznego na syntezę witaminy D, która chroni organizm przed krzywicą i gruźlicą. Jednak w latach 80. ubiegłego wieku w związku z wyjazdami do nasłonecznionych rejonów świata osób o jasnym fototypie (Skandynawowie, Niemcy, Brytyjczycy) okazało się, że wpływ nadmiernego nasłonecznienia na skórę ma niekorzystny wpływ i zwiększa istotnie występowanie raków skóry i czerniaków. Dziura ozonowa przepuszczająca zwiększoną ilość promieniowania ultrafioletowego dopełniła reszty i w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku nie było wątpliwości, że przed słońcem trzeba się chronić i rozsądnie z niego korzystać.

W 2008 r. światowa organizacja zdrowia stwierdziła i ogłosiła związek przyczynowo-skutkowy między solariami a częstością występowania raków skóry i czerniaków zwłaszcza u osób w młodszym wieku, co miało wpływ na decyzje wielu państw na wycofanie solariów z rynku usług lub wprowadzenie ograniczeń wiekowych z ich korzystania. Jak wiemy miało to również miejsce w Polsce. Dla przypomnienia, w listopadzie 2017 dzięki poparciu prezydenta Andrzeja Dudy weszła w życie ustawa zabraniająca korzystania z solariów osobom przed uzyskaniem pełnoletności, wraz z zakazem promocji i reklamy tych usług.

O zabezpieczeniu skóry przed działaniem słońca powinny szczególnie dbać osoby z wywiadem onkologicznym. Pacjent z chorobą onkologiczną to chory

z określonymi zaburzeniami prowadzącymi do niekontrolowanego wzrostu komórek rakowych, z osłabioną odpornością i upośledzoną zdolnością rozpoznawania komórek zmutowanych. Ponadto leczenie onkologiczne, któremu jest poddawany zmniejsza sprawność układu immunologicznego i regenerację tkanek. W związku z tym **wystawianie skóry pacjenta z chorobą nowotworową na słońce grozi poważniejszymi konsekwencjami niż chorego bez takich obciążeń**. Z tego powodu fotoprotekcja, a więc stosowanie metod przeciwdziałających wpływowi słońca, jest szczególnie podkreślana we wszystkich działaniach profilaktycznych terapii onkologicznych.

Jak słońce wpływa na skórę?

Populacja mieszkańców Polski jest jednorodna i składa się z osób o jasnym kolorze skóry. Wśród Polaków wyróżniamy 3 grupy odmiennie reagujące na działanie słońca:

1. Osoby nieopalające się, których skóra czerwienieje na słońcu.
2. Osoby, których skóra szybko po opalaniu słonecznym brązowieje.
3. Osoby z grupy pośredniej, najliczniej reprezentowanej, których skóra na silniejszym słońcu najpierw zaczerwienia się, robi się obrzęknięta i piekąca, a potem brązowieje.

Opalenizna, a więc zwiększona produkcja barwnika skóry – melaniny stanowi sposób ochrony skóry przed szkodliwym działaniem słońca i nie jest objawem dobroczynnego wpływu słońca na skórę.

Promieniowanie słoneczne docierające na Ziemię składa się z:

- pasma światła widzialnego dzięki któremu mamy dzień,
- promieniowania ultrafioletowego UV, które wnika w skórę powierzchownie (UVB) lub głębiej (UVA) i uszkadza jej komórki prowadząc do powstawania raków skóry i czerniaków,
- podczerwieni, która daje uczucie ciepła i uszkadza skórę.

Najbardziej niekorzystne z punktu widzenia tworzenia raka skóry (kancerogenezy) jest promieniowanie UV. Pod jego wpływem uszkadza się materiał genetyczny komórek skóry tzw. DNA i komórki najpierw zaczynają nieprawidłowo dojrzewać i różnicować się, a następnie zaczynają nieprawidłowo się dzielić i namnażać. Kolejnym niekorzystnym zjawiskiem indukowanym przez promieniowanie UV jest powstawanie wolnych rodników i reaktywnych form tlenu, które uszkadzają struktury komórkowe lipidowo-białkowe oraz zaburzają procesy energetyczne w komórkach. **Komórka z uszkodzonym DNA i wadliwym szlakiem energetycznym to komórka zmutowana, która stanowi punkt wyjścia raka.**

Oczywiście natura stworzyła mechanizmy zapobiegające takim procesom.

Przed słońcem chroni nas:

1. **Barwnik melanina** odbijająca lub pochłaniająca promieniowanie UV.
2. **Antyoksydanty** (m.in. witamina E, witamina C, beta-karoten, flawonoidy z zielonych i żółtych warzyw i owoców), zabezpieczające przed reaktywnymi formami tlenu.
3. **Antyoknogeny** (białko p53, endonukle-

azy, programowana śmierć komórki), chroniące przed uszkodzeniem DNA.

4. **Limfocyty** o właściwościach cytotoksycznych, rozpoznające i niszczące zmutowane komórki.

Okazuje się jednak, że melanina nie jest doskonałym parasolem fotoprotekcyjnym, ponieważ pod wpływem UV ulega wzbudzeniu energetycznemu i po nagrzaniu słońcem przekazuje swój stan wzbudzenia w postaci aktywnych elektronów na DNA komórek, prowadząc do jego uszkodzenia. A więc **melanina z jednej strony chroni, a z drugiej paradoksalnie sama uszkadza DNA komórek, w których ma pełnić rolę ochronną i dodatkowo sprzyja mutacjom.** Dzieje się tak, gdy jest wystawiona na działanie słońca. Co więcej, im jaśniejsza melanina (blondyni i rudzi), tym bardziej ulega wzbudzeniu pod wpływem słońca i jest bardziej mutagenna niż melanina ciemna. To jeden z głównych powodów, dla którego lepiej się przed słońcem chronić, zwłaszcza jeśli się ma jasną karnację.

Inny ważny powód ochrony to fakt, że **nieopalona skóra lepiej rozpoznaje komórki**

nieprawidłowe i zmutowane, ponieważ słońce tłumi aktywność komórek odpornościowych i działa na nie hamująco. **Nieopalona skóra ma większy zapas antyoksydantów, które wymiatają wolne rodniki.**

Warto pamiętać, że należy unikać opalania w porze największego nasłonecznienia tj. w godzinach 10.00–14.00, a słońce nad wodą, na śniegu i na piasku działa na skórę ze zdwojoną mocą z powodu efektu odbicia UVB wynoszącego 85%.

Pacjent z chorobą nowotworową powinien dbać o ochronę przed słońcem ponieważ wiele z mechanizmów obronnych jego organizmu zostało naruszonych (układ odpornościowy, antyoksydanty, antyokogeny) i poprzez zastosowanie prostej i łatwej metody nałożenia blokera przeciwsłonecznego na skórę i unikanie słońca w czasie największego nasłonecznienia istotnie zmniejsza ryzyko rozwoju kolejnego raka – tym razem skóry – oraz wyczerpania zapasów anty-kan-

cerogennych. Warto także pamiętać, że **wiele leków m.in. onkologicznych wchodzi w reakcję ze słońcem prowadząc do powstania zmian zapalnych, czerwonych i swędzących lub brązowych plam.**

Wybór preparatów chroniących przed promieniowaniem słonecznym jest ogromny i obejmuje kremy, emulsje, aerozole, pomadki, związki poprawiające regenerację skóry. Powstały one właśnie z myślą o pacjentach onkologicznych, pacjentach z przewlekłymi dermatozami albo suchą i nadwrażliwą skórą. Co więcej, **istnieją takie formuły blokerów, które nie tylko chronią przed promieniowaniem UV, ale dodatkowo chronią DNA komórek skóry przed mutagennym działaniem słońca.**

Preparaty przeciwsłoneczne należy także odpowiednio i konsekwentnie stosować. **Nakłada się je na 20 minut przed wyjściem na słońce oraz w odpowiedniej ilości tj. 2 mg/cm².** Preparat z filtrem nałożony w odpowiedniej ilości musi widocznie pokrywać powierzchnię skóry. Wtedy pełni swoją zamierzoną rolę.

EAU THERMALE
Avène
SunsiMed
WYRÓB MEDYCZNY
BARDZO WYSOKA OCHRONA SKÓRY

**OCHRONA SKÓRY PRZED RYZYKIEM WYSTĄPIENIA:
ROGOWACENIA SŁONECZNEGO⁽¹⁾
ORAZ NOWOTWORÓW SKÓRY⁽²⁾
(nie dotyczy czerniaka)**

- Udowodniona skuteczność w zapobieganiu uszkodzeń DNA⁽³⁾
- Przyjemna konsystencja i precyzyjne dozowanie

Zmniejszenie o **99,2%** uszkodzeń DNA

FORMUŁA SUCHY DOTYK
BEZ ZAPACHU
WODOODPORNY

INFORMACJA
SunsiMed jest przeznaczony do skóry nadwrażliwej na działanie słońca. Zapewnia bardzo wysoką ochronę i zapobiega ryzyku powstawania rogowacenia słonecznego, nowotworów skóry (nie dotyczy czerniaka), fotostarzenia. Wyrób medyczny klasy I, w trakcie oznakowania CE. Należy przeczytać dokładnie zalecenia znajdujące się na opakowaniu i w instrukcji używania. Nie stosować bezpośrednio na błonę śluzową ani na uszkodzoną skórę.

(1) Williams G, Neale R, Frost C et al. A randomized controlled trial to assess sunscreen application and beta carotene supplementation in the prevention of solar keratoses. *Darlington S, Arch Dermatol.* 2003 Apr;139(4):451-5.
(2) Van der Pols JC, Williams GA, Pandeya N et al. Prolonged prevention of squamous cell carcinoma of the skin by regular sunscreen use. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006 Dec;15(12):2546-8.
(3) Study report RV4344B2013213: A monocentric, intra-individual controlled study to assess the Photoprotection of the sunscreen RV4344B - RP0629 against Molecular Photodamage in the Skin after acute and "sub-chronic" UVR exposure (5 days), in a healthy young adult population. 01.15.

Leczenie raka płuca w Polsce

Ostatnie miesiące to dobre wiadomości dla pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca. Minister zdrowia sukcesywnie obejmuje refundacją kolejne nowoczesne terapie. Pierwsze zmiany pojawiły się na majowej liście refundacyjnej, kiedy chorzy na raka płuca otrzymali dostęp do innowacyjnych leków immunoterapeutycznych: *niwolumabu* oraz *pembrolizumabu*. Na najnowszej, lipcowej liście pojawił się *nintedanib*. Jakie nowoczesne możliwości terapeutyczne, poza chemioterapią mają obecnie pacjenci z rakiem płuca? A na refundację jakich leków nadal czekamy? Poniżej opis i schemat standardu terapii dostępnego w większości krajów europejskich.

Rak niedrobnokomórkowy o typie płaskonabłonkowym IMMUNOTERAPIA

Dostępna terapia: *niwolumab* w drugiej linii leczenia u chorych z progresją choroby po chemioterapii.

Niedostępne terapie: *pembrolizumab*, *atezolizumab* w drugiej linii leczenia u chorych z progresją choroby po chemioterapii.

Rak niedrobnokomórkowy o typie niepłaskonabłonkowym

(rak gruczołowy, rak wielkokomórkowy, NOS):
IMMUNOTERAPIA

Dostępna terapia: *pembrolizumab* w pierwszej linii leczenia u chorych z ekspresją PDL-1 > 50%.

Niedostępne terapie: *pembrolizumab*, *niwolumab*, *atezolizumab* w drugiej linii u chorych z progresją choroby po chemioterapii

MOLEKULARNA TERAPIA CELOWANA

Dostępne terapie:

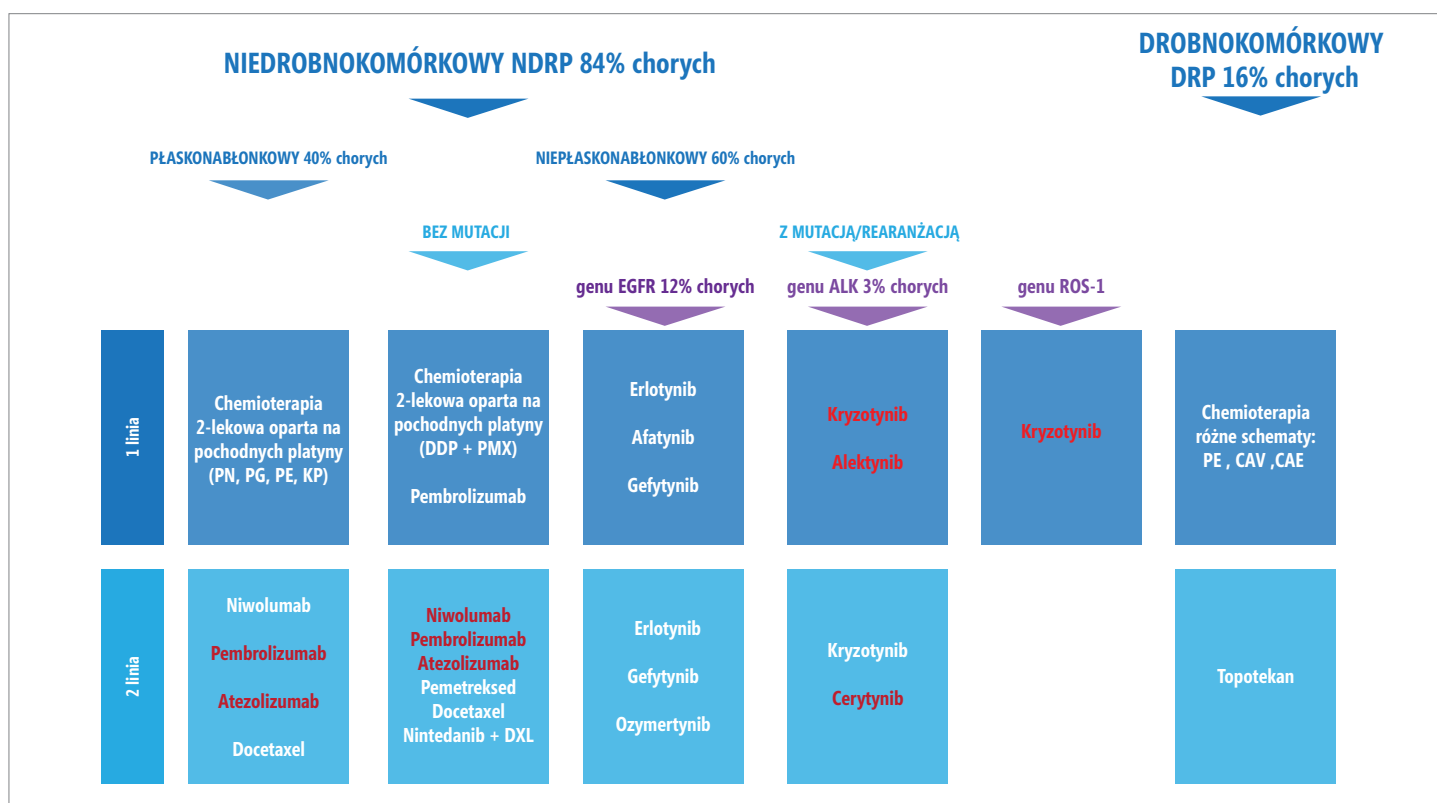
- *erlotynib* i *gefytynyb* w pierwszej i drugiej linii leczenia u chorych z mutacją aktywującą EGFR.
- *ozymertynyb* w drugiej linii leczenia u chorych z mutacją oporności T790M po niepowodzeniu leczenia TKI EGFR 1 i 2 generacji.
- *kryzotynib* w drugiej linii u chorych z rearanżacją genu ALK po chemioterapii 1 linii i progresji choroby.

Niedostępne terapie:

- *kryzotynib* w pierwszej linii leczenia u chorych z rearanżacją genu ALK i u chorych z rearanżacją genu ROS-1
- *alektynyb* w pierwszej i trzeciej linii u chorych z rearanżacją genu ALK
- *cerytynyb* w drugiej linii leczenia u chorych z rearanżacją genu ALK

Co 20 minut z powodu raka płuca umiera w Polsce jedna osoba. 85% pacjentów diagnozowanych jest w zaawansowanym stadium, kiedy operacja jest niemożliwa. Tym chorym mogą przedłużyć życie i poprawić jego jakość innowacyjne terapie. Mamy nadzieję, że minister zdrowia utrzyma pozytywny trend i będzie poszerzał listę o kolejne nowoczesne terapie, a my będziemy monitorowali te działania.

STANDARD LECZENIA RAKA PŁUCA



Konsultacja merytoryczna – prof. Dariusz Kowalski, prezes Polskiej Grupy Raka Płuca, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

AQUASTOP[®] RADIOTERAPIA

Wyrob medyczny przebadany dermatologicznie

Poprawia stan skóry
i komfort życia pacjentów



• Podrażniona skóra • Pękanie naskórka • Zaczerwienienie • Świąd

Łagodzący preparat **AQUASTOP[®] Radioterapia** ukoji skórę poddaną naświetlaniu, przeznaczony jest do ochrony skóry w trakcie trwania radioterapii i po jej zakończeniu. Ogranicza popromienne uszkodzenia skóry takie jak: oparzenia, suchość, zaczerwienienie, świąd, złuszczenie i pękanie naskórka. Preparat dzięki odpowiednio dobranej recepturze, przyspiesza procesy naprawcze i odnowę skóry. Natłuszcza ją i uelastycznia, pozostawiając na jej powierzchni delikatny film ochronny. Dobrze się wchłania i łatwo rozsmarowuje podnosząc komfort stosowania.

Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne „Ziotopek” Sp. z o.o. ul. Starołęcka 18g, 61-341 Poznań

Preparat **nie** zawiera w swoim składzie:

- wody
- kompozycji zapachowych
- barwników

Dostępność: Apteki,
e-sklep na stronie ziotopek.pl



R jak rodniki

Dr Sybilla Berwid-Wójtowicz, specjalistka ds. żywienia klinicznego wyjaśnia, co to są wolne rodniki, jak powodują stres oksydacyjny, przyczyniają się do nowotworzenia oraz radzi, jak odpowiednią dietą zneutralizować ich szkodliwy wpływ na organizm.

W obecnych czasach stres towarzyszy nam na każdym kroku. Zarówno ten odczuwany jako zdenerwowanie, jak i ten związany z naszym organizmem na poziomie komórkowym, czyli stres oksydacyjny.

Coraz więcej badań dowodzi, że jednym z czynników przyczyniających się do nowotworzenia są tak zwane wolne rodniki. Okazuje się, że odpowiednio się odżywiając zarówno prewencyjnie, jak i w trakcie choroby, możemy neutralizować ich negatywny wpływ na organizm.

Dlatego warto dowiedzieć się skąd pochodzą i jak uniknąć ich negatywnego działania.

Aby żyć musimy oddychać. Obecność tlenu jest niezbędna do powstawania energii życiowej dla każdego z nas, jak i każdej komórki naszego ciała.

Podczas zwiększonego wysiłku czy choroby potrzebujemy często więcej tlenu, powstaje również większa ilość produktów odpadowych procesu oddychania. To może prowadzić do stresu oksydacyjnego, procesu w którym w wyniku nasilonego utleniania powstają reaktywne rodniki, czyli cząsteczki siejące spustoszenie w organizmie w celu osiągnięcia własnej równowagi.

Ich działanie wygląda czasem jak efekt domina – gdy przewróci się jedna kostka, za chwilę leci za nią cały rząd. **Jeśli wolne rodniki nie trafią na antyoksydanty lub przeciwutleniacze, wówczas uszkadzają komórki organizmu, przyczyniając się do powstawania między innymi komórek nowotworowych.**

Jak mole w bibliotece

Jak to jest możliwe, aby tak małe cząstki były aż tak szkodliwe? Otóż wyobraź sobie, że Twoje ciało to olbrzymia biblioteka. **Każda komórka w organizmie jest jak encyklopedia, w której znajdują się wszystkie informacje mówiące o budowie i funkcjonowaniu twojego ciała.** Aby nie było bałaganu odpowiednie komórki, mają swoje zakładki wskazujące, jakie fragmenty encyklopedii można czytać w danej komórce. W komórkach skóry będzie zaznaczony jeden rozdział, a w komórkach wątroby inny. **Zarówno pomyłki w czytaniu, jak i uszkodzone kartki w takiej książce prowadzą do nieprawidłowości w zapisie i tym samym do powstawania komórek chorych zamiast zdrowych.** Błędy mogą być również wynikiem tego, że tak samo jak starzejące się strony żółkną i kruszą się, tak starzejące się komórki w naszym organizmie mogą przekazywać uszkodzone informacje. Podobnie jak książkowe mole nadgryzają strony i uszkadzają książki, tak wolne rodniki, mogą prowadzić do uszkodzeń prowadzących do powstawania wadliwych komórek, w tym nowotworów. Każdy miłośnik książek wie, że dbanie o bibliotekę, wiąże się z regularnym odkurzaniem książek, ich przeglądaniem i zabezpieczeniem przed molami. Tak samo my **musimy dbać o odpowiedni poziom aktywności oraz dietę bogatą w przeciwutleniacze.** Starajmy się zatem szanować nasz organizm, tak jak szanujemy najcenniejsze książki.

Rodniki, jak małe szkodniki

Rodniki mogą także zostać dostarczone do organizmu z zewnątrz. Źródłem wolnych rodników jest wiele czynników takich jak: smog, dym papierosowy, wędzarniczy (np. grill), niektóre substancje

powstające w trakcie obróbki żywności (głównie smażenia i piekania), a także powstające w wyniku leczenia produkty przemiany materii. **Wiele suplementów wspiera redukcję stresu oksydacyjnego,** ale warto zwrócić uwagę, że utrzymanie równowagi w organizmie nie jest takie proste. Nasilenie stresu może być inne w różnych partiach ciała i czasem możemy mieć ograniczone możliwości, aby tam dotrzeć. Dlatego zamiast nagłych uderzeniowych dawek przeciwutleniaczy (które w nadmiarze także są szkodliwe podobnie jak wolne rodniki), rekomenduje się ich stałą podaż z pokarmem w umiarkowanych ilościach. **Bogatym źródłem przeciwutleniaczy są sezonowe, dojrzałe owoce i warzywa, ale przed obróbką pamiętajmy najpierw o ich dokładnym umyciu, aby pozbyć się zanieczyszczeń.**

Zdrowie kryje się w kolorze

Gdzie i kiedy szukać pomocy? Odpowiedź jest prosta: w codziennej porcji warzyw i owoców.

Obecnie rekomendowane są przynajmniej 3 porcje warzyw i około 2 porcji owoców dziennie. Badania naukowe wykazują, że żadne suplementy nie są w stanie dostarczyć nam tak aktywnej porcji witamin i przeciwutleniaczy do walki z wolnymi rodnikami, co zbilansowana dieta.

Staraj się wybierać owoce i warzywa w zależności od sezonu. Wiosną postaw na nowalijki. Latem wybieraj świeże jagody, truskawki czy intensywnie czerwone i pachnące pomidory. Jesień to okres, kiedy najlepiej smakuje dynia i jabłka. Zimą przede wszystkim skorzystaj z ko-

rzeniowych warzyw, przetworów i mrożonek.

Na zachowanie wartości odżywczej produktów ma wpływ także sposób obróbki termicznej. Najcenniejsze są przetwory pomidorowe, przecierane soki ze świeżej marchwi, ale także niektóre warzywa zielone gotowane na parze (brokuły) czy blanszowane (szpinak).

Pokarmy mają różną zawartość substancji działających przeciwko wolnym rodnikom, określana jest ona w skali ORAC (z ang. Oxygen Radical Absorbance Capacity). Oznacza to, że laboratoryjnie dana porcja pokarmu może mieć określoną zdolność do neutralizowania działania wolnych rodników w próbce.

Na tej podstawie określany jest potencjał przeciwutleniający pokarmów, które niwelują działanie wolnych rod-

ników powstających w naszym organizmie.

Warto pamiętać, że finalna zawartość zależy od stopnia rozwodnienia lub wysuszenia surowca, a także jego przetworzenia (w rozgotowanych, odsmażanych warzywach znajdziemy raczej wolne rodniki niż przeciwutleniacze...).

Jak pokolorować szpitalny posiłek?

Jedzenie szpitalne często jest szare, bure i ponure. Dodanie kolorowych warzyw oraz owoców nie tylko wzbogaci jadłospis pacjenta, ale również zmniejszy codzienną monotonię posiłków. Mając problem ze spożywaniem posiłków, możemy poprawić smak i uatrakcyjnić sposób, w jaki wypijamy doustne preparaty odżywcze jak Resource. Dorzucenie porcji jagód, truskawek czy malin urozmaici posiłek. Możemy łączyć ze sobą różne smaki, np. zmiksować Resource o smaku truskawki z garścią borówek, a na końcu udekorować tartą,

gorzką czekoladą. Przełamię to szpitalną, monotonną dietę, zachęci pacjenta do jedzenia i tym samym dostarczy niezbędnych składników odżywczych, które są potrzebne w walce z niedożywieniem. Warto o tym pamiętać, gdyż **stres organizmu związany z niedożywieniem wpływa na powstawanie wolnych rodników!**

Najwyższe wartości przeciwutleniające mają ciemnoczerwone i fioletowe owoce (jagody, borówki, maliny, śliwki, żurawina, aronia), a z warzyw zaś rośliny strączkowe (kolorowe fasole). Źródłem przeciwutleniaczy są również: gorzka czekolada, zielona herbata, migdały, orzechy włoskie oraz niektóre przyprawy (cynamon, curry, majeranek, tymianek, papryka słodka, chili).

Choroba nie wybiera – Ty masz wybór.

Twoje wsparcie żywieniowe w chorobie

81% pacjentów,
którzy wzięli udział w badaniu,
pozytywnie oceniło produkt
Resource Protein
o smaku truskawkowym.*



Dietetyczne środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza.
Resource Protein: Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia.

* Badanie przeprowadzone w miesiącach kwiecień–maj 2017, na próbie N=200 pacjentów, którzy spróbowali produktu Resource 2.0 o smaku waniliowym oraz Resource Protein o smaku truskawkowym.

Wszystkie znaki towarowe należą do Societe des Produits Nestlé S.A., Vevey, Szwajcaria.

UBEZPIECZENIA
DODATKOWE



Wracaj do zdrowia razem z PZU

Chcemy Cię wspierać w każdym, nawet najcięższym momencie Twojego życia. Dlatego stworzyliśmy ubezpieczenie **PZU Z miłości do zdrowia**. Dzięki niemu zapewnimy Ci kompleksową opiekę lekarską i diagnostyczną, rehabilitację, wsparcie psychologiczne oraz pomoc opiekuna, jeśli zachorujesz na raka lub będziesz miał zawał albo udar.

☎ 801 102 102 pzu.pl



Rak. To się leczy! wspiera

Koncert charytatywny



26 czerwca br. w Teatrze 6. piętro w Warszawie, w ramach kampanii „Rak. To się leczy!” odbył się wspaniały i wzruszający koncert charytatywny dla podopiecznej ONKOfunduszu Pani Agaty Kościkiewicz zmagającej się z wyjątkowo rzadkim i złośliwym nowotworem naczyń krwionośnych. Podczas koncertu wystąpili: Patrycja Markowska, Grzegorz Markowski i zespół De Mono.

ONKOfundusz 100% wsparcia

Leczenie nowotworu to trudny proces, w który zaangażowany jest zarówno pacjent, jaki i jego rodzina oraz bliscy. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych prowadzi ONKOfundusz – internetowy serwis umożliwiający społeczną zbiórkę środków na leczenie chorych na raka.

Zebrań środki przeznaczone na realizację celów związanych z prowadzeniem terapii i wsparciem chorego, m.in. w zakupie sprzętu specjalistycznego czy pokryciu kosztów rehabilitacji. Darczyńcy za pomocą ONKOfunduszu mogą przekazywać dowolne kwoty na rzecz konkretnych pacjentów. Suma zgromadzonych darowizn, która trafi do podopiecznego na realizację wyznaczonego przez niego celu jest widoczna na jego profilu. Dzięki temu można na bieżąco monitorować postęp zbiórki. ONKOfundusz ma charakter społecznościowy i pozwala aktywizować znajomych do przyłączenia się do zbiórek. Środki gromadzone w ONKOfunduszu są przekazywane pacjentowi w 100 % bez pomniejszania ich o prowizje czy opłaty na rzecz organizatorów.

ONKOfundusz jest dla wielu pacjentów jedyną opcją dostępu do terapii nierefundowanych, których koszty wahają się od kilku do nawet 20–50 tys. miesięcznie. Pomagamy również tym, którzy muszą poddać się szczegółowym badaniom diagnostycznym, w tym genetycznym, które nie są refundowane przez NFZ. W ramach środków zebranych w ONKOfunduszu pokrywamy koszty przejazdu i zakwaterowania podczas leczenia, doposażania mieszkania w specjalistyczny sprzęt, rehabilitacji oraz żywienia medycznego tak ważnych w powrocie do zdrowia oraz zachowaniu jakości życia. Nie zbieramy środków na alternatywne terapie, których działanie nie jest poparte badaniami klinicznymi.

Jak zostać podopiecznym ONKOfunduszu

Aby zostać podopiecznym należy wysłać zgłoszenie na adres mailowy biuro@onkofundusz.pl. W celu weryfikacji statusu podopiecznego prosimy o przesłanie drogą mailową krótkiej historii choroby ze wskazaniem potrzeby zbiórki, załączenie skanu ostatniej posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę i stan kliniczny chorego oraz podanie danych kontaktowych. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej. Po weryfikacji przekazujemy pacjentowi umowę podopiecznego wraz z załącznikami do podpisu. Po zakończeniu formalności rusza zbiórka. Koszty leczenia czy innego rodzaju wsparcia są pokrywane na podstawie przedstawionych faktur i rachunków.

Dlaczego warto przyłączyć się do ONKOfunduszu

Nawet drobny gest jest ogromną szansą dla drugiego człowieka. Wspierający mogą nieść pomoc osobiście, ale też swoim zachowaniem zachęcać znajomych do wspólnego zbierania środków na leczenie i rehabilitację wybranej osoby, dać coś od siebie tym, którzy się nie poddają, na co dzień żyją z nowotworem. Dla pacjentów ONKOfundusz to możliwość uzyskania realnego wsparcia, ratującego zdrowie i życie, poprawiającego jego jakość. Chcemy, aby niezależnie od sytuacji, każda osoba miała równe szanse w leczeniu choroby nowotworowej.

Ostatnie zbiórki

AGATA

Cel: Rehabilitacja, leczenie z powodu nawrotu choroby

Najtrudniejsza nie jest sama operacja, ale odbiór wyniku histopatologicznego. W moim przypadku okazało się że to wyjątkowo rzadki



i wyjątkowo złośliwy nowotwór naczyń krwionośnych hemangiopericytoma G III, potocznie zwanym obłoniakiem typu 3. Lekarze twierdzą, że z obłoniakiem trzeba się zakumplować, bo wraca jak bumerang. Wciąż po kilku nieprzespanych i przeplakanych nocach postanowiłam przejąć kontrolę. Zrobię wszystko, żeby być przygotowana jak najlepiej na jego powrót i stanąć z podniesioną głową do kolejnej walki, ponieważ mam dla kogo. Jestem przecież mamą dwóch pięknych nastolatków, dla których muszę być.

IWONA

Cel: Rehabilitacja po przeszczepie szpiku kostnego, dalsze leczenie z powodu nawrotu choroby

Gdy słyszymy diagnozę „rak” człowieka paraliżuje, życie przelatuje przed oczami i myślimy, że to koniec. Jednak trzeba się wziąć w garść



i walczyć. Mam na imię Iwona. Rozchorowałam się w wieku 33 lat na nowotwór szpiku kostnego, choroba długo miała łagodny charakter jednak w 2016 roku ruszyła do przodu. W maju 2016 przeszłam zawał śledziony, która już wtedy była olbrzymia i utrudniała mi bardzo życie.

Więcej na: onkofundusz.pl

#WczesneWykrycieToŻycie – półmetek

Ogólnopolska Kampania Profilaktyki Nowotworów

Jesteśmy na półmetku Kampanii #WczesneWykrycieToŻycie. W czerwcu nasi ambasadorzy przestrzegali, na jakie zmiany skórne należy zwracać szczególną uwagę. W lipcu uwagę poświęciliśmy mało znanym nowotworom, jakim są mięsaki.

fot. Michał Gromada



Raki skóry są najczęściej występującymi nowotworami. Warto nauczyć się samokontroli nieprawidłowości mogących świadczyć o rozwoju nowotworu skóry – regularnej obserwacji najdrobniejszych zmian. Jeśli zauważymy jakieś niepokojące sygnały, nie lekceważmy ich, udajmy się do dermatologa, który przeprowadzi wstępne badanie skóry przy użyciu dermatoskopu i ewentualnie skieruje na dalszą diagnostykę. Nadchodzi lato, chrońmy skórę przed nadmierną ekspozycją na słońce, opalajmy się mądrze, aby uniknąć poparzeń. Rocznie rozpoznaje się nawet 10 000 nowych przypadków zachorowań na nowotwory skóry. Choć są one najczęściej dobrze rokujące, to lekarze alarmują, że są diagnozowane zbyt późno, w zaawansowanym stadium. Warto wskazać czynniki ryzyka zwiększające zachorowalność na nowotwory skóry takie jak: **nadmierna ekspozycja na promieniowanie słoneczne, wiek, blizny po oparzeniach lub przewlekłych stanach zapalnych, obciążenia genetyczne oraz jasna karnacja.**

Ambasadorka Kampanii Wczesne Wykrycie To Życie aktorka Hanna Śleszyńska zauważa – Rak skóry jest mniej niebezpieczny w naszym odczuciu, ponieważ sami możemy kontrolować swoje znamiona i obserwować, czy ich wygląd nie ulega zmianom. Ważne jest również, to że świadomość społeczeństwa o konieczności używania filtrów ochronnych czy szkodliwości solarium wzrasta z roku na rok.

Halina Bontruk – pacjentka leczona z powodu czerniaka mówi – Dzięki do-

stępowi do innowacyjnego leczenia i sile własnej psychiki dziś pracuję, zajmuję się rodziną. Włączyłam się w Kampanię, aby przestrzec innych przed tak podstępnym nowotworem, jak czerniak.

Rak skóry większości z nas kojarzy się wyłącznie z czerniakiem, a przecież poza nim wyróżniamy inne nowotwory skóry, m.in.: **rak podstawnokomórkowy** oraz **rak kolczystokomórkowy**. Nowotworowy charakter ma także rogowacenie słoneczne skóry.

Raki skóry – mówi Mirosława Skitek, prezes Stowarzyszenia Chorych na Czerniaka – to jedne z najpowszechniejszych nowotworów, odpowiadają one za więcej niż 75% wszystkich rozpoznań nowotworów złośliwych. Dzięki profilaktyce możemy zapobiec zmianom nowotworowym bądź wystarczająco wcześnie wszcząć leczenie, kiedy nowotwór jest wyleczalny. Dlatego nasze Stowarzyszenie organizuje bezpłatne badania videodermatoskopem. Terminy badań można odnaleźć na stronie www.stowczerniak.pl/badania-profilaktyczne.

Lipcową odsłoną Ogólnopolskiej Kampanii Wczesne Wykrycie To Życie poświęcona jest najczęściej występującym nowotworom rzadkim – mięsakom (łac. sarcoma). Większość tych nowotworów pochodzi z tkanki miękkiej (blisko 75%), 15% stanowią nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST), a 10% mięsaki kości. W Polsce notuje się około 800–1000 nowych zachorowań rocznie. Mięsaki tkanek miękkich mogą wystąpić u osób w każ-

dym wieku, ale najczęściej chorują na nie osoby starsze (szczyt zapadalności około 60. roku życia). Stanowią aż 10% nowotworów złośliwych u dzieci i tylko 1% u dorosłych.

Najczęstszym objawem jest niebolesny guz tkanek miękkich położony pod powiezią – cienką błoną otaczającą grupy mięśni. Guz daje różnego stopnia zniekształcenie zarysu kończyny. Inne rzadziej występujące objawy kliniczne mięsaków to ból, ograniczenie ruchomości w stawie, obrzęk, zaburzenia o charakterze neurologicznym lub naczyniowym. Każda niewyjaśniona zmiana tkanek miękkich o średnicy większej niż 5 cm wymaga diagnostyki. Zbyt często zmiany te są bagatelizowane, zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu. Pacjenci są odsyłani od lekarza POZ do ortopedy, a do onkologa trafiają w zaawansowanym stadium choroby.

Ambasador Kampanii Wczesne Wykrycie To Życie – mistrz olimpijski Andrzej Supron, mówi – O mięsakach usłyszałem dopiero przy okazji udziału w sesji zdjęciowej kampanii #WczesneWykrycieToŻycie prowadzonej przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych. Mimo, że jestem sportowcem i przykładam dużą wagę do kondycji swojego ciała, dopiero ekipa PKPO uświadomiła mi, jakie zmiany są niepokojące i powinny być obejrzone każdorazowo przez specjalistę.

Kamil Dolecki – prezes Stowarzyszenia Sarcoma podkreśla – W diagnostyce tych nowotworów często pomaga zwykle badanie fizykalne pacjenta, oraz obraz radiologiczny. Jeśli na podstawie tego badania nie można jednoznacznie stwierdzić, czy to mięsak czy zapalenie, przeprowadzane jest badanie metodą tomografii komputerowej albo rezonansu magnetycznego. Następnie dokonuje się rozpoznania histopatologicznego, określanego na podstawie oceny materiału tkankowego pobranego podczas biopsji.

W Radomskim Centrum Onkologii powstał oddział chirurgii onkologicznej

Od 1 lipca 2018 roku w Radomskim Centrum Onkologii działa oddział chirurgii onkologicznej. Procedurę finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Szpital jest jedyną w regionie specjalistyczną placówką kompleksowo leczącą pacjentów z chorobami nowotworowymi. **Otwarcie oddziału chirurgii onkologicznej pokazuje, że niewielkie szpitale dorównują jakością wykwalifikowanej kadry oraz specjalistycznego sprzętu dużym placówkom medycznym z miast wojewódzkich. O kontrakt dla RCO apelowali radni miejscy z Radomia, Stowarzyszenie Amazonek „Dana” w Radomiu oraz sami pacjenci.**

– Cieszymy się, że Narodowy Fundusz Zdrowia wysłuchał głosu chorych, bo to oni są tu najważniejsi. Dzięki tej decyzji pacjenci z Radomia mają na miejscu kompleksowy szpital onkologiczny – mówi Dorota Ząbek, dyrektor RCO.

Radomskie Centrum Onkologii posiada w tej chwili 100 łóżek, z czego ponad 20 jest przeznaczonych dla oddziału chirurgii onkologicznej. Szpital zatrudnia specjalistów onkologów klinicznych, onkologów radioterapeutów, specjalistów chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, a także psychologów,

rehabilitantów, specjalistów medycyny nuklearnej oraz lekarzy innych specjalizacji.

RCO jest wyposażone w dwie nowoczesne sale operacyjne i oddział opieki pooperacyjnej. W planach placówki jest ubieganie się o kolejne kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, między innymi na PET (Pozytonowa Tomografia Emisyjna). Szpital jako jedyny w Radomiu i okolicach posiada urządzenie do wykonywania tego typu badań.



Pierwsza operacja w RCO

Organizacje apelują o rejestry medyczne

Pięćdziesiąt organizacji wspierających pacjentów onkologicznych wystosowało apel do ministra zdrowia o przeznaczenie pieniędzy z przyszłorocznego budżetu na tworzenie rejestrów medycznych w dziedzinie onkologii. Obecnie Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia nie sprawdzają, czy diagnostyka i leczenie chorych przebiega z korzyścią dla pacjenta. System jest oparty o płatność za świadczenie. Ośrodek sprawozdaje liczbę wykonanych procedur i otrzymuje za nie pieniądze. Obie instytucje nie wiedzą również czy wykonanie danego świadczenia było uzasadnione. Taka sytuacja sprawia, że opłaca się leczyć pacjenta zamiast dbać o jak największy efekt zdrowotny. Rząd z kolei

nie ma narzędzi, aby udowodnić, że podejmowane przez niego inicjatywy faktycznie mają sens.

Odpowiedzią na obecne problemy mają być rejestry medyczne, pozwalające na monitorowanie jakości i efektywności opieki w poszczególnych ośrodkach oraz zbieranie danych o stopniu zaawansowania choroby. Organizacje apelują o przeznaczenie środków z budżetu państwa na 2018 r. na wdrożenie systemu rejestrów medycznych w dziedzinie onkologii. Do apelu załączyły uzgodniony projekt, który pokazuje, że wydatki na ten cel wyniosłyby 28 mln zł przez siedem lat. To mniej niż jedna tysięczna rocznego budżetu polskiej onkologii.

Leki onkologiczne refundowane od 1 lipca 2018

W programach lekowych dotyczących onkologii wprowadzono 3 zmiany:

1. **Vargatef (nintedanib)** w ramach programu lekowego „Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca z zastosowaniem afatynibu i nintedanibu (ICD-10 C 34)” w 2 linii leczenia dla chorych z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka.
2. **Herceptyna (trastuzumab)** w ramach programu lekowego „Leczenie raka piersi (ICD-10 C50)”. Wprowadzono zmiany w opisie istniejącego programu lekowego, które zrównują

podskórną i dożylną postać **trastuzumabu**.

3. **Kanjint (trastuzumab)**, który został objęty refundacją w ramach programu lekowego „Leczenie raka piersi (ICD-10 C50)” i jest pierwszym odpowiednikiem substancji czynnej **trastuzumab** w postaci dożylniej.



Ministerstwo Zdrowia

Więcej na: www.gov.pl/zdrowie

Deklaracja współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi



PARTNERZY:



Rozwój dialogu społecznego w ochronie zdrowia

19 czerwca 2018 r. podczas konferencji podsumowującej projekt „Obywatele dla Zdrowia” **Ministerstwo Zdrowia podpisało deklarację wdrożenia programu współpracy z organizacjami pozarządowymi**. Deklarację ze strony resortu zdrowia przekazała minister Józefa Szczurek-Zelazko, została ona przyjęta ze strony społecznej przez: Beatę Ambroziewicz – prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów, Tomasza Schimanka – eksperta OFOP oraz Bartłomieja Chmielowca – Rzecznika Praw Pacjenta. **Celem głównym Programu współpracy jest stały dialog ministra zdrowia oraz podległych mu i nadzorowanych przez niego instytucji z organizacjami pozarządowymi**, służący: poprawie jakości opieki zdrowotnej, pełniejszemu zaspokajaniu potrzeb pacjentów, poprawie ochrony praw pacjenta, upowszechnianiu edukacji i profilaktyki zdrowotnej.

W ostatnim czasie nastąpił ogromny przełom w relacjach między organizacjami pacjentów a decydentami, nie ograniczają się one wyłącznie do wysłuchania naszych stanowisk, ale także do merytorycznego dialogu nad kształtem rozwiązań systemowych nakierowanych na pacjenta. Relacje stają się coraz bardziej partnerskie. Pragnę jednak wyraźnie podkreślić, iż pacjenci nie mają być ekspertami w rozumieniu specjalistów medycznych, prawnych etc., lecz ekspertami pacjentów, dzielić się unikatowymi doświadczeniami oraz przekazywać oddolny głos, dotyczący potrzeb pacjentów i propozycji usprawnień – powiedziała Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.



Projekt Obywatele dla Zdrowia przyczynił się do zwiększenia aktywności organizacji pacjentów w konsultacjach oraz dialogu społecznym, podniósł kompetencje przedstawicieli organizacji z całego kraju.

W ramach projektu m.in.:

- wypracowano **program współpracy z Ministerstwem Zdrowia**,
- **przeprowadzono 20 szkoleń** interaktywnych we wszystkich województwach,
- zorganizowano comiesięczne **spotkania konsultacyjne** w siedzibie Rzecznika Praw Pacjenta,
- przygotowano **22 opinie** do konsultowanych aktów prawnych zdrowotnych,
- opracowano **20 rekomendacji** zmian systemowych dotyczących różnych obszarów opieki zdrowotnej,
- opracowano **Poradnik dialogu społecznego** dla organizacji pacjentów.

W projekcie wzięło udział ponad **300 przedstawicieli organizacji pacjentów**. Wszystkie opinie i rekomendacje przekazano Ministerstwu Zdrowia.

Na potrzeby projektu powstała nadal działająca strona internetowa **www.obywateledlzdrowia.pl** zawierająca m.in. bazę aktualnych konsultacji – projektów aktów prawnych w ochronie zdrowia, kalendarz szkoleń oraz listę organizacji konsultujących projekty. Bieżące aktualności i komentarze dotyczące obszaru partycypacji społecznej można także znaleźć na **profilu facebook**: <https://www.facebook.com/obywateledlzdrowia>.

To nie koniec naszych prac, nie spoczywamy na laurach, dzięki projektowi udało się zintegrować środowisko organizacji pacjentów i wspólnie powołać organizację parasolową – Polską Unię Organizacji Pacjentów, która będzie kontynuować budowanie potencjału i profesjonalizmu organizacji poprzez działania edukacyjne m.in. szkolenia, coaching, wspólne przedsięwzięcia, ale przede wszystkim ma dalej współtworzyć merytoryczny dialog z decydentami i partnerami społecznymi, tak aby głos pacjentów był uwzględniany nie tylko na etapie konsultacji, ale też tworzenia koncepcji rozwiązań systemowych – podsumowuje Beata Ambroziewicz, prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów, Obywatele dla Zdrowia.



Onkoprzestrzeń kreatywna

To projekt adresowany do wszystkich pacjentów onkologicznych, również tych niezrzeszonych w organizacjach, a także ich bliskich i wolontariuszy wspierających chorych na nowotwory. Mogą w nim uczestniczyć osoby w różnym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem osób z niepełnosprawnością. Projekt jest wspólnie realizowany przez **Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych oraz Fundację Twórczość i Dokumentacja ze środków Funduszu Inicjatyw Obywatelskich**.

Misją „Onkoprzestrzeni kreatywnej” jest **inspirowanie do przyjmowania aktywnej i twórczej postawy pozwalającej na przekierowanie negatywnych emocji związanych z chorobą w pozytywne działania kreatywne w różnych obszarach życia, wskazywanie na uzdrawiającą rolę kreatywności i samorozwoju poprzez różne formy terapii zajęciowej**.

Już w lipcu w Sierakowie Wielkopolskim odbędą się **warsztaty kreatywności plastycznej – rysunku, malarstwa, rzeźby oraz warsztaty z języka angielskiego. W planach: warsztaty choreoterapii i tańca tradycyjnego, zakończone potańcówką, warsztaty relaksacyjne i ograniczające stres – trening mindfulness oraz warsztaty emisji głosu, a także warsztaty języka filmowego i fototerapii zakończone wystawą zrealizowanych prac**.

W ramach projektu powstanie film dokumentujący projekt „Onkoprzestrzeń kreatywna” w reżyserii Marii Poszwińskiej. W związku z tym **warunkiem uczestnictwa w warsztatach jest wyrażenie zgody na nagrywanie, udział w filmie oraz publikowanie tych materiałów w przestrzeni internetowej i mediów wizualnych**.

Formularze zgłoszeniowe oraz szczegóły projektu dostępne na stronie: www.pkopo.pl/aktualnosci/2018/481



Refundacja profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów

W czerwcu br. minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski poinformował o projekcie nowelizacji rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w tym o refundacji profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów.

Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki i Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych mówi – **Jest to bardzo dobra decyzja, na którą od dawna oczekiwały kobiety z rakiem piersi, nosicielki mutacji BRCA1, BRCA2 zagrożone tzw. zespołem raka piersi i jajnika. Jeśli jeszcze zostanie wprowadzona zapowiedziana przez ministra refundacja profilaktycznej mastektomii, to Polki będą mogły się poczuć jak Angelina Jolie**.

Jak powiedziała na konferencji prasowej rzeczniczka Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, Aleksandra Rudnicka – **Niepokój budzi fakt, że zgodnie z projektem ustawy tak ważny zabieg mogą wykonywać specjaliści z zakresu chirurgii, ginekologii onkologicznej o zbyt małej praktyce, wykonujący jeden zabieg z zakresu ginekologii onkologicznej na miesiąc. Uwzględnimy to w konsultacjach ustawy**.

Zmiany, które ma wprowadzić rozporządzenie uwzględniają zalecenia naukowych towarzystw onkologicznych i ginekologicznych dla kobiet z mutacjami BRCA1, BRCA2. Ich wykonywanie dla większości tych pacjentek było dotąd nierealne, wiązało się z wysokimi kosztami. Ważne i korzystne

jest także upowszechnienie badań genetycznych w kierunku mutacji BRCA1, BRCA2 u osób, u których wywiad rodzinny wskazuje na możliwość dziedziczenia tych mutacji. **Badania genetyczne przeprowadzone u kobiet z tymi zmianami, dopiero wtedy, kiedy już są chore na raka, oznacza bardzo drogą terapię przedłużającą, ale nie ratującą życie. Dlatego trzeba być o krok przed rakiem i stosować wszystkie możliwe sposoby profilaktyki od badań genetycznych, przez terapie lekowe po zabiegi chirurgiczne, takie jak profilaktyczna mastektomia oraz usunięcie jajników i jajowodów. Trzeba też prowadzić szeroką edukację na ten temat, a ankiety na temat dziedziczenia nowotworów powinien przeprowadzać lekarz POZ. Do zabiegów tych pacjentka powinna być zakwalifikowana przez interdyscyplinarny zespół i wyrazić świadomą zgodę**.

Pacjenci onkologiczni pozytywnie przyjęli też proponowane w nowelizacji rozporządzenia zmiany dotyczące **powiększenia zakresu uprawnień oraz działań asystentek medycznych, ratowników i opiekunów medycznych**. Ma to wpłynąć na odbiurokratyzowanie pracy lekarzy i pielęgniarek, którzy będą mogli więcej czasu poświęcić pacjentowi. Jeśli jeszcze w najbliższym czasie zostanie określony status koordynatora pacjenta, to zarówno sytuacja lekarzy, jak i pacjentów pod względem organizacyjnym z pewnością zmieni się na lepsze.

Debata Wspólnie dla Zdrowia

13 czerwca br. w auli Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie odbyła się konferencja „Pacjent i system: zasady działania opieki medycznej”. Było to pierwsze takie spotkanie w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Jak podkreślił inicjator debaty, minister zdrowia Łukasz Szumowski, **debata jest szczególna, ponieważ wiąże się z bezprecedensowym wzrostem nakładów do 6% PKB w ciągu najbliższych pięciu lat, jest czymś, czego nie było w Polsce, w latach 2018–2024 planuje się przekazać na zdrowie ponad 830 mld zł. Minister podkreślił – Chcemy, aby te pieniądze, które trafią do systemu, były dobrze i efektywnie wydane, i aby poprawiły stan zdrowia oraz komfort całego społeczeństwa (...). Zmiany w służbie zdrowia dotyczą nas wszystkich, to nasza wspólna tro-**

ska i odpowiedzialność, dlatego rząd zdecydował, że na ochronę zdrowia przeznaczy znacznie więcej pieniędzy niż dotychczas. Musimy rozmawiać ze wszystkimi interesariuszami rynku zdrowia. Właśnie dlatego, aby spełnić te wszystkie przesłanki, zdecydowałem się zaprosić do dialogu zarówno pacjentów, jak też pracodawców, lekarzy, pielęgniarki i przedstawicieli innych zawodów medycznych, samorządy, uczelnie i ekspertów.

Środowisko pacjentów podczas debaty reprezentowały: Beata Ambroziewicz – prezes PUOP, Urszula Jaworska z Fundacji Urszuli Jaworskiej oraz Krystyna Wechmann – prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.



Opieka długoterminowa nad osobami starszymi

18 czerwca 2018 r., Ministerstwo Zdrowia oraz Bank Światowy zorganizowały w Warszawie międzynarodową konferencję poświęconą opiece długoterminowej nad osobami starszymi. Tematem konferencji były „Międzynarodowe doświadczenia i wyzwania przed Polską”.

Podczas konferencji **przedstawiono modele i narzędzia koordynacji opieki długoterminowej nad osobami starszymi, a także sposoby ich finansowania** w oparciu o doświadczenia: Francji, Danii, Niemiec, Chile, Estonii i Polski. Jak podkreślali uczestnicy konferencji **opieka długoterminowa nad osobami starszymi, jest coraz większym wyzwaniem organizacyjnym, finansowym i społecznym dla starzejących się społeczeństw**, dlatego trzeba pilnie znaleźć rozwiązania w oparciu o możliwości ekonomiczne, ale także specyfikę kulturową poszczególnych krajów. Matteo Morgandi i Ali Bargu z Banku Światowego roz-

ważali, czy **opłacalny dla państwa i rodzin jest kształtujący się w Polsce model opieki długoterminowej nad osobami starszymi, w którym obowiązki opiekuńcze mogą przejąć nie pracujący członkowie rodzin, odpowiednio wynagradzani przez system opieki**. Szczególne zainteresowanie wywołała prezentacja Ana-Maria Munoz, która przedstawiała na przykładzie Chile, jak skutecznie w ciągu 4 lat zbudowano strategię opieki długoterminowej nad osobami starszymi w kraju rozwijającym się. Dla Polski interesujące były także niedawne doświadczenia z Estonii, kraju o podobnym poziomie rozwoju. **Przedstawiciele krajów rozwiniętych takich jak Niemcy, Dania i Francja podkreślali, że także w ich krajach opieka długoterminowa nad osobami starszymi mimo dużych nakładów finansowych jest niewystarczająca.**

Konferencja ECPC

W dniach 8–10 czerwca br. odbyła się doroczna **konferencja Europejskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych** w Brukseli. Podczas konferencji m.in. **wypracowano rekomendacje pacjentów dotyczące standardów opieki nad chorymi z rzadkimi chorobami onkologicznymi oraz rakiem pęcherza moczowego**. Przedstawiciele poszczególnych krajów podzieli się swoimi doświadczeniami dobrych praktyk. **Beata Ambroziewicz – wiceprezes PKPO zaprezentowała Ogólnopolską Kampanię #WczesneWykrycieToŻycie** realizowaną przez organizacje współpracujące z Koalicją. Nasze szczególne zainteresowanie wzbudził projekt realizowany w Rumunii, w ramach którego wprowadzono **aplikację umożliwiającą badanie poziomu distressu u pacjenta onkologicznego**. Będziemy starali się go wprowadzić w Polsce. Długą dyskusję wywoła prezentacja prof. Johna Smytha, emerytowanego wykładowcy Uniwer-

sytetu w Edynburgu i redaktora naczelnego *European Journal of Cancer*, dotycząca **komunikacji z pacjentem onkologicznym, co jak się okazuje jest problemem nie tylko w Polsce, ale we wszystkich krajach europejskich**.



Uczestnicy konferencji ECPC, Bruksela 2018

fol. www.ecpc.org

Raport „Ocena terapii żywieniowej w polskich szpitalach”

Jak pokazuje najnowszy raport „Ocena terapii żywieniowej w polskich szpitalach” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu prawie 60% pacjentów badanych skalą NRS nie otrzymało zalecanego żywienia.

Ministerstwo Zdrowia w 2012 roku wprowadziło obowiązek oceny stanu odżywienia przy przyjęciu pacjenta do szpitala. Niestety ten obowiązek nie jest wystarczająco spełniany.

Koszty nieleczzonego niedożywienia sięgają w Polsce aż 11 mld zł rocznie. W kwocie tej znajdują się nie tylko wydatki bezpośrednio, związane z leczeniem, ale także koszty pośrednie. Około 11% pacjentów rozwija objawy niedożywienia w trakcie pobytu w szpitalu. Jak wynika z przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych badań pacjent niedożywiony kosztuje dwa razy więcej niż pacjent prawidłowo odżywiony. Hospitalizacja tych chorych jest od 1,5 do 5 razy dłuższa.

Polska na tle innych krajów Europy zajmuje wysoką pozycję odnośnie leczenia żywieniowego.

Wpływ na to ma fakt posiadania refundacji żywienia pozajelitowego oraz dojelitowego. Jedynymi środkami, które nie podlegają refundacji są doustne diety przemysłowe czyli tzw. doustne suplementy diety (ONS). Niestety, jeżeli chodzi o wdrażanie żywienia pozajelitowego oraz dojelitowego w polskich szpitalach pozycja Polski znacząco spada, ponieważ mamy zasoby, lecz nie wykorzystujemy ich w pełni. Według analiz, około 20% pacjentów otrzymuje prawidłową interwencję żywieniową, co jest niesatysfakcjonujące, ponieważ np. w Danii otrzymuje ją aż 97% pacjentów.



Najnowszy spot kampanii BreastFit

Kobiety z zaawansowanym rakiem piersi zwykle żyją w cieniu choroby, są niewidzialne dla społeczeństwa i systemu. Symbolicznie tę sytuację pokazuje spot kampanii *BreastFit*, którego premiera – na wielkim ekranie – miała miejsce 28 czerwca w Multikinie Ursynów podczas *BreastFit Day*. Na ekranie widzimy pacjentki, które o swojej chorobie mówią otwarcie – „zaawansowany rak piersi”, przełamując tabu, rozpoczynając publiczną dyskusję nt. zaawansowanego raka piersi i przekazując wszystkim wiadomość: *Od dziś nie chcemy być niewidzialne!*

Do postaci zaawansowanej rak piersi rozwija się u ok. 30% chorych kobiet. Stały postęp w leczeniu zaawansowanego nowotworu piersi coraz częściej pozwala pacjentkom żyć z rakiem piersi, jak z chorobą przewlekłą. Jednak mimo postępu medycyny cho-

re w Polsce nie mogą korzystać z najnowocześniejszych metod leczenia, które dostępne są dla pacjentek w krajach Europy Zachodniej.

Dodatkowo dramat chorych pogłębia także wykluczenie z życia społecznego. Z badań wynika, że blisko 47% Polek ze zdiagnozowanym rakiem piersi i ich opiekunów czuje się negatywnie postrzegana przez społeczeństwo. Dlatego kampania *BreastFit*. *Kobiety biust. Męska sprawa* powstała z inicjatywy Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej, zwraca uwagę na istotną rolę najbliższych we wsparciu kobiety w chorobie.

III edycja kampanii objęta została Honorowym patronatem Małżonki Prezydenta RP Agaty Kornhauser-Dudy. Partnerem specjalnym jest Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec.

Jak dostosować rynek do potrzeb osób chorych przewlekle

Od trzech lat kampania „Choroba? Pracuję z nią!” stawia sobie za cel zwiększenie świadomości społecznej na temat osób, które pomimo choroby przewlekłej nie chcą korzystać z rent i zwolnień lekarskich, ale starają się prowadzić normalne, aktywne życie, w tym kontynuować pracę zawodową. Organizatorem kampanii są Pracodawcy RP, wspierani przez wybitnych ekspertów medycznych i 9 organizacji pacjentów. W tym roku działania kampanii zostały objęte patronatem Ministra Zdrowia.

Przeprowadzone badania pokazały, że pracodawcy i pracownicy chorujący przewlekle żyją w osobnych światach, które dzieli brak zaufania. Pracownik nie mówi o swojej chorobie, a pracodawca się o nią nie pyta. W ramach tegorocznej odsłony kampanii

organizatorzy postanowili zwrócić się do pracodawców z prośbą o nadesłanie przykładów najlepszych praktyk stosowanych przez nich w trosce o chorujących pracowników i opublikować je w formie raportu „Firmy przyjazne pracownikom chorującym przewlekle”. Z badań postaw pracodawców wynika, że równie ważne jest ich przekonanie, że chory przewlekle pracownik jest dobrze i skutecznie leczony, a choroba trzymana pod kontrolą. Drugą planowaną w tym roku inicjatywą jest petycja „Každy chory przewlekle choruje inaczej”. Wśród postulatów pojawia się apel o zapewnienie odpowiedniej opieki, dostępu do nowych terapii, zwiększających możliwość spersonalizowanego leczenia. Pełny tekst Petycji znajduje się na stronie www.pracujeznia.pl.

Choroba?
 Pracuję z nią!

11 Onkobieg Razem po zdrowie!

2 września br. odbędzie się 11 Onkobieg Razem po zdrowie!, który dedykowany jest wszystkim osobom zmagającym się z chorobą nowotworową oraz profilaktyce zdrowotnej. Organizatorem wydarzenia jest Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięśaki „SARCOMA”. Onkobieg Razem po zdrowie! to pierwsza w Polsce charytatywna impreza biegowa o tematyce onkologicznej. Od 11 lat, w pierwszą niedzielę września uczestnicy Onkobiegu przybywają pod Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie przy ul. Roentgena 5, aby wesprzeć pacjentów w trakcie terapii onkologicznych. Podczas 60 minutowego biegu za każde okrążenie partnerzy przekazują środki finansowe na wsparcie podopiecznych Onkobiegu. Wpłaty w postaci darowizn dokonują również biegacze rejestrujący się internetowo. Na przestrzeni 10 lat w Onkobiegu Razem po zdrowie! wzięło udział ponad 10 000 uczestników, którzy wybiegali blisko 300 000 zł na wsparcie działań i dla 200 potrzebujących osób walczących o zdrowie. Każdego roku fundamentem Onkobiegu Razem po zdrowie! jest 50 osobowy zespół oddanych wolontariuszy. Wydarzenie współfinansowane jest ze środków Miasta st. Warszawy – Dzielnicy Ursynów.

Kamil Dolecki, prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięśaki „SARCOMA” zachęca do udziału w wydarzeniu – *Nieprzerwanie od 11 lat z radością tworzymy Onkobieg pamiętając o wsparciu, które sami kiedyś otrzymaliśmy. Onkobieg jest wielkim finałem naszych działań, podczas którego jesteśmy razem z pacjentami i ich rodzinami. Bardzo dziękujemy każdemu*

z osobna za dołożenie cegiełki do organizacji Onkobiegu.

Jak podkreśla Szymon Bułłek, główny organizator imprezy – *Onkobieg to także atrakcyjne wydarzenie, szerzące działania edukacyjne i prozdrowotne oraz popularyzujące i zachęcające społeczeństwo do aktywności fizycznej. Dzięki zebranyim środkom finansowym od partnerów i darowiznom od biegaczy możemy pomagać najbardziej potrzebującym osobom. Przez 10 lat wsparliśmy setki pacjentów, m.in. refundując im koszty dojazdu do referencyjnych klinik, rehabilitacji i protez. Poza tym, przez cały rok wzmacniamy przekaz związany z diagnostyką i profilaktyką nowotworów skóry i kości wśród różnych grup społecznych.*

Zachęceniem społeczeństwa do badań profilaktycznych zajmie się zespół „Medicover Band” złożony z personelu medycznego, który w rockowych brzmieniach będzie dopingował również pacjentów. Ponadto w „miasteczku” Onkobiegu będzie można zapoznać się z materiałami poświęconymi wsparciu w trakcie leczenia onkologicznego i profilaktyce. Na najmłodszych uczestników Onkobiegu czekać będą niespodzianki i animatorzy.

Do „11. Onkobiegu Razem po zdrowie! Warszawa 2018” pozostało parę tygodni, ale lista partnerów i patronów nadal pozostaje otwarta. W gronie zdeklarowanych sprzymierzeńców Onkobiegu jest także Polska Koalicja Organizacji Pacjentów Onkologicznych oraz „Głos Pacjenta Onkologicznego”.

Więcej informacji oraz rejestracja na: www.onkobieg.pl



Polak potrafi

Lata zaborów, czasy okupacji i komunistycznych rządów sprawiły, że Polacy nauczyli się radzić sobie z niewygodnymi dla nich rozwiązaniami, przepisami prawa, także w zakresie zdrowia. Teraz, kiedy tak wiele mówi się na temat partycypacji pacjentów w stanowieniu prawa, pora tworzyć je zgodne z oczekiwaniami obywateli, choć Polak potrafi znaleźć wyjście z niedogodnej dla niego sytuacji.

Polak potrafi

Zajrzyjmy do naszej poczekalni, tym razem dla pacjentów hematologicznych. Trwa tam wymiana zdań na temat przyjmowanych przez pacjentki różnych leków generycznych, zawierających co prawda tę samą substancję, ale nie przez wszystkich jednako-wo tolerowanych. Jedna pacjentka woli lek A, bo po nim czuje się świetnie, a po leku B boli ją głowa, a druga – lek B, po którym nie ma wysypki. **Panie wpadły więc na pomysł, że skoro jednej z nich lepiej odpowiada lek o nazwie A, a ona ma lek B, po którym dobrze czuje się jej rozmówczyni, to mogą się nimi wymienić – przecież podstawowa substancja terapeutyczna jest taka sama.**

Skoro nie można zrobić tego w szpitalnej aptece, oferującej tylko jeden rodzaj generyku, to pacjentki robią to same w poczekalni i jest to rutynowa praktyka, której nota bene nie zalecamy.

Na szczęście, nie dzieje się tak we wszystkich szpitalach. Niektóre z nich, nie patrząc na cenę leków, umożliwiają pacjentom dostęp do wszystkich generyków stosowanych w danym wskazaniu, nie zmuszając chorych do kombinowania w stylu Polak potrafi.

Urzędnik potrafi/lekarz nie potrafi

Jednak przepisy prawa, czy raczej rozporządzenia urzędników, są czasami tak skonstruowane, że lekarz choćby chciał wyjść naprze-

ciw oczekiwaniom pacjenta i zaordynować mu konkretny, dostępny na rynku lek z gamy generyków czy leków biopodobnych, to nie może tego zrobić. **Zgodnie z rozporządzeniem prezesa NFZ w szpitalu na recepcie lekarz wypisuje bowiem pacjentowi jedynie nazwę substancji czy cząsteczki.** A szpitalna apteka wydaje lek, który ma aktualnie na półce. Z reguły jest to ten najtańszy, mieszczący się w limicie NFZ.

W tej sytuacji ani pacjent, ani lekarz nie wiedzą więc, lekiem o jakiej nazwie handlowej jest leczony chory na szpitalnym oddziale. Kupując lek w aptece pacjent ma prawo do wyboru zamiennika, jeśli leży w szpitalnym łóżku, to go nie ma. W kartę informacyjną jest wpisywana tylko nazwa substancji czy cząsteczki. **A co, jeśli wystąpią działania niepożądane? Nie wiadomo, jakiego leku, o jakiej nazwie handlowej dotyczą.** Jak je raportować do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, na jakiej podstawie zgłaszać do producenta. **Jeszcze trudniej ustalić, jaki konkretnie lek odpowiada za działania niepożądane, jeśli występują one w dłuższej perspektywie i pacjent przyjmował w tym okresie kilka zamienników.** Jak zbadać, który z leków, czy która seria leków – w przypadku leków biologicznych i biopodobnych – za nie odpowiada? **Czy w ogóle są prowadzone jakiegokolwiek badania w kierunku wpływu automatycznego zamiennictwa leków na organizm pacjenta?** To są podstawowe pytania stawiane przez pacjentów i lekarzy.

Metaforyka jabłka, marchewki i cukru

Zwolennicy automatycznej zamiany leków oryginalnych na generyki i leki biopodobne chętnie posługują się metaforą warzywno-owocowo-cukrową. **Argumentują, że to bez różnicy dla naszego organizmu jakiego gatunku, koloru, smaku, a nawet w jaki sposób są zmodyfikowane spożywane przez nas owoce i warzywa, bo jabłko zawsze będzie jabłkiem, a marchewka marchewką.** Cukier zaś czy z buraka, czy trzcinowy, biały czy brązowy, rafinowany czy nie rafinowany, pozostanie cukrem. **Zawsze mamy tyle samo cukru w cukrze. Myślę, że gdyby zapytać o opinię dietetyków, to bez trudu obaliliby tę prostą argumentację, że wartości odżywcze porównywanych produktów są takie same i równie dobre dla naszego organizmu.**

Przede wszystkim, **uczestnicy tej dyskusji nie biorą pod uwagę najważniejszego punktu odniesienia dla takich porównań – pacjenta.** To nie tylko jeden lek nie jest równy drugiemu, **ale pacjent nie jest równy pacjentowi, o czym w dobie medycyny personalizowanej powinniśmy pamiętać.** Generyki, np. choć zawierają tę samą substancję czynną, to **tzw. wypełniacze mogą być także różne.** Dlatego reakcje pacjentów, np. alergiczne, mogą być różne, co zdarza się także w przypadku leku oryginalnego. **Różnica stężeń substancji w organizmie po podaniu tej samej jej ilości może być w leku odtwórczym między 80 a 125% przy założeniu, że 100% jest to stężenie tej substancji leku oryginalnego.** **Tak więc stopień tolerancji danego leku u każdego pacjenta może być inny.**

Pacjent na huśtawce

Świadczy o tym przykład jednego z naszych kolegów – **pacjenta, który z dnia na dzień podupadł na zdrowiu, kiedy automatycznie przestawiono go na generyk z leku oryginalnego.** Na leku

referencyjnym świetnie funkcjonował i miał bardzo dobre wyniki. Co gorsza w ramach programu lekowego, w którym był leczony, nie miał już powrotu do leku oryginalnego i choć zastosowano u niego dużo droższą terapię II linii, nie odniósł z tego korzyści. **Zaprzepaszczone więc efekt dobrze działającego kilkuletniego leczenia, pacjent nie powrócił do dawnego stanu zdrowia, z budżetu państwa wydano więc więcej pieniędzy na jego leczenie, w tym działań niepożądanych, niż gdyby pozostał na wcześniejszej terapii lekiem oryginalnym.**

I choć w świetle badań klinicznych oraz kilkuletniej praktyki u zdecydowanej większości pacjentów generyki sprawdziły się, to jednak eksperymentowanie na żywym i chorym organizmie pacjenta i zamiana sprawdzonego u niego terapeutycznie leku na inny wydaje się bezzasadna i nieetyczna. **Pacjent powinien mieć prawo do kontynuowania terapii lekiem, którym rozpoczął leczenie, bez względu na to czy jest to lek oryginalny czy generyk, biosymilar.** **O zamianie leku powinien decydować lekarz, a pacjent na tę zmianę powinien wyrazić świadomą zgodę.** Chory powinien też mieć prawo decydować w jakiej postaci chce przyjmować lek – tabletki, wlewu czy podskórnie, ponieważ to ma wpływ na jakość jego życia.

Argumenty ostateczne

Jakie są więc argumenty ostateczne w tej dyskusji poszczególnych stron: producentów leków oryginalnych, producentów ich zamienników, lekarzy, decydentów i pacjentów. **Przede wszystkim nikt nie podważa wartości terapeutycznej zamienników, żadna ze stron nie mówi, że generyki czy leki biopodobne są gorsze od leków oryginalnych.** **Sprzeciw pacjentów i lekarzy budzi fakt otwierania przez decydentów prawnych furtek dopuszczających do automatycznego zamiennictwa leków, co odbywa się często ze szkodą dla chorych i łamaniem ich praw, na co ostatnio zwrócił uwagę Rzecznik Praw Pacjenta.**

Poza argumentami medycznymi i prawnymi pozostają jeszcze **kwestie ekonomiczne.** **Wejście zamienników to niższa cen leków o około 25%,** bowiem generyki, leki biopodobne są tańsze, ale producenci leków oryginalnych chcąc pozostać na rynku także często obniżają swoje ceny do tego poziomu. **Pozostaje więc duża pula pieniędzy do zagospodarowania, która zgodnie z Ustawą refundacyjną powinna być przeznaczona na innowacyjne leki.** Czy tak się stanie? **Pacjenci onkologiczni w tym przypadku mają złe doświadczenia, kiedy bowiem wprowadzono generyki w hematologii, zaoszczędzone kwoty przeznaczono na zupełnie inne cele.** Czy tak samo będzie w przypadku leków biopodobnych, które są już w refundacji? **Miejmy nadzieję, że nie.** **Miejmy także nadzieję, że wchodzenie leków biopodobnych poszerzy dostęp pacjentów onkologicznych do leków, a nie zawęzi go w praktyce do jednego najtańszego, który teoretycznie jest odpowiedni dla wszystkich pacjentów z danej grupy, bo jak uczy doświadczenie tak nie jest.**

Pamiętajmy o tak modnej teraz medycynie personalizowanej, ale i prostych odwiecznych zasadach etyki. **Nie twórzmy też prawa, które nie spełnia oczekiwań pacjentów, nie zapewnia im dostępu do dobrego leczenia, które w końcowym bilansie jest najbardziej opłacalne.** **Polak potrafi i wie, co jest dla niego dobre.**

Aleksandra Rudnicka



POLSKA KOALICJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Łączy nas **KOALICJA**



**Wesprzyj działalność Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych wpłacając darowiznę.
Nr konta: BANK PKO S.A. 62 1020 1097 0000 7002 0180 2396**

ZARZĄD

Prezes – Krystyna Wechmann
Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Członek Zarządu – Beata Ambroziewicz
Prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów

Członek Zarządu – Jan Salamonik
Wiceprezes Stowarzyszenia Chorych na Przewlekłą Białaczkę Szpikową

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

Polska Koalicja 
Pacjentów Onkologicznych

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
Czytaj „Głos Pacjenta Onkologicznego” na 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
aleksandra.rudnicka@pkopo.pl
ul. Pełczyńskiego 20a/12, 01-471 Warszawa
tel. 502 071 677

Zastępca Redaktora Naczelnego
Beata Ambroziewicz
beata.ambroziewicz@pkopo.pl
Sekretarz Redakcji
Anna Domańska



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

„Głos Pacjenta Onkologicznego” nr 3/2018 wydano ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.