



# PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

[www.pkopo.pl](http://www.pkopo.pl)

## RAK PŁUCA I RAK PIERSI

### Najczęstsze i najbardziej zabójcze nowotwory



Pani **Anna Zająć**, wiceprezes Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca Oddział Gdańsk radzi pacjentom: *Choć nie zawsze raka można wyleczyć, to trzeba zachować pogodę ducha do końca i słuchać zaleceń lekarzy.* Pani Anna ma też prośbę do osób młodych o rzucenie palenia, które zwiększa ryzyko chorób nowotworowych, w tym raka płuca i raka piersi.

Dane epidemiologiczne dotyczące raka płuca i raka piersi w Polsce są zatrważające. Co roku na raka płuca zachorowuje 21 000 Polaków, a umiera jeszcze więcej, bo około 22 500. Liczba zgonów z powodu raka piersi w naszym kraju to blisko 6 000 osób rocznie, a liczba zachorowań zbliża się do 18 000. Zarówno pod względem profilaktyki, diagnostyki, leczenia, jak i rehabilitacji pacjentów z tymi nowotworami mamy wiele do zrobienia. W tym numerze „Głosu Pacjenta Onkologicznego” piszą o tym lekarze i pacjenci, którzy oczekują zmian w opiece nad chorymi z rakiem płuca i rakiem piersi na europejskim poziomie.

**CHIRURGIA RAKA PŁUCA****prof. Tadeusz Orłowski****FARMAKOLOGICZNE LECZENIE  
RAKA PŁUCA****prof. Dariusz Kowalski****DIAGNOSTYKA RAKA PŁUCA****prof. Paweł Krawczyk****KOBIETY POWINNY BADAĆ  
SWOJE PIERSI****prof. Tadeusz Pieńkowski****NOWOCZESNE TERAPIE  
RAKA PIERSI****lek. Katarzyna Pogoda****CHIRURGIA W LECZENIU  
RAKA PIERSI****dr Daniel Maliszewski****MOJA HISTORIA****Anna Zająć****Agnieszka Witkowicz-Matolicz****FIZJOTERAPIA CHORYCH  
Z RAKIEM PŁUCA****mgr Agata Gładzka****SZPICZAK PLAZMOCYTOWY****prof. Piotr Majcher****prof. Artur Jurchyszyn****mgr Olga Czerwińska-Ledwig****REFUNDACJA PROTEZ****Andrzej Piwowarski, POL-ILKO****T JAK TERAPIA CELOWANA****dr Sybilla Berwid-Wójtowicz****PRAWA, ALE I OBOWIĄZKI****red. Aleksandra Rudnicka**

# Chirurgiczne leczenie raka płuca



Prof. Tadeusz Orłowski

**Autorzy: prof. dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski – Kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wieloletni Członek Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych. Od 30 lat zajmuje się problematyką nowotworów klatki piersiowej. Prezes Klubu Torakochirurgów Polskich, Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów oraz Polskiej Grupy Raka Płuca. Dr hab. n. med. Dariusz Dziedzic jest kierownikiem Pracowni Badań Endoskopowych Instytutu Chorób Płuc w Warszawie, autorytetem w dziedzinie diagnostyki endoskopowej w raku płuca i chirurgicznym leczeniu schorzeń klatki piersiowej.**

Rak płuca jest obecnie najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce i stanowi pierwszą przyczynę zgonów w onkologii. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów za 2013 rok wynika, iż zachorowania na raka płuca stanowiły 14% ze wszystkich 156,5 tys. przypadków nowotworów złośliwych wśród polskich pacjentów. Co istotne, od kilku lat rak płuca, jest również pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych wśród kobiet, a także obserwuje się zwiększenie zachorowań u osób niepalących. Wyniki odległe leczenia są nadal mało zachęcające i bezpośrednio korelują ze stopniem zaawansowania choroby. W stosunku do wszystkich stopni zaawansowania średnie przeżycie 5-letnie wynosi zaledwie 15%. Dla porównania średnie przeżycie chorych na raka jelita grubego i piersi wynosi w Europie odpowiednio 41% i 67%.

*Niestety najbardziej skuteczne leczenie operacyjne, stosowane we wczesnych stadiach raka płuca, może być rozważane jedynie u 15–20%. W tej grupie chorych 5-letnie przeżycia sięgają aż 75%.*

W pozostałej populacji chorych na raka płuca średnie standaryzowane przeżycie 5-letnie nie przekracza, według Krajowego Rejestru Nowotworów 13,4%. Co ważniejsze, w ostatnich la-

tach niepokojąco wzrasta śmiertelność na raka płuca wśród kobiet. W przypadku nowotworów złośliwych płuca rokowanie uzależnione jest przede wszystkim od pierwotnego stopnia zaawansowania klinicznego choroby oraz typu histopatologicznego raka, a także stanu sprawności pacjenta i ubytku masy ciała w okresie poprzedzającym rozpoznanie. W przypadku zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) rokownicze znaczenie mają również niektóre cechy molekularne nowotworu. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń leczenia jest wznowa miejscowa lub przerzuty odległe, których odsetek sięga nawet 33,9%. Jak wynika z przytoczonych danych, najbardziej korzystne wyniki leczenia uzyskuje się w I i II stopniu zaawansowania. W celu poprawy wyników leczenia podjęto intensywne działania na wielu polach. W pierwszym rzędzie szczególnie dużo wysiłku włożono w profilaktykę pierwotną pod postacią programów zdrowotnych zmierzających do ograniczenia palenia papierosów, które jest zasadniczym czynnikiem etiologicznym raka płuca. Nadal jednak blisko 9 milionów Polaków jest czynnymi palaczami tytoniu. Próbuje się ograniczyć zjawisko palenia biernego poprzez odpowiednie akty prawne wykluczające palaczy ze strefy publicznej. **Drugim ważnym elementem w walce z rakiem płuca**

**są programy screeningowe**, których zasadniczym celem jest diagnostyka wczesnych stadiów raka płuca w populacji o podwyższonym ryzyku zachorowania. Głównymi wadami omawianych programów są jednak bardzo wysoki koszt oraz brak optymalnego schematu pozwalającego na jak najlepsze, długoletnie monitorowanie chorych z grupy ryzyka. Wdrożone programy screeningowe przyniosły jak dotychczas znacznie więcej pytań niż rozwiązań problemu. W związku z powyższym, dla większości chorych jedynym oferowanym obecnie rozwiązaniem jest chemioterapia oparta na cysplatinie lub radioterapia.

*Leczeniem z wyboru we wczesnym stadium zaawansowania raka płuca jest leczenie operacyjne, polegające na anatomicznej resekcji mięszu płucnego oraz usunięciu węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki płuca po stronie guza.*

Przed kwalifikacją do leczenia operacyjnego konieczna jest pogłębiona diagnostyka radiologiczna (CT, NMR, PET-CT) i endoskopowa, a w przypadku obecności węzłów chłonnych > 10 mm chorzy poddani są diagnostyce inwazyjnej śródpiersia (EBUS-TBNA, EUS-FNA, mediastinoskopia, mediastinotomia). Selekcja chorych z wcze-

sny stadium raka płuca wpływa na zmiany w sposobie chirurgicznego leczenia tej grupy pacjentów. **Nadal standardem pozostaje zabieg lobektomii z usunięciem węzłów śródpiersia, jednak coraz częściej wykorzystuje się techniki mało inwazyjne (VATS – video-assisted thoracoscopic surgery).**

Torakoscopia została po raz pierwszy opisana w 1910 roku przez Hansa Christiana Jacobeausa, internistę, który wykorzystał cystoskop urologiczny w celu diagnostyki płynu w opłucnej. W kolejnych latach stosowana była ona głównie w diagnostyce. Impulsem do dalszego rozwoju techniki torakoskopowej było wprowadzenie nowych metod obrazowania obejmujących bardziej skuteczne źródła światła oraz połączenie wziernika z kamerą, dzięki czemu można było uzyskać obraz na monitorze. W ten sposób obraz z pola operacyjnego mógł być widziany nie tylko przez badającego. W terminologii chirurgicznej pojawiło się pojęcie **videotorakoskopii**. Kolejnym etapem rozwoju stało się wprowadzenie **endostaplerów**, które umożliwiały prowadzenie zabiegów przez niewielki otwór i wykonanie skutecznej i bezpiecznej resekcji odpowiedniego fragmentu płuca. **W ten sposób prosty zabieg diagnostyczny ewoluował do standardu w chirurgicznym leczeniu raka płuca określanym mianem VATS-lobektomii.** Zasadniczym założeniem omawianej metody jest dostęp z użyciem 2–4 portów wymagających nacięć długości 1,5–2 cm oraz nacięcia długości 4–6 cm w części przedniej określanego mianem minitorakotomii lub dostępu operacyjnego. Celem jest jak najmniejszy uraz przestrzeni międzyżebrowej, co powoduje brak klasycznego rozwarcia z użyciem rozwieracza. Zabezpieczenie wiązki międzyżebrowej wraz ze znajdującym się w jej obrębie nerwem międzyżebrowym znacznie zmniejsza pooperacyjne powikłania bólowe, co z kolei rzutuje na krótszy okres rekonwalescencji. Większość korzyści związanych z techniką VATS jest wynikiem zmniejszenia dolegliwości bólowych towarzyszących leczeniu. W przypadku chorych poddanych klasycznej torakotomii z użyciem rozwie-

racza klatkowego u 50–70% leczonych utrzymuje się ból powyżej 2 miesięcy od operacji, a u 40% ból utrzymuje się powyżej roku, przy czym w 5% przypadków o intensywnym nasileniu. Jest to powodem licznych powikłań we wczesnym okresie pooperacyjnym, jak również w odległym czasie od operacji. **W ocenie korzyści związanych z techniką VATS szczególnie wiele uwagi zwraca się na zmniejszenie dolegliwości bólowych, skrócenie czasu utrzymywania drenażu oraz skrócenie pobytu w szpitalu w okresie pooperacyjnym i krótszy okres rekonwalescencji.** W badaniach Scotta i wsp., w których omawiane parametry w grupie 752 chorych poddanych VATS-lobektomii lub klasycznej torakotomii, wykazano istotne statystycznie różnice dotyczące czasu operacji (117,5 min w grupie VATS i 171,5 min w metodzie otwartej), wielkości pooperacyjnego drenażu (odpowiednio: 987 ml i 1504 ml) oraz w długości hospitalizacji (4,5 dnia i 7 dni). **Również istotna statystycznie różnica została wykazana w odniesieniu do śródoperacyjnej utraty krwi na korzyść techniki VATS.**

Ze względu na brak obiektywnej metody pomiaru natężenia bólu ocena porównawcza poszczególnych wyników badań jest znacznie utrudniona. Wartym odnotowania jest fakt, że pojawiają się również prace wykazujące brak istotnych różnic w natężeniu i czasie trwania powikłań bólowych po VATS-lobektomii w porównaniu do torakotomii. W badaniu Rizka i wsp. pochodzącym z renomowanego ośrodka Memorial Sloan Kettering Cancer Center wykazano, że odsetek chorych z utrzymującym się silnym bólem w okresie pooperacyjnym oraz po 4, 8 i 12 miesiącach w przypadku metody VATS i otwartej torakotomii był porównywalny i wyniósł odpowiednio 14%, 16%, 14%, 10%, 7% oraz 11%, 23%, 18%, 12% i 6%. W wielu badaniach potwierdzono, że pooperacyjne wartości parametrów oddechowych (FEV1, FVC) są znacznie wyższe w porównaniu do metody otwartej.

Aspekt onkologiczny od początku budzi wiele kontrowersji. U podstawy

sporu leży przekonanie sceptyków, że mniejsza inwazyjność niesie za sobą gorszą radykalność onkologiczną resekcji, a tym samym gorsze wyniki odległego leczenia w porównaniu do klasycznej torakotomii. Z kolei entuzjaści VATS-lobektomii od początku podkreślają, że pomimo zmiany dostępu operacyjnego, zasady leczenia chirurgicznego nie mogą ulec zmianie. Pierwszym krokiem w tym kierunku jest bez wątpienia kwalifikacja chorych do VATS-lobektomii obejmująca głównie wczesne stadia raka płuca. W tym celu muszą być wykorzystane wszystkie metody diagnostyczne (obrazowe: CT, PET-CT, NMR, endoskopowe: bronchoskopia, EBUS-TBNA, EUS-FNA), a w przypadku najmniejszej wątpliwości metody inwazyjne (mediastinoskopia).

Kolejnym czynnikiem jest krzywa uczenia. Wiele prac poświęconych VATS-lobektomii zawiera osobną analizę okresu wczesnego i późniejszego stosowania omawianej techniki, która bez wątpienia ulega udoskonaleniu wraz z nabywanym doświadczeniem. Szczególnie wiele uwagi poświęconej jest ocenie stanu węzłów chłonnych i możliwości właściwej oceny zmian w śródpiersiu.

W jednej z ostatnich prac wyniki zdają się potwierdzać zdanie zwolenników torakotomii. Według wyników badania całkowita liczba pobranych węzłów w przypadku VATS-lobektomii była znamienne niższa (9,9/pacjent) w stosunku do grupy leczonych metodą otwartą (14,7/pacjent). Szczególnie znamienne różnice dotyczyły węzłów grupy N2, gdzie liczba pobranych węzłów w technice VATS i otwartej wyniosły odpowiednio 4,7 i 8,5/pacjent. Różnice te nie występowały w odniesieniu do węzłów grupy N1. Dodatkowo wykazano, że w grupie torakotomii odsetek pooperacyjnego podwyższenia stopnia zaawansowania z N0 do N1 i N1 do N2 (*upstaging*) był wyższy (24,6%) w stosunku do grupy VATS (10%).

Przedstawione wyniki mogą potwierdzać opinię sceptyków techniki VATS. **Jednak to, co istotne to fakt, że pomimo opisanych różnic 3-letnie przeżycia w obu grupach były porównywalne**



i wyniosły w grupie VATS 89,9%, a w grupie torakotomii 84,7%. W wielu jednak pracach wyniki wskazują na porównywalną skuteczność obu metod. Palade i wsp. wykazali, że liczba pobranych węzłów techniką VATS po stronie lewej i prawej śródpiersia wyniosła odpowiednio 24 i 25,1 i była porównywalna z liczbą węzłów pobranych w trakcie torakotomii: odpowiednio 21,1 i 25,2. Było to badanie prospektywne i randomizowane. Podobnie w pracy McKenna i wsp. 5-letnie przeżycie u chorych operowanych metodą VATS wyniosły 75% i były porównywalne z techniką otwartą. Z kolei w pracy Walkera i wsp. odsetek 5-letnich przeżyć wyniósł 95% i był lepszy w stosunku do torakotomii. Kolejnym zagadnieniem jest częstość nawrotów po leczeniu operacyjnym u chorych poddanych VATS-lobektomii. Szczególną uwagę budzi możliwość wznowy miejscowej w miejscu minitorakotomii związanej z bardzo wąskim dostępem umożliwiającym usunięcie resewowanej części płuca. Badania Floresa i wsp. wykazały, że odsetek wznów

miejscowych w grupie VATS jest niższy w porównaniu do torakotomii i wyniósł odpowiednio 18% i 29%. W grupie pacjentów poddanych torakotomii wyższy odsetek dotyczył przerzutów odległych i wyniósł 63% (w grupie VATS 32%). Zastanawiającym jest fakt, że w przytoczonym badaniu odsetek zmian synchronicznych stwierdzanych śródoperacyjnie w grupie otwartej był wyższy w porównaniu do grupy VATS i wyniósł odpowiednio 12% i 7%. W odniesieniu do sugestii ryzyka wszczepów nowotworowych w miejscu minitorakotomii liczne badania nie potwierdziły tej tezy, co jest prawdopodobnie wynikiem stosowanych obecnie sposobów zapobiegania tej sytuacji (ochrona pola operacyjnego, stosowanie specjalnych worków na usuwany płąt).

Technika VATS-lobektomii jest stosunkowo nową metodą leczenia chirurgicznego raka płuca. W świetle licznych prac prezentowanych w światowym piśmiennictwie VATS-lobektomia znacznie ogranicza uraz okołoperacyjny wpływając na zmniejszenie dolegliwo-

ści bólowych, skrócenie czasu hospitalizacji i szybszego powrotu chorych do codziennej aktywności.

*Nadal pozostają kontrowersje dotyczące aspektu onkologicznego, które mogą być wyjaśnione jedynie na drodze badań prospektywnych.*

Bez wątplenia wdrożenie VATS-lobektomii do codziennej praktyki klinicznej wymaga odpowiedniego instrumentarium i oddzielnego sposobu kształcenia chirurgów począwszy od poziomu rezydentów. Wskazania dotyczące kryteriów kwalifikacji do VATS-lobektomii wraz z nabywanym doświadczeniem ulegają poszerzeniu, jednak wydaje się, że w chwili obecnej wczesne postacie raka płuca powinny być głównie leczone wyżej wspomnianą techniką. **Chirurgia małoinwazyjna jest dynamicznie rozwijającym się działem dając pacjentom nadzieję na znaczne zmniejszenie urazu okołoperacyjnego.**

## Leczenie farmakologiczne raka płuca



**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 przedstawia, jak leczeni są pacjenci z niedrobnokomórkowym rakiem płuca w Polsce, na które leki dostępne dla pacjentów w wielu krajach Europy nadal czekamy.**

W leczeniu pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca odchodzimy od klasycznej chemioterapii z zastosowaniem cytostatyków. Staramy się dobrać populację grupy chorych do odpowiedniej grupy leków, albo odpowiednie leki dla określonych pacjentów, u których potrafimy zidentyfikować określone zaburzenia molekularne. Na-

**leży wyartykułować mocno, że terapia, która jest prowadzona obecnie na całym świecie u chorych z rozpoznany rakiem niedrobnokomórkowym płuca, jest leczeniem nazywanym potocznie personalizowanym.**

W tym zakresie sytuacja przedstawia się trochę dobrze i trochę źle. Z tego względu, że nie są to tanie leki i u pol-

skich pacjentów niektóre z nich są stosowane w ramach programu lekowego *Leczenia raka niedrobnokomórkowego płuca*, który jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. W programie tym mamy kilka klas preparatów.

Przede wszystkim są to **inhibitory kinazy tyrozynowej** genu receptora naskórkowego czynnika wzrostu,

które możemy stosować u chorych z mutacją aktywującą ten gen, czyli z mutacją **EGFR**. Tych chorych jest ok. 12%. W tej chwili w pierwszej linii leczenia stosujemy 3 preparaty – *erlotynib*, *gefitynib*, *afatynib*. W drugiej linii podaje się chorym *erlotynib* i *gefitynib* oraz nowy lek *ozymertynib*, który można stosować przy progresji, czyli kiedy wyczerpuje się skuteczność wcześniejszych leków.

**Mechanizmem progresji, czyli oporności, jest pojawienie się mutacji oporności T790M.**

Wtedy zastosowanie *ozymertynibu* u zdecydowanej części chorych przełamuje tę oporność i uzyskują oni korzyść z zastosowanego leczenia tym lekiem.

*Ozymertynib jest bardzo aktywny w pierwszej linii leczenia, dużo bardziej niż leki I i II generacji. W innych krajach podawany jest w pierwszej linii. U nas na razie trudno jest o niego walczyć, ponieważ producent ozymertynibu będzie dopiero zgłaszał do Ministerstwa Zdrowia program lekowy do pierwszej linii leczenia.*

Natomiast druga populacja chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, jeszcze mniejsza, to pacjenci, u których stwierdza się zaburzenie molekularne pod postacią **rearanżacji genu ALK**. Występuje ona u ok. 5% chorych. W Europie i na świecie jest już zarejestrowanych kilka leków, działających bardzo dobrze u pacjentów z tą zmianą w genach. Podkreślam, że to nie jest chemioterapia. Są to następujące leki: *kryzotynib*, *cerytynib*, *alektynib*, *brygatynib*. W Polsce program lekowy obejmuje zastosowanie *kryzotynibu* wyłącznie w drugiej linii leczenia. Pozostałe wymienione leki nie są refundowane pomimo rejestracji w Unii Europejskiej. I nie wiadomo dlaczego, dostaliśmy zgodę na leczenie *kryzotynibem* tylko w drugiej linii leczenia. Jest to postępowanie bez uzasadnienia merytorycznego, ponieważ zabrania nam leczenia aktywnego w pierwszej linii. Czyli

chorego z reanżacją, u którego zamiast zastosować leczenie aktywne i dobrze tolerowane nie będące chemioterapią, musimy najpierw w I linii przeleczyć chemią, poczekać na wznowę i dopiero zastosować *kryzotynib*.

W innych krajach jest odwrotnie. U chorych z progresją przełamuje się ją już po pierwszej linii terapii. Jednym z takich leków, który przełamuje oporność na leki pierwszej generacji jest *alektynib*, działający niezwykle skutecznie również w pierwszej linii leczenia.

*Problemem jest brak kryzotynibu i alektynibu w I linii leczenia w naszych programach lekowych dla pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca z rearanżacją genu ALK.*

Podobnie brak jest *kryzotynibu* w I linii leczenia niewielkiej, bo liczącej zaledwie 3% chorych, grupie pacjentów ze stwierdzoną rearanżacją genu **ROS-1**.

Kolejną dużą grupą leków są leki immunokompetentne. Zaburzenia molekularne, o których mówiliśmy, dotyczą praktycznie tylko chorych z rozpoznaniem rakiem gruczołowym, niepłaskonabłonkowym (60% pacjentów). W raku płaskonabłonkowym nie ma żadnego leku ukierunkowanego molekularnie. Immunoterapia działa natomiast na oba rodzaje raka, czyli we wszystkich typach raka niedrobnokomórkowego. Wiemy, że jest ona aktywna w pierwszej linii leczenia zamiast chemii pod warunkiem, że chory będzie miał czynnik predykcyjnej odpowiedzi, który nosi nazwę wysokiej ekspresji **PD-L1** i jego obecność jest stwierdzona w więcej niż 50% komórek nowotworowych. Mamy tutaj na razie zarejestrowany jeden lek, *pembrolizumab* do pierwszej linii leczenia wszystkich typów. Wiemy też, że leki te działają w drugiej i kolejnej linii, jeżeli nie zostały wcześniej zastosowane. Na dzień dzisiejszy mamy 3 preparaty – dwa przeciwciała monoklonalne anty-PD-1, czyli przeciwko receptorowi

programowanej śmierci typu 1 i są to *pembrolizumab* i *niwolumab*. Inny, lecz podobnie działający lek anty **PD-L1**, to *atezolizumab*. Wymienione leki posiadają twarde dowody naukowe, czyli mocną ewidencję badań klinicznych o ich wysokiej aktywności w drugiej i trzeciej linii leczenia, niezależnie od typu histopatologicznego.

*W Polsce nałożono ogranicznik w postaci programu lekowego, który umożliwi zastosowanie niwolumabu w drugiej linii leczenia tylko u chorych z rakiem płaskonabłonkowym, co wyklucza z tego leczenia pacjentów z rakiem niepłaskonabłonkowym. Około 1500 osób (50% chorych) z rakiem gruczołowym jest wyłączona z drugiej linii leczenia niwolumabem.*

Zabiegamy o to, aby w Polsce prowadzić jak najwięcej badań klinicznych dla chorych z rakiem płuca. Niestety nie są to badania prowadzone na szeroką skalę i liczba miejsc dla pacjentów spełniających kryteria wejścia do badania jest niewielka i szybko się wyczerpuje. Dostęp do badań klinicznych nie zrekompensuje jednak braku możliwości normalnego leczenia.

Niepokojące jest też to, że nawet jeżeli do programów lekowych jest włączonych więcej leków, to nie zwiększa się środków na ich zastosowanie. W niektórych miejscach w Polsce chorzy nie mają dostępu do tych nowych terapii, więc poszukują na terenie całego kraju placówek, które mogą ich leczyć, a są one często odległe od ich miejsca zamieszkania. Nie ułatwia to chorym i lekarzom procesu terapii.

*My – pacjenci i lekarze – chcielibyśmy się znaleźć w medycynie Unii Europejskiej. Bycie Polakiem nie powinno być czymś dyskryminującym w najczęstszym nowotworze, jakim jest rak płuca.*

Schemat standardu leczenia raka płuca zamieszczony został w „Głosie Pacjenta Onkologicznego” nr 3/18.



## Diagnostyka raka płuca

Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk z Katedry i Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii UM w Lublinie ocenia stan diagnostyki molekularnej, która jest podstawą w kwalifikacji do innowacyjnego leczenia pacjentów.

Obecnie w Polsce u chorych na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca mamy obowiązek oznaczyć mutację w genie *EGFR*, ponadto rearanżację genu *ALK*, następnie powinniśmy zbadać ekspresję *PD-L1*. Jak widać z tej listy nie wszystkie te badania są badaniami genetycznymi. Są to badania czynników predykcyjnych (patomorfologicznych i genetycznych), które pozwalają zakwalifikować pacjenta do właściwego leczenia. **Jest jeszcze rearanżacja *ROS1*, której w Polsce zupełnie się nie bada z uwagi na brak refundacji leku.** Podobnie nie wszystkie metody immunoterapii są refundowane. Co prawda, mamy refundację *pembrolizumabu* w pierwszej linii leczenia dla chorych z ekspresją *PD-L1* na ponad 50% komórek nowotworowych, czyli tak jak powinno być. Natomiast nie mamy refundowanej immunoterapii dla chorych na raka gruczołowego bez ekspresji *PD-L1* w drugiej linii leczenia. Ci pacjenci, którzy nie mogą otrzymać immunoterapii w pierwszej linii, mogliby otrzymać ją w drugiej.

### Element ekonomiczny

Przy zachowaniu kolejności badania poszczególnych mutacji i rearanżacji genowych istnieje problem ekonomiczny. Jeżeli u pacjenta stwierdzamy mutację w genie *EGFR*, to nie wykonujemy kolejnych badań. Jeśli okazuje się jednak, że pacjent nie ma tej mutacji, wykonujemy kolejne badanie w kierunku rearanżacji genu *ALK*. Jeśli ją potwierdzimy, leczymy chorego inhibitorem dopiero w drugiej linii leczenia. Badanie rearanżacji *ALK* można by wykonać dopiero w momencie kwalifikacji do terapii II linii, ale to uniemożliwiłoby chorym kwalifikację do immunoterapii I linii (terapia *pembrolizumabem* dedykowana jest chorym bez rearanżacji *ALK* i z ekspresją *PD-L1*).

Sekwencyjne postępowanie jest tańsze, niemniej jednak bardzo czasochłonne. Pacjent może po prostu nie otrzymać leczenia, bo lekarz zastosuje chemioterapię zamiast poczekać na wynik.

Kwestia ekonomiczna diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej wygląda tak, że NFZ refunduje droższe badanie genetyczne (badanie *ALK*), ale tylko w sytuacji, jeśli wcześniej nie rozliczono badania tańszego (badanie *EGFR* wykonywane jako pierwsze). Jednak badanie molekularne genu *ALK* jest poprzedzone badaniem patomorfologicznym ekspresji białka *ALK* (za które NFZ nie płaci). Ponadto tylko 5% pacjentów *ALK*-dodatnich w badaniu patomorfologicznym wymaga dalszej diagnostyki molekularnej genu *ALK*. Potem jeszcze badamy ekspresję *PD-L1*, czego NFZ też nie refunduje, chyba że uznamy, że ryczałt wypłacany w ramach kwalifikacji do programu lekowego jest wystarczający do pokrycia tych kosztów. Kto w tej sytuacji może połączyć się w tym bałaganie? Dlatego **wiele szpitali i lekarzy rezygnuje z badań czynników predykcyjnych.** Dotyczy to zwłaszcza tych ośrodków, które nie posiadają programów lekowych i prowadzą tylko diagnostykę chorych na raka płuca (np. oddziały pulmonologiczne). Przez to pacjenci nie mają odpowiedniej diagnostyki, nie są też odpowiednio leczeni. **Należy uznać, że ok. 35–40% chorych z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca mogłoby liczyć na personalizowane formy leczenia, gdyby byli odpowiednio zdiagnozowani. Dzisiaj takie leczenie otrzymuje w Polsce najwyżej 20% chorych.**

### Problem z materiałem do badań

Chorych z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca nie operuje się, więc nie mamy dostę-

pu do dużego materiału pooperacyjnego, większych fragmentów tkanki. To są często pojedyncze komórki nowotworowe pobrane podczas bronchoskopii lub innych metod biopsji. I rzeczywiście ten materiał ulega skrojeniu już podczas początkowej diagnostyki patomorfologicznej, której celem jest jedynie postawienie rozpoznania, **brakuje materiału na określenie czynników predykcyjnych w kwalifikacji do leczenia.** Siłą rzeczy pacjent nie może się zakwalifikować do żadnej terapii personalizowanej, więc może otrzymać chemioterapię lub konieczne jest przedłużenie diagnostyki o powtórne pobranie materiału.

### Sekwencjonowanie genów

Wybawieniem byłyby badania **nieprawidłowości genetycznej we krwi obwodowej.** Mamy jednak metody zbyt mało czułe, żeby badanie krwi było w 100% wiarygodne. Możemy powiedzieć, że przynajmniej 30 na 100 chorych może zostać nieprawidłowo zdiagnozowanych, bo nie wykryjemy nieprawidłowości genetycznych w wolnym krążącym DNA, mimo jej istnienia w DNA komórek guza. **Drugim problemem jest dostęp do wysoko-przepustowych metod genetycznych, które mogłyby od razu zeskanować wszystkie nieprawidłowości w formie panelu badań genetycznych, a nie testów jednogenowych.** Niestety nie ma w Polsce powszechnego dostępu do tego rodzaju sprzętu. Jeśli nawet w niektórych ośrodkach działają aparaty do sekwencjonowania następnej generacji, to ich użytkowanie jest kosztowne. **Wprowadzie badanie sekwencjonowania jest finansowane przez NFZ jako najdroższe zaawansowane badanie genetyczne, ale środki te są zbyt małe.**



W październiku, miesiącu świadomości raka piersi Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych wraz ze współpracującymi organizacjami zajmującymi się wspieraniem kobiet z tym nowotworem: Federacją Stowarzyszeń „Amazonki”, Fundacją OncoCafe – Razem Lepiej i Stowarzyszeniem na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS, wystosowała petycję do ministra zdrowia w sprawie poprawy opieki nad pacjentkami z rakiem piersi.

Do końca października br. petycję podpisało 2000 osób z całej Polski. Wszystkim tym, którzy włączyli się do naszej akcji i złożyli podpis pod petycją, pragnę serdecznie podziękować. Mam nadzieję, że Państwa zaangażowanie w podniesienie jakości profilaktyki, leczenia i rehabilitacji kobiet z rakiem piersi przyczyni się do poprawy losu Polek dotkniętych tym nowotworem, a zwłaszcza tych z zaawansowaną postacią raka piersi.

Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Polska Koalicja  
Pacjentów Onkologicznych



Szanowny Pani Ministrze,

W imieniu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych zwracamy się z apelem o podjęcie działań zmierzających do rozwiązania problemów pacjentek z rakiem piersi, związanych ze skuteczną profilaktyką, diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją, w tym dostrzeżenie od lat nierozwiązanych problemów dostępności do nowoczesnych terapii dla kobiet z zaawansowanym rakiem piersi. W Polsce na raka piersi co roku zachorowuje 18 000 kobiet i aż 6 000 z nich umiera. Wskaźnik przeżyć 5-letnich wzrósł w ciągu ostatnich kilkunastu lat i wynosi w tej chwili 75%, ale w dalszym ciągu jest o 10% niższy niż w innych krajach Unii Europejskiej i USA. Ta różnica wynika z ograniczonego dostępu Polek do nowoczesnych terapii oraz z braku kompleksowej, koordynowanej opieki onkologicznej. Opieka w ramach Breast Cancer Units przekłada się nawet na o 20% lepsze wyniki leczenia w porównaniu z krajami, gdzie jest ona rozproszona.

**Październik to Miesiąc Walki z Rakiem Piersi. To dobry czas, aby rozpocząć zmiany w celu poprawy sytuacji polskich pacjentek. Najważniejsze z nich dotyczą:**

- 1. Dalszej poprawy profilaktyki raka piersi.** W tym przypadku możemy mówić o wielu sukcesach – badania przesiewowe spowodowały szybsze wykrywanie wczesnych zmian nowotworowych, co przekłada się na wyniki leczenia i przeżywalność kobiet. Od niedawna refundowane są zabiegi profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów. Planowana jest również refundacja profilaktycznej mastektomii u kobiet z mutacją BRCA1 lub BRCA2. Należy podkreślić, że zabiegi powinny być wykonywane przez doświadczonych lekarzy chirurgów w wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych.
- 2. Ustalenia kryteriów jakości badań mammograficznych zgodnych ze standardami europejskimi i ich kontrola.** Wymiana sprzętu do mammografii na nowoczesny, zapewniający odpowiednią jakość badań i ich porównywalność. Młodsze kobiety powinny mieć możliwość wykonywania USG piersi, które w tej grupie wiekowej jest skuteczniejsze niż mammografia.
- 3. Opieki nad młodymi kobietami z rakiem piersi.** W ciągu ostatnich 30 lat 2-krotnie zwiększyła się zachorowalność wśród kobiet między 20. a 49. rokiem życia. Dla nich bardzo ważne jest zachowanie płodności po leczeniu onkologicznym, dlatego powinny zostać sfinansowane procedury zachowania płodności dla tych kobiet, które w przyszłości chciałyby zostać matkami.
- 4. Wprowadzenia Breast Cancer Unitów.** Zagwarantują one Polkom kompleksową i skoordynowaną opiekę oraz odpowiednią jakość wykonywanych badań diagnostycznych, leczenia i rehabilitacji. Rozporządzenie dotyczące Breast Cancer Unitów choć zostało już opracowane i pozytywnie ocenione przez AOTMiT od miesięcy nie zostaje wdrożone, mimo apeli środowiska pacjentów i klinicystów.
- 5. Poprawy dostępu do nowoczesnego leczenia, także chirurgicznego.** W tej chwili za mało jest wykonywanych zabiegów oszczędzających, a jeżeli konieczna jest mastektomia, to powinna być przeprowadzana jednocześnie z rekonstrukcją piersi z wykorzystaniem nowoczesnych technologii (ADM), co pozwala kobietom na szybszy powrót do aktywności społecznej i zawodowej. Skuteczną metodą leczenia rozsianych nowotworów (piersi i skóry) jest elektrochemia. W Polsce około 300 pacjentek rocznie wymaga takiego leczenia, a problem dostępu do niego rozwiązałoby ok. 4–5 urzędzeń w kraju.
- 6. Poprawy sytuacji kobiet z zaawansowanym rakiem piersi, zwłaszcza HER2-ujemnym hormonozależnym,** w tym dostępności do nowoczesnych terapii. Korzyści, jakie pacjentki odnoszą z innowacyjnych terapii to znamienne wydłużenie czasu wolnego od progresji choroby, który osiąga się bez zwiększenia istotnych działań niepożądanych oraz poprawa jakości życia. Brak dostępu do innowacyjnej terapii sprawia, że pacjentki są leczone tak samo jak dekadę temu – a więc wyniszczającą chemioterapią, o bardzo ograniczonej skuteczności.
- 7. Umożliwienia dostępu kobietom po leczeniu raka piersi, bez względu na miejsce zamieszkania, do szeroko pojętej rehabilitacji psychofizycznej i społecznej,** a zwłaszcza wsparcia psychoonkologa oraz profilaktyki i leczenia obrzęku limfatycznego.

Popieramy apel pacjentek z rakiem piersi – żon, babć, matek, córek i siostr – które czekają na wprowadzenie istotnych zmian w opiece zdrowotnej, aby móc wykorzystać czas na życie.

# Kobiety powinny badać swoje piersi



**Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, onkolog specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorych z rakiem piersi. Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, były prezydent Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego. Kierownik Oddziału Onkologii Szpitala MSWiA w Warszawie. Z prof. Tadeuszem Pieńkowskim rozmawiamy o diagnostyce raka piersi.**

**Panie profesorze, kiedyś lekarz miał możliwość diagnozowania raka piersi tylko w badaniu palpacyjnym, jaka była skuteczność tej metody?**

Medycyna jest tak stara jak ludzkość i sięga czasów, kiedy lekarz dysponował jedynie swoimi zmysłami. Nie mógł korzystać z technologicznych zdobyczy, które tak naprawdę pojawiły się relatywnie niedawno. W diagnozowaniu raka piersi jedynymi narzędziami było wtedy oglądanie i badanie palpacyjne. Siłą rzeczy, wykrywane wówczas zmiany były z dzisiejszego punktu widzenia dość duże. Diagnostyka raka piersi zaczęła się zmieniać po wykryciu promieniowania rentgenowskiego, wykonaniu pierwszych zdjęć przez prof. Roentgena. Historyczne już zdjęcie dłoni Roentgena jest nadal zamieszczane w książkach poświęconych diagnostyce radiologicznej. Wprowadzenie badania rentgenowskiego stanowiło przełom, tak więc na początku XX wieku zaczęto badać człowieka za pomocą promieniowania jonizującego, co wielu ludziom uratowało życie.

**Jakie metody są obecnie stosowane w diagnostyce raka piersi?**

Najpowszechniejszą metodą diagnostyki raka piersi jest mammografia. Pierwsze badanie mammograficzne wykonano już też dawno temu. Natomiast urządzenie, które było zbliżone technicznie do dzisiejszych mammografów, pojawiło się w latach 60. Aparaty dedykowane badaniom piersi, w ciągu kolejnych lat ulegały doskonaleniu, wykrywając coraz to mniejsze

zmiany, umożliwiając ich lepszy opis. Skala BI-RADS, czyli system standaryzacji opisów badań diagnostycznych raka piersi, kategoryzuje te zmiany w zależności od stopnia podejrzenia tego, czy mają one charakter złośliwy czy nie. Pojawiły się też inne techniki obrazowania wykorzystujące inne zjawiska fizyczne, takie jak badanie ultrasonograficzne, które jest badaniem bardzo skutecznym i wydolnym. Badanie jonizujące działa na zasadzie różnic w wychwytywaniu promieni jonizujących przez tkanki. Zaś badanie ultrasonograficzne bada odbicie fal dźwiękowych poszczególnych struktur. Wymienione badania wykorzystują inne zjawiska fizyczne, nie do końca się ze sobą pokrywają, raczej się uzupełniają niż konkurują.

Następnym badaniem jest rezonans magnetyczny, który wykorzystuje ustawienie jonów cząsteczek wody w polu elektromagnetycznym. Zaczęto stosować też pozytonową tomografię emisyjną (PET-CT), czyli badanie metabolizmu glukozy. Od wielu lat trwają prace nad udoskonaleniem termografii, czyli obrazowania różnic temperatur. Zmiany nowotworowe są zazwyczaj cieplejsze niż otoczenie.

**Jakie są zalety mammografii, a jakie USG piersi?**

Każda z tych technologii posiada swoje zalety i ograniczenia. Badanie mammograficzne ma cały szereg niewątpliwych zalet. Po pierwsze jest wystandaryzowane, jeżeli chodzi o jego wykonanie, czyli na całym świecie powinno być wykonane w taki sam sposób. Po dru-

gie pozostawia trwałą dokumentację, która historycznie była zapisywana na kliszach, współcześnie jest dokumentowana elektronicznie. Wielką siłą mammografii jest możliwość precyzyjnego porównywania obrazów wykonywanych w przeszłości z obrazami wykonanymi teraz i porównywanie zamian. Jeszcze jedną zaletą badania jest to, że przy nim nie jest obecny lekarz, a wykonuje go radiolog, który może wykonać standardowo w ciągu dnia to badanie u wielu osób. Natomiast wynik tego badania przechowywany trwale może oglądać wielu specjalistów.

Podobne znaczenie diagnostyczne ma badanie ultrasonograficzne. USG jest badaniem, którego jakość zależy od klasy urządzenia, którym jest wykonywane, od kwalifikacji osoby je wykonującej i od czasu poświęconego na badanie. Badanie mammograficzne bada całą pierś, zaś badanie ultrasonograficzne jest badaniem sektorowym poszczególnych części piersi. Podczas badania wykonuje się printy i lekarz podejmuje subiektywnie decyzję, o wykonaniu zdjęcia w konkretnym ułożeniu głowy. Dlatego niemożliwe jest powtórzenie precyzyjnie tych samych printów za rok. Badanie to nie generuje trwałej dokumentacji, którą można porównywać historycznie, natomiast jest jej cennym uzupełnieniem.

**Czy to prawda, że wykonywanie ultrasonografii piersi jest zalecane u osób młodszych?**

Często pokutuje stwierdzenie, że u osób młodszych jest wskazana ultra-



sonografia, u starszych mammografia. Wydolność mammografii zależy od budowy piersi, największa jest przy piersi tłuszczowej. Zarazem ryzyko zachorowania na raka piersi zaczyna się od 5. dekady życia, stąd w większości systemy publicznie finansowanych przesiewowych badań mammograficznych dotyczą kobiet powyżej 50. roku życia, gdy istnieją największe szanse rozpoznania nowotworu.

W grupie kobiet pomiędzy 40. a 50. rokiem życia, mammografia umożliwia rozpoznanie nowotworu, ale jej wydolność jest mniejsza. Po pierwsze, ryzyko zachorowania w tym wieku jest mniejsze, po drugie ten przedział wiekowy charakteryzuje się gruczołową budową piersi.

U kobiet powyżej 50. roku życia mammografia odgrywa największą rolę: jest wystandaryzowana, umożliwia historyczne porównanie wyników, można wykonać dużo badań w relatywnie krótkim czasie i ocenić je może zespół lekarzy. Ultrasonografia może być tutaj rekomendowana jako uzupełnienie badania mammograficznego.

### **A polski wynalazek – urządzenie BRASTER, czy ma przyszłość w diagnostyce raka piersi?**

Urządzenie wykorzystujące termografię BRASTER może służyć do wykrywania podejrzanych zmian w piersi, ale nie jest narzędziem diagnostycznym. Pokazuje obraz rozkładu temperatury w obrębie piersi. Zaletą badania termograficznego jest generowanie trwałej dokumentacji, rejestracja zapisu obrazu termograficznego piersi. Pierwszym badaniem jest porównywanie lewej piersi z prawą. Później badania wykonuje się co miesiąc i porównuje obrazy. Wynik tego badania, który można traktować jako prawidłowy, nie wymaga podjęcia dalszych działań, zaś nieprawidłowy powinien skłaniać do wizyty u lekarza. Zaletą jest możliwość wykonywania go w domu, a wynik jest przesyłany, trwale archiwizowany i interpretowany przy pomocy programu elektronicznego, a później przez człowieka. To badanie może wypełnić lukę w interwałach między kolejnymi badaniami mammograficznymi. Potencjalnie może być przydatne dla kobiet, które są nosiciel-

kami mutacji genu BRCA1 i BRCA2 i w badaniu osób, które są w młodszym wieku niż rekomendowany do badań przesiewowych.

### **Jaka jest rola biopsji gruboigłowej w diagnostyce nowotworu piersi?**

Wskazania do pobrania materiału przy pomocy biopsji gruboigłowej do badania mikroskopowego wynika z podejrzenia bądź podejrzenia klinicznego w sensie zmian, które są widoczne gołym okiem i są wyczuwalne dłońią, aż do zmian, które są widoczne w badaniu obrazowym. Wówczas pod kontrolą takiego obrazu pobiera się próbkę do badania mikroskopowego, żeby wykluczyć lub potwierdzić nowotwór i ustalić jego charakter.

### **Do diagnostyki i leczenia raka piersi wkroczyła też biologia molekularna, co w tym zakresie jest dostępne dla pacjentek w Polsce?**

Biologia molekularna nie ma takiego znaczenia przy diagnostyce raka piersi, ale ma znaczenie przy ustalaniu czynników rokowniczych i ustalania wskazań do poszczególnych metod leczenia, np. przy ustaleniu, czy rak posiada receptory estrogenowe lub czy w jego obszarze występuje nadmiar receptorów *HER2*. Na pewno wkrótce będzie ocenianych więcej cech i pojawią się nowe sposoby leczenia, które będą uzależnione od ekspresji różnych czynników.

### **W czym są przydatne testy wielogenowe u pacjentek z rakiem piersi?**

Testy wielogenowe, takie jak Oncotype DX czy MammaPrint mają ogromną przydatność u kobiet, u których istnieją pewne wątpliwości, czy poza hormonoterapią powinny mieć zastosowaną chemioterapię. Testy te rozwiewają takie wątpliwości. Jest grupa pacjentek tzw. pośrednich, u których wykonanie testu Oncotype DX jest wskazane. W krajach, gdzie takie testy wielogenowe są refundowane, przeprowadza się je u chorych z już rozpoznany rakiem, u których po pierwotnym, radykalnym leczeniu raka są wątpliwości co do tego, czy sama hormonoterapia wystarczy, czy powinny być dodane do niej cytostatyki.

### **Czy wobec tych wszystkich metod comiesięczne samobadanie piersi jest skuteczne, skoro wykrywamy w nim guzy na tyle duże, że w większości przypadków nie da się już raka wyleczyć?**

Kobiety powinny badać swoje piersi. Samobadanie umożliwia rozpoznanie w przytłaczającej ilości 3/4 wykrywalnych zmian. Istnieją też sytuacje, że przez Panie w samobadaniu są wyczuwalne zmiany, które nie są widoczne w badaniu obrazowym. Kobiety powinny znać swoje piersi, powinny je obserwować, czy się nie pojawiły w nich jakieś zmiany. Natomiast realistycznie patrząc, samobadania tak szeroko rekomendowanego, prawie nikt nie wykonuje regularnie. Trudno sobie wyobrazić, aby ta grupa wykonująca samokontrolę piersi co miesiąc była w przewadze. Samobadanie piersi jest sygnałem, że coś się dzieje w organizmie i na te sygnały trzeba reagować. Na pewno, jeśli więcej kobiet by je wykonywało regularnie, to wiele z nich miałooby lepsze rokowanie w przypadku rozpoznania nowotworu.

### **I jeszcze jeden mit dotyczący badań w kierunku raka piersi u kobiet w okresie ciąży czy laktacji, czy można je wykonywać?**

Badania te u kobiet w trakcie ciąży czy laktacji często nie są wykonywane z uwagi na to, że nikt nie spodziewa się choroby w takim okresie życia. W przypadku, kiedy w piersi kobiety, która jest w ciąży lub w okresie laktacji, pojawiają się niepokojące sygnały, stwardnienia czy zgrubienia, należy podjąć wszelkie działania zmierzające do ustalenia przyczyny tych zmian. Kobiety w ciąży mogą mieć wykonaną ultrasonografię czy mammografię, ponieważ nie wpływają one na płód. Należy oczywiście taki fakt zgłosić osobie wykonującej badanie. Mogą też być wykonane u nich biopsje, bo przecież gdy istnieją przyczyny medyczne, mogą być operowane z wielu powodów. Ograniczenia diagnostyki z tytułu ciąży dotyczą zastosowania izotopów promieniotwórczych (np. przy scyntygrafii).

**Aleksandra Rudnicka**

# Nowoczesne terapie raka piersi

## Dostępność dla Polek z *HER2*-dodatnim rakiem piersi



Lek. Katarzyna Pogoda lekarz z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Posiada specjalizację z onkologii klinicznej, popartą egzaminem ESMO. Otworzyła przewód doktorski dotyczący chorych na potrójnie ujemnego raka piersi. Prowadzi również prace dotyczące opieki nad młodymi chorymi na raka piersi. Jest członkiem redakcji *Medycyny Praktycznej – Onkologii*, stypendystka grantów ESMO i ESO. Odbiła staż naukowy w Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center przy Johns Hopkins University w Baltimore. Posiada Certificate of Competence of Breast Cancer.

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem rozpoznawanym każdego roku u Polek. **W 2015 roku na ten nowotwór zachorowało ponad 18 tys. kobiet.** Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne rozpoczynamy cykl edukacyjny na temat możliwości terapeutycznych u chorych na ten nowotwór. Należy podkreślić, że **rak piersi nie jest jedną chorobą, ale składa się z kilku podtypów, które leczy się za pomocą różnych leków.** Najbardziej ogólnie z uwagi na obecność lub brak trzech receptorów (hormonalnych: *ER* – estrogenowych i *PgR* – progesteronowych oraz naskórkowego czynnika wzrostu *HER2*).

*Raki piersi można podzielić na 3 grupy: raki hormonozależne (luminalne, czyli *ER/PgR*-dodatnie), *HER2*-dodatnie i potrójnie ujemne (bez obecności receptorów hormonalnych i *HER2*).*

Niniejszy artykuł stanowi pierwszą część cyklu edukacyjnego i dotyczy chorych na ***HER2*-dodatniego raka piersi, czyli nowotworu piersi, w którym stwierdza się nadmierną ekspresję tzw. receptora ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu typu 2 (*HER2*).**

*HER2*-dodatnie raki piersi stanowią 15–20% wszystkich raków piersi. Obecność tego receptora w nadmier-

nej ilości przekłada się na **bardziej agresywny przebieg choroby.** Na szczęście, dzięki postępowi w onkologii potrafimy dobrze diagnozować raki piersi pod kątem *HER2* oraz dysponujemy skutecznymi lekami, które blokują ten receptor, a tym samym znacznie poprawiają wyniki leczenia chorych. Testy diagnostyczne pozwalają na dokładne wyodrębnienie grupy chorych, które odniosą korzyść z tej terapii. **Czyli leczenie jest celowane, dedykowane tylko chorym z nadmierną ekspresją receptora *HER2*.**

**U każdej chorej na raka piersi należy wykonać biopsję gruboigłową guza, aby ocenić stan receptorów hormonalnych (*ER* – estrogenowych i *PgR* – progesteronowych) oraz właśnie *HER2*.**

*HER2*-dodatniego raka piersi rozpoznaje się, gdy wynik *HER2* oznaczony za pomocą immunohistochemii wynosi 3+. Wynik 0 lub 1+ to wyniki negatywne. W przypadkach pośrednich należy wykonać dodatkowe badanie FISH oceniające stan *HER2* – gdy wynik FISH jest dodatni również rozpoznaje się *HER2*-dodatniego raka piersi.

### Leczenie pooperacyjne

Jak już wcześniej wspomniano ***HER2*-dodatnie raki piersi mają bardziej agresywny przebieg.** W tej grupie chorych uzupełniającą chemioterapię

(czyli po pierwotnym leczeniu operacyjnym) stosuje się już w przypadku małych raków piersi (od wielkości 6 mm). W guzach powyżej 10 mm lub z przerzutami w pachowych węzłach chłonnych do chemioterapii dołącza się *trastuzumab*.

*Trastuzumab* to humanizowane przeciwciało monoklonalne, czyli lek biologiczny (który od niedawna ma też swój biopodobny odpowiednik), skierowane przeciw *HER2*. **Dodanie tego leku do chemioterapii znacznie poprawia wyniki leczenia – jest mniej nawrotów choroby i pacjentki żyją dłużej.** Obserwacje, którymi dysponujemy są długie – mają ponad 10 lat. Na podstawie wyników badań ustalono, że:

- standardowa terapia pooperacyjna *trastuzumabem* powinna trwać 1 rok;
- *trastuzumab* należy stosować jednocześnie z taksanami (rodzaj chemioterapii) z uwagi na większą skuteczność, jeśli *trastuzumab* stosuje się już wcześniej z chemioterapią, niż po jej zakończeniu;
- opracowano schematy leczenia bez antracyklin (kolejny rodzaj chemioterapii), które są skuteczne i interesujące zwłaszcza w przypadku chorych z współistniejącymi chorobami sercowo-naczyniowymi.

***Trastuzumab* można podawać doustnie lub podskórnym.** W przypad-

ku terapii dożylną pierwsze podanie stanowi dawka nasycająca, a kolejne dawki są mniejsze. *Trastuzumab* dożylny (*iv, intravenous*) podaje się co 1 tydzień lub co 3 tygodnie (od kilku lat zdecydowanie częściej stosuje się schemat co 3 tygodnie z uwagi na mniejszą częstość wizyt). W ostatnich latach opracowano bardziej wygodną do podawania podskórną (*s.c., subcutaneous*) postać tego leku. Dawka leku jest stała i wynosi 600 mg. W Polsce refundowane są dwie postaci *trastuzumabu* (*sc i iv*).

### Leczenie neoadjuwantowe

W ostatnich kilku latach kładzie się nacisk na terapię przedoperacyjną u chorych z HER2-dodatnimi rakami piersi o wielkości > 2cm i/ lub obecnością przerzutów w pachowych węzłach chłonnych. W takich przypadkach do chemioterapii dołącza się *trastuzumab*. Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi w ramach przedoperacyjnej terapii należy stosować chemioterapię z podwójną blokadą HER2 złożoną z *trastuzumabu* i *pertuzumabu* – drugiego leku skierowanego przeciw HER2.

Takie połączenie pozwala na częstsze uzyskiwanie całkowitej patologicznej odpowiedzi, czyli sytuacji gdy w materiale z operacji nie stwierdza się komórek nowotworowych. Oznacza to, że leczenie przedoperacyjne było bardzo skuteczne i całkowicie zniszczyło wcześniejszy guz nowotworowy. Wykazano, że u chorych na HER2-dodatniego raka piersi odległe wyniki leczenia są znacznie lepsze, gdy osiągnięte są całkowitą odpowiedzią patologiczną. Aktualnie *pertuzumab* nie

jest refundowany w Polsce w ramach terapii przedoperacyjnej.

Niedawno opublikowano wyniki badania oceniającego dołączenie *pertuzumabu* do *trastuzumabu* w leczeniu pooperacyjnym (czyli podwójnej blokady HER2 przez rok). Stwierdzono pewną korzyść u chorych z przerzutami w pachowych węzłach chłonnych. Takie leczenie nie zostało jeszcze zatwierdzone przez międzynarodowe i polskie towarzystwa naukowe.

Wydaje się, że optymalne leczenie okołoperacyjne nie zostało jeszcze ostatecznie ustalone. Trwają badania oceniające dołączanie innych leków anty-HER2 do terapii. Poza tym analizuje się korzyść ze zmiany leków anty-HER2 w przypadku braku całkowitej patologicznej odpowiedzi. Kolejne lata mogą przynieść zmiany w postępowaniu.

### Leczenie nawrotów

Mimo stosowania leczenia zgodnego z aktualnymi wytycznymi postępowania u 1/4–1/3 chorych dochodzi do nawrotu raka piersi po radykalnym leczeniu. Do nawrotu choroby może dojść na różnym etapie. U chorych na HER2-dodatniego raka piersi przerzuty odległe częściej występują w ciągu 3–5 lat od pierwotnego leczenia. Rzadko rozsiew stwierdza się już w chwili diagnostyki raka piersi lub w trakcie rocznej uzupełniającej terapii *trastuzumabem*. W przypadku nawrotów po zakończeniu leczenia pooperacyjnego należy ponownie sprawdzić stan receptorów hormonalnych i HER2, zwłaszcza gdy przerzuty powstały wiele lat po pierwotnym

leczeniu raka piersi i jest możliwość wykonania biopsji (np. przerzutów w wątrobie, tkankach miękkich, węzłach chłonnych). U części chorych dochodzi do tzw. konwersji receptorów, czyli zmiany wyniku z dodatniego na negatywny i odwrotnie. Ta informacja może mieć wpływ na wybór terapii.

*U chorych na przerzutowego HER2-dodatniego raka piersi podstawę terapii stanowi leczenie skierowane przeciw HER2, które należy stosować od rozpoznania nawrotu choroby przez cały czas.*

Standardem postępowania w ramach 1. linii leczenia jest terapia złożona z *pertuzumabu*, *trastuzumabu* i leku cytotoksycznego (najczęściej *docetakselu*). Leczenie to znacznie poprawia rokowanie chorych. Ta terapia jest dostępna dla polskich pacjentek w programie lekowym. Gdy dochodzi do progresji choroby, zgodnie z europejskimi zaleceniami należy stosować T-DM1 (połączenie *trastuzumabu* z cytostatykiem – *majtanzyną*). Leczenie to również poprawia rokowanie chorych, ale obecnie nie jest refundowane w Polsce. Chore mogą być natomiast leczone w programie lekowym *lapatynibem* (doustnym lekiem anty-HER2) w połączeniu z *kapecytabiną* (doustnym lekiem cytotoksycznym).

Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi w kolejnych liniach leczenia należy kontynuować terapię anty-HER2 w połączeniu z inną chemioterapią. W polskich warunkach z uwagi na brak refundacji obecnie stosuje się tylko chemioterapię.

### Leki anty-HER2 w leczeniu chorych na HER2-dodatniego raka piersi

Lek	Postać	Leki stosowane razem	Wskazanie
<i>trastuzumab</i>	dożylna lub podskórna	chemioterapia, po jej zakończeniu monoterapia <i>trastuzumabem</i>	leczenie okołoperacyjne przez rok; leczenie paliatywne (każda linia)
<i>pertuzumab</i>	dożylna	razem z <i>trastuzumabem</i> i chemioterapią	leczenie przedoperacyjne; 1. linia leczenia paliatywnego
T-DM1	dożylna	monoterapia	2. i kolejne linie leczenia paliatywnego
<i>lapatynib</i>	doustna	z <i>kapecytabiną</i> (chemioterapią)	2. i kolejne linie leczenia paliatywnego



# Chirurgia raka piersi



Dr n. med. Daniel Maliszewski jest specjalistą chirurgii onkologicznej z europejskim certyfikatem kwalifikacji chirurgii piersi – EBSQ in Breast Surgery. Zajmuje się chirurgią rekonstrukcyjną i onkoplastyczną piersi z wykorzystaniem mikrochirurgii. Pracuje na Oddziale Chirurgii Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie. Od lat wspiera Amazonki. Z doktorem Danielem Maliszewskim rozmawiamy o dostępie kobiet z rakiem piersi do chirurgicznego leczenia raka piersi na europejskim poziomie.

**Panie doktorze, operacje mikrochirurgiczne kojarzą się z precyzyjnymi zabiegami takich narządów jak oko czy mózg. Jakie mają one zastosowanie w chirurgii piersi?**

Mikrochirurgia jest działem medycyny zajmującym się operacjami chirurgicznymi przeprowadzanymi pod mikroskopem na naczyniach krwionośnych wielkości 1–3 mm. Dzięki zastosowaniu precyzyjnych technik możemy zrekonstruować pierś, np. płatem DIEP – pobierając tkanki z powłok brzusznych, z minimalnym uszkodzeniem mięśnia prostego brzucha. Jest to bardzo dobre rozwiązanie u pacjentek, u których występuje konieczność rekonstrukcji tkankami własnymi, np. po radioterapii.

**A jak mikrochirurgia jest wykorzystywana w chirurgicznym leczeniu obrzęku limfatycznego, który jest często działaniem niepożądanym usunięcia węzłów chłonnych z powodu raka piersi? Czy takie zabiegi są wykonywane w Polsce?**

W leczeniu chirurgicznym obrzęku chłonnego wykonuje się przeszczep węzłów chłonnych oraz połączenia limfatyczno-żyłne – celem rekonstrukcji dróg chłonnych i osiągnięcia prawidłowej funkcjonalności układu chłonnego. Stosujemy tu techniki supermikrochirurgii – działamy na naczyniach o średnicy poniżej 1 mm. W Polsce wykonano pojedyncze zabiegi tego typu, ponieważ brak jest u nas usystematyzowanego programu leczenia obrzęku chłonnego, który mamy

nadzieję rozpocząć na początku przyszłego roku w śląskim szpitalu. Obejmuje on zarówno leczenie chirurgiczne, jak i odpowiednią rehabilitację.

**Dlaczego w Polsce wykonujemy tak mało operacji oszczędzających? Czy dlatego, że pacjentki nie można zakwalifikować do tych zabiegów z powodów klinicznych, czy też powodem jest brak umiejętności chirurgów?**

W Polsce, według niektórych, bardzo optymistycznych danych, do leczenia oszczędzającego kwalifikuje się około 45–50% pacjentek z rakiem piersi. Z jednej strony jest to kwestia manualnych umiejętności i „przekonania” danego chirurga, z drugiej strony roli, którą zaczyna pełnić mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją, będącą standardem onkoplastycznego leczenia raka piersi na świecie. Trzeci powód to świadomość pacjentek, możliwość wyboru, podejmowania świadomej decyzji. Coraz więcej pacjentek młodych, z potwierdzonym obciążeniem genetycznym, niejednoznacznym obrazem piersi, np. w badaniu rezonansu magnetycznego (MRI), decyduje się na amputację z jednoczasową rekonstrukcją.

**Amazonki z nazw swoich stowarzyszeń usunęły określenie „kobiety po mastektomii” i wprowadziły określenie „kobiety po leczeniu raka piersi”, czy się nie pospieszyły? Jeżeli już musimy wykonać mastektomię, to dlaczego w wielu przypadkach nie jest ona wykonywana z jednoczasową rekonstrukcją?**

W mojej ocenie odsetek IBR (amputacja z jednoczasową rekonstrukcją) nie przekracza w Polsce 10%. Myślę, iż głównym problemem jest „eminencyjne” podejście do kwalifikacji oraz brak umiejętności, np. u pacjentek z dużym, opadającym biustem zabieg jest dość trudny technicznie i wymaga pewnego doświadczenia. IBR jest podstawową techniką onkoplastycznego leczenia raka piersi. W mojej praktyce ponad 90% pacjentek zakwalifikowanych do mastektomii ma ją wykonywaną z jednoczasową rekonstrukcją. Należy pamiętać, iż według zaleceń Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i amerykańskiego NCCN, jedynym przeciwskazaniem bezwzględny jest rak zapalny (1% przypadków) i progresja z naciekiem skóry podczas chemioterapii przedoperacyjnej. W pozostałych przypadkach, nawet gdy pooperacyjnie planowana jest radioterapia, różnymi technikami jesteśmy w stanie ten zabieg bezpiecznie przeprowadzić.

**A jak wygląda sytuacja w przypadku pacjentek, nosicielek dziedzicznych rodzinnych mutacji BRCA1/2?**

Techniką z wyboru w przypadku pacjentek z obciążeniem genetycznym, czyli 5–7% pacjentek z rakiem piersi jest amputacja z jednoczasową rekonstrukcją, z zastosowaniem implantów. W teorii taki zabieg ma być refundowany przez NFZ. W praktyce kwota wyliczonej przez ministerstwo pokrywa ok. 25% kosztów ponoszonych przez szpital, więc nic nie zmie-

ni to w sytuacji pacjentek obciążonych genetycznie, ponieważ w niewielu placówkach znajdują się środki na wykonywanie tych zabiegów.

**A same metody wykonywania rekonstrukcji w Polsce, czy mamy dostęp do nowoczesnych technologii, czy dominują skomplikowane, czasochłonne operacje z wykorzystaniem mięśni własnych pacjentki?**

W Polsce mamy dostęp do wszystkich technik obecnych w USA czy krajach Europy Zachodniej. Problemem jest brak właściwej wyceny przez NFZ. Większość rekonstrukcji odbywa się przy użyciu implantów silikonowych – niejednokrotnie z zastosowaniem siatek wchłaniających, macierzy bezkomórkowych, czy też w technice prepektoralnej. Zabieg z wykorzystaniem tkanek własnych to 10–15% rekonstrukcji. Obecnie wykonywane są różne formy tego zabiegu z wykorzystaniem płatu z mięśnia najszerzego grzbietu (LD, MSLD, TDAP) czy też płatu DIEP z tkanek brzusznych, aczkolwiek z minimalną ingerencją w mięśnie proste brzucha.

**Pacjentki, kiedy już przejdą operację ratującą życie z powodu raka piersi, nie zawsze są zadowolone z jej estetycznego efektu. Wtedy są potrzebne operacje korekcyjne. U jakich pacjentek są wskazane i jakich umiejętności wymagają od chirurga piersi?**

Operacje korekcyjne przeprowadzamy u pacjentek niezadowolonych z finalnego efektu estetycznego. U każdej pacjentki ryzyko powikłań jest inne, szczególnie wysokie jest u pacjentek palących papierosy lub po radioterapii. Dlatego też należy przedyskutować dokładnie ryzyko powikłań i szanse na poprawę finalnego efektu. W naszych szpitalach (Kościerzyna, Słupsk) wykonujemy zabiegi naprawcze po wykonanych przez nas zabiegach, biorąc niejako odpowiedzialność za osiągnięty efekt. Niestety zabiegi takie nie są refundowane, a są trudne oraz wymagają dobrej znajomości technik rekonstrukcyjnych, technik chirurgii plastycznej i solidnej wiedzy anatomicznej odnośnie podstaw tych zabiegów.

**W Poznaniu odbyła się ostatnio konferencja chirurgów piersi, o jakich medycznych nowościach na niej mówiono?**

W Poznaniu wiele mówiliśmy o technice prepektoralnej rekonstrukcji – świetnej alternatywy dla klasycznych rekonstrukcji jednoczasowych. Dyskutowaliśmy również o macierzach i innych materiałach stosowanych w chirurgii piersi. Wiele czasu poświęcono aspektom prawnym naszego funkcjonowania. Jak zawsze prezentowane były nowości i obowiązujące trendy w chirurgii piersi, a także wyjątkowa sesja dotycząca praktycznych i technicznych detali przeprowadzanych technik chirurgicznych.

**No właśnie, co to jest technika prepektoralna rekonstrukcji piersi?**

Technika prepektoralna (przedmięśniowa) to metoda amputacji piersi z jednoczasową rekonstrukcją, w której nie uszkadzamy i nie naruszamy ciągłości mięśni piersiowych. W klasycznych technikach usuwamy gruczoł, a następnie wkładamy implant/ekspander pod mięsień piersiowy większy. Przecięcie przyczepów i preparowanie przestrzeni pod mięśniami powoduje: dodatkowe dolegliwości bólowe, większy chłonorok pooperacyjny, większe ryzyko krwawienia, animację w okresie pooperacyjnym, czyli ruszanie piersią w wyniku kurczenia się mięśnia piersiowego nad implantem. W technice prepektoralnej nie używamy mięśnia, tylko owijamy implant w siatkę/ADM – tym samym unikamy wszystkich problemów, o których wspomniałem wcześniej. Technika ta jest stosunkowo nowa, ale na 100% jest przyszłością w zakresie rekonstrukcji piersi.

**Powtarzającym się motywem tego spotkania był brak finansowania, zbyt niskie wyceny procedur chirurgicznych związanych z rakiem piersi. Czy to, poza brakiem specjalistów, jest głównym powodem braku dostępu pacjentek do najnowszych osiągnięć chirurgii piersi?**

Jak najbardziej problem braku finansowania, czy też niewystarczającego

finansowania większości procedur z tej dziedziny chirurgii jest podstawową blokadą jej rozwoju w Polsce. Szczególnie widoczne jest to przy dyskusjach odnośnie: symetryzacji zdrowej piersi, zabiegach profilaktycznych, procedurach płatowych (LD, DIEP) czy też chirurgii obrzęku chłonnego.

**Czy uważa Pan, że pacjentce potrzebna jest wiedza na temat zabiegu, jaki ma przejść?**

Oczywiście świadoma pacjentka, to najlepsza pacjentka. To chora powinna podjąć właściwą decyzję odnośnie rodzaju zabiegu, po rzetelnym przedstawieniu wszystkich dostępnych opcji przez operatora. Dzięki wiedzy na temat potencjalnych powikłań i możliwych problemów w okresie okołoperacyjnym, ryzyko powikłań jest zdecydowanie niższe. To pacjentka będzie funkcjonowała z „nową piersią” w codziennej rzeczywistości, więc musi być zadowolona z efektu finalnego.

**Czy utworzenie w Polsce większej ilości Breast Cancer Unitów zmieni sytuację pacjentek z rakiem piersi w dostępie do wysokospecjalistycznych zabiegów chirurgicznych z powodu tego nowotworu?**

Jak najbardziej, obecnie rozpoznaje się co roku około 18 000 nowych przypadków raka piersi w Polsce, do tego dochodzi kilkadziesiąt tysięcy pacjentek wymagających procedur rekonstrukcyjnych odroczonej, zabiegów profilaktycznych, symetryzacji drugiej strony, korekty po wcześniejszych zabiegach, czy też leczenia chirurgicznego obrzęku chłonnego. To wszystko są nieodłączne elementy nowoczesnego leczenia raka piersi i jego następstw. Tylko stworzenie sieci kilkudziesięciu BCU umożliwi nam radzenie sobie z problemami chirurgii piersi. Mniejsza ilość BCU spowoduje ograniczenie dostępu, wydłużenie kolejek i przesunięcie większości tych procedur na rynek usług prywatnych, na które większość pacjentek w Polsce nie stać.

**Rozmawiała  
Aleksandra Rudnicka**

## To one dały mi nadzieję



Agnieszka Witkowicz-Matolicz – dziennikarka i reporterka, socjolożka. Obecnie szefowa Informacji w Radiu Muzo FM. Wcześniej związana z RMF FM, TOK FM i Radiem PiN, współpracowała też z Polsat News, TVP Info i WP.pl. Na raka piersi zachorowała w wieku 32 lat, rok po tym, gdy została mamą. Uważa obserwatorką życia i ludzi, lubi odkrywać fakty i walczyć ze stereotypami, także jeśli chodzi o raka. Przykładem tego jest jej książka „Niezwykłe Dziewczyny”, będąca zapisem historii młodych kobiet z rakiem piersi. Czytelnikom „Głosu” Agnieszka opowiada swoją historię.

Bezbrzeżne przerażenie i paniczny strach. Strach, który aż boli w kościach, rozprzestrzenia się po całym ciele i nie może odpuścić. Nic nie było w stanie go zagłuszyć. Czarne myśli kłębiły się w głowie w czasie długich, bezsennych nocy, smutek i przygnębienie nie dawały spokoju w dzień. Raz po raz pojawiała się pytanie – co ze mną będzie, czy jeszcze zobaczę kiedyś wiosnę i jak wykorzystać czas, który mi pozostał. A z tyłu głowy kołatała się myśl, że to nie może być prawda, że to tylko makabryczny, przerażająco realistyczny sen, z którego za chwilę się obudzę.

**Miałam 32 lata, świetną pracę, kochającego męża i roczne dziecko.** Właśnie zaczynałam powoli odzyskiwać jaką taką równowagę po rewolucji, którą okazało się powiększenie rodziny. Wtedy wyczułam guzek w piersi. **Nic takiego, pomyślałam, to pewnie z powodu karmienia.** Lekarze tylko utwierdzili mnie w tym przekonaniu, choć dla uspokojenia zalecili USG. **Jakże wielkie było zdziwienie moje i lekarza, gdy zobaczył guza. Sprawy potoczyły się szybko: biopsja, dodatkowe badania i diagnoza: rak piersi.**

Do dziś z lawiny informacji, która mnie wtedy zalała, kołaczą mi w głowie pojedyncze, kluczowe zdania: „niestety jest to nowotwór złośliwy”, „to się leczy, najprawdopodobniej umrze pani na coś innego”, „nie wiem, dlaczego pani zachorowała, niech pani zapyta księdza”. Nie wierzyłam, dopóki nie dostałam pooperacyjnego wyniku hi-

stopatologicznego. Cały czas żywiłam się nadzieją, że to jakaś nieprawdopodobna pomyłka.

**Nie mogłam uwierzyć, że mam raka piersi, wydawało mi się, że to choroba pań w wieku dojrzałym, nie może przecież dotknąć młodej matki, jeszcze w dodatku karmiącej.**

*Ciągle pokutuje w Polsce mit jakoby karmienie piersią miało zapobiegać nowotworom, a ciąża to jedyny okres w życiu kobiety, gdy naprawdę robi się sporo badań. Moje wyniki dotychczas były książkowe, choć oczywiście piersi nikt w ciąży nie badał. To kolejny mit, że z USG trzeba poczekać do końca karmienia. Ja nie poczekałam i to mnie uratowało.*

**Początki przeprawy z rakiem nie były łatwe. Lekarz z prywatnej placówki, ten, który robił mi biopsję i wręczał wynik, traktował mnie trochę jak „śmierdzące jajo”, nie bardzo wiedział, jak leczyć matkę karmiącą. Załamywał nade mną ręce, twierdził, że „to niestety”, że karmię i że w związku z laktacją nie ma dla mnie innej drogi leczenia, jak tylko mastektomia.** Niestety, choć był to lekarz z polecenia – nie miał wiedzy i nawet, gdy już przyszła informacja o receptorach mojego guza – nie miał konkretnego pomysłu na terapię. Za to był bardzo chętny, żeby mnie operować – najlepiej od

razu. Skonsultowałam tę decyzję z ginekologiem, który prowadził moją ciążę, dopytywałam o innych specjalistów, usłyszałam, że w raku piersi to w sumie wszystko jedno, bo i tak są standardy i wszędzie dostanę tę samą terapię. **Tylko szczęście i przebłysk przytomności umysłu sprawiły, że nie zostałam zupełnie niepotrzebnie okaleczona.**

A wszystko przez Jana Brzechwę i „Żabę”, która była chora. Pamiętacie ten wierszyk, w którym żaba się „leczyła i suszyła”, bo „doktora chora słucha”? Na końcu „uschła tak, że po troszku, została z niej garstka proszku”. Czytałam ten uroczy skądinąd i cudownie napisany wiersz po raz kolejny mojemu synkowi, wsłuchiwałam się w poetycki kunszt i rytm i wtedy mnie coś tknęło. **Z tyłu głowy pojawiła się myśl, że lekarz, do którego trafiam, może nie mieć racji, że warto pójść na jeszcze jedną konsultację. I to okazało się zbawienne.**

**Dopiero od kolejnego lekarza dowiedziałam się, że laktacja nie jest żadnym przeciwwskazaniem do operacji oszczędzającej, co zmieniło diametralnie moją perspektywę.** Rak wydał mi się mniej groźny, a leczenie mniej przygnębiające. **Poczułam, że choroba nie zabierze mi tak dużo, jak myślałam. Zaczęłam dopytywać, czy będę mogła kiedyś jeszcze zostać jeszcze mamą.** Tu też onkolodzy-mężczyźni nie mieli jednoznacznej odpowiedzi, trochę się wstydzieli rozmawiać o „kobięcych sprawach”. Jeden z nich skiero-



wał mnie do warszawskiego Centrum Onkologii.

**Pani doktor Katarzyna Pogoda konkretna i kompetentna, ale jednocześnie pełna energii, jako pierwsza dała mi nadzieję** – i na to, że będę mogła jeszcze mieć dzieci (podpowiedziała jak zabezpieczyć płodność) i na to, że po leczeniu wrócę do normalnego życia. Skrupulatnie przyjrzała się moim wynikom i podjęła decyzję o terapii.

Dostałam miesiąc radioterapii i hormonoterapię na 5 lat. Taka kombinacja ma być dla mnie najskuteczniejsza. I bardzo mocno w to wierzę.

**Dzisiaj jestem prawie dwa lata po diagnozie i patrząc z perspektywy czasu cieszę się, że drogą krętą, bo krętą, ale w końcu trafiłam do gabinetu 19 w warszawskim Centrum Onkologii.** To właśnie tam poznałam pierwsze „Niezwykłe Dziewczyny”.

Młode pacjentki, które postanowiły chorować zupełnie inaczej, kolorowo, niestereotypowo, z uśmiechem i pozytywnym nastawieniem. **To one dały mi nadzieję, energię i wsparcie.** Sprawily, że na chorobę spojrzalam nie tylko jak na ogromne wyzwanie, ale też na doświadczenie, które ma mnie czegoś nauczyć, zmienić podejście do życia. Za to jestem im ogromnie wdzięczna.

## Mam prośbę do młodych o rzucenie palenia



**U pani Anny Zając raka płuca wykryto 3 lata temu przez przypadek. Wcześniej nie miała żadnych objawów. Profilaktyczne prześwietlenie płuca wykazało dość dużego guza. Dzisiaj Pani Anna przestrzega przed paleniem papierosów, które jest przyczyną wielu chorób, w tym nowotworowych.**

Od momentu wykrycia, do czasu operacji minął nieco ponad miesiąc. Badania diagnostyczne odbyłam w 2015 r., kiedy to wprowadzono szybką terapię onkologiczną. Po operacji miałam radioterapię, potem chemioterapię. **Diagnoza choroby była dla mnie szokiem, zwłaszcza z powodu braku objawów.** Nie chciałam w nią wierzyć, myślałam, że to pomyłka. Kiedy w tomografii komputerowej, a później w badaniu PET potwierdziło się, że w dolnym płacie płuca prawego istnieje potężny guz, pocieszałam się, że na szczęście był operacyjny. Czułam się ogólnie zdrowa.

Najgorzej zniosłam chemię. Każdy, kto miał w rodzinie kogoś leczącego się chemioterapią wie, że nie jest to przyjemne leczenie. Kiedy czułam się lepiej i kończyłam chemię, okazało się, że mam kolejnego guza, na nerce. Nie był to przerzut, był to guz pierwotny. W ciągu roku kalendarzowego przeszłam trzy operacje. **Ten rak nerki też jest efektem palenia papierosów, bo wcześniej paliłam przez 40 lat.**

Rzuciłam palenie w marcu 2009 r., kiedy to dopadł mnie zawał serca. Pięć lat wcześniej przeszłam na emeryturę, czułam się wtedy dobrze. Dopiero później choroby zaczęły się ze mną bratać. Po przebytych zawałach wykonywane były przesiewowe badania płuc zorganizowane przez Akademię Medyczną w Gdańsku. Brałam w nich udział. W pierwszych badaniach coś zauważano, ale w drugim już nie, więc ludziłam się, że wszystko jest w porządku. Ale najwidoczniej tak nie było.

Po usłyszeniu diagnozy raka płuca może nie widziałam siebie od razu w trumnie, ale widziałam siebie odchodzącą. Dorabiałam wtedy na emeryturze prowadząc zajęcia z seniorami. Dodawało mi to animuszu, czułam się pewniej. **Bo tak naprawdę, człowiek chory na raka w odróżnieniu od innych wyleczalnych chorób, czuje, że go cały czas ma, tylko jest on wyciszony.**

Wiem, że muszę robić badania kontrolne. Staram się nie myśleć o nowotworze. Nie pracuję już zawodowo, ale udzielam się w Stowarzyszeniu Walki

z Rakiem Płuca Oddział Gdańsk, którego jestem wiceprezesem.

*Spotykam się ze znajomymi, co pomaga mi odsuwać myśli o chorobie. Nawet przy gorszym samopoczuciu nie rozmawiam o tym, co złe. Kiedy ktoś mnie pyta, jak się czuję, odpowiadam, że dobrze, bo tak też naprawdę jest, choć czeka mnie jeszcze jedna operacja. Choć nie zawsze raka można wyleczyć, to trzeba zachować pogodę ducha do końca i słuchać zaleceń lekarzy.*

**Mam też prośbę do młodych o rzucenie palenia. Mój zawał, a także nowotwory płuca i nerki, są wynikiem 40 lat palenia.** Rozstałam się z nałogiem w ciągu jednej nocy. Wieczorem złapał mnie ból w klatce piersiowej, rano znalazłam się w szpitalu z zawałem i podjęłam decyzję o rzuceniu palenia. **8 marca tego roku minęło dziewięć lat odkąd udaje mi się wytrwać bez palenia.**

# Szpiczak plazmocytowy

## Problem diagnostyczny, leczniczy i w planowaniu rehabilitacji

Autorzy artykułu: *Piotr Majcher* Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Oddział Rehabilitacji 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Lublinie, *Artur Jurczyszyn* Katedra i Klinika Hematologii CM UJ Kraków, *Olga Czerwińska-Ledwig* Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, Zakład Biochemii i Podstaw Kosmetologii.

### Szpiczak plazmocytowy

Szpiczak plazmocytowy jest to złośliwy, nadal nieuleczalny nowotwór hematologiczny wywodzący się z rozrostu klonalnego komórek plazmatycznych w końcowym etapie różnicowania. Zmienione nowotworowo plazmocyty wytwarzają monoklonalną immunoglobulinę lub jej fragmenty. W Polsce, w 2012 roku, szpiczak plazmocytowy stanowił 19% nowych przypadków nowotworów pochodzenia limfoidalnego u dorosłych. W 2014 roku, na 159 208 zachorowań na nowotwory, odnotowano 1 498 zachorowań na szpiczaka, co stanowi niecały 1% wszystkich chorób onkologicznych. W tym samym roku zmarło 1 282 chorych na szpiczaka plazmocyto-wego. Na nowotwór ten chorują częściej mężczyźni niż kobiety, a zapadalność wzrasta wraz z wiekiem. Mediana wieku chorych w momencie diagnozy to 72 lata (osoby poniżej 40 r.ż. stanowią tylko ok. 2% pacjentów, a osoby poniżej 65 roku życia stanowią 35% chorych).

Rozrost plazmocytów i produkcja białka monoklonalnego powoduje szereg objawów charakterystycznych dla pełnoobjawowego szpiczaka. Uszkodzenia narządowe związane z występowaniem choroby określane są skrótem SLiM CRAB.

**CRAB to:** C – podniesiony poziom wapnia w surowicy (ang. *calcium*), R – niewydolność nerek (ang. *renal insufficiency*), A – anemia, B – uszkodzenia kości (ang. *bone lesions*). **SLiM to:** S (ang. *sixty*, 60) – odsetek monoklonalnych plazmocytów w biopsji szpiku lub biopsji tkankowej wynoszący powyżej 60%, Li (ang. *light chains*,

łańcuchy lekkie) – stosunek stężenia klonalnych do nieklonalnych wolnych łańcuchów lekkich w surowicy co najmniej 100, M (ang. *magnetic resonance*, badanie rezonansu magnetycznego) – obecność co najmniej 2 ogniskowych nacieków o rozmiarach powyżej 5 mm w badaniu rezonansu magnetycznego kości.

Stanem poprzedzającym wystąpienie pełnoobjawowego szpiczaka jest **gammapatia monoklonalna** o nieustalonym znaczeniu (ang. *monoclonal gammopathy of undetermined significance*, MGUS), rozpoznawana na podstawie obecności białka monoklonalnego, przy braku opisanych wyżej zmian narządowych. Ryzyko ewolucji MGUS w szpiczaku plazmocytowym wynosi ok. 1% na rok. **Stadium pomiędzy MGUS a szpiczakiem plazmocytowym stanowi tłąc i bezobjawowy szpiczak plazmocytowy**, w którym występuje stężenie białka monoklonalnego > 3g/dl i naciek klonalnych plazmocytów w szpiku kostnym w zakresie między 10 a 60%, przy braku innych objawów charakterystycznych dla pełnoobjawowego szpiczaka. W przypadku SMM ryzyko progresji do szpiczaka pełnoobjawowego wynosi 10% na rok.

Dzięki wprowadzeniu na przestrzeni ostatnich lat nowych leków oraz zwiększenia możliwości doboru indywidualnego planu terapeutycznego, przeżywalność pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym uległa znacznemu wydłużeniu. Obecnie średnie przeżycie wynosi 5–7 lat. Śmiertelność w ostatnich latach wykazuje tendencję spadkową i, podobnie jak w innych chorobach nowotworowych, wzrasta wraz

z wiekiem chorych. Według danych ze Stanów Zjednoczonych z lat 2007–2013, wskaźnik 5-letniego przeżycia szacuje się na 49%, podczas gdy w latach 1987–1989 wynosił on jedynie 27%.

### Choroba kostna w szpiczaku plazmocytowym

U około 80–90% chorych na szpiczaka plazmocyto-wego dochodzi do rozwinięcia się choroby kostnej będącej heterogennym zespołem powikłań kostnych nowotworu, takich jak: obecność ognisk osteolitycznych, złamań patologicznych kości oraz uogólnionej osteoporozy. Charakterystycznym objawem choroby kostnej są zmiany występujące w postaci ognisk osteolitycznych – widoczne w wynikach badań obrazowych oraz manifestujące się objawami ze strony układu kostnego. Obecność zmian osteolitycznych wykrywana jest za pomocą badań obrazowych. Często wykonuje się u pacjenta prześwietlenie całego ciała. Badanie to zastępuje się aktualnie czulszymi i bardziej specyficznymi technikami wykorzystującymi tomografię komputerową (CT, ang. *computed tomography*), jak np. pozytonowa tomografia emisyjna (PET-CT, ang. *positron emission tomography-computed tomography*), czy niskodawkowa tomografia komputerowa całego ciała (WBLDCT, ang. *whole-body low-dose computed tomography*), która pozwala na obniżenie dawki promieniowania przyjmowanej przez pacjenta przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniej jakości uzyskanego obrazu. Wykorzystywane są również techniki obrazowania rezonansem

**magnetycznym** (MRI, ang. *magnetic resonance imaging*) – jak **MRI całego ciała** (WBMRI, ang. *whole body magnetic resonance imaging*), których wyniki korelują z WBLDCT.

Wystąpienie zmian osteolitycznych wiąże się z wieloma następstwami zdrowotnymi. Wśród powikłań choroby kostnej wyróżniamy: złamania patologiczne, incydenty związane z układem kostnym (SREs, ang. *skeletal related events*) czy ucisk na rdzeń kręgowy (SCC, ang. *spinal cord compression*). Ognisko osteolityczne powstaje w wyniku wzmożonej aktywności litycznej osteoklastów, a obniżonej osteoblastów. W szpiczaku plazmocytowym równowaga między procesami kościotworzenia i resorpcji jest zaburzona ze względu na obecność komórek nowotworu i wydzielanie przez nie szeregu cytokin oddziałujących z mikrośrodowiskiem szpiku. Aktywacja osteoblastów powoduje pobudzenie proliferacji plazmocytów, czego efektem jest progresja nowotworu. Już powstałe ogniska osteolityczne rzadko ulegają gojeniu, ich powstawanie można jednak spowolnić lub nawet zatrzymać poprzez podawanie we wlewach dożylnych leków z grupy bisfosfonianów (np. kwas pamidronowy lub kwas zoledronowy) będących analogami pirofosforanu. Preparaty te hamują aktywność i pobudzają apoptozę osteoklastów, jak również wywołują apoptozę komórek szpiczakowych. Stosowanie bisfosfonianów wpływa również na opóźnienie wystąpienia hiperkalcemii.

U chorych, u których występują bolesne zmiany kostne stosowana jest niskodawkowa radioterapia miejscowa, która jest skuteczna również w leczeniu paliatywnym bólu opornego na inne formy leczenia. Oprócz efektu przeciwbólowego, radioterapia wpływa na wystąpienie procesu rekalkyfikacji kości oraz zmniejszenie nasilenia objawów neurologicznych.

### Chirurgiczne metody leczenia powikłań kostnych

W przypadku wystąpienia u pacjenta złamań kompresyjnych trzonów kręgów (VCFs, ang. *vertebral*

*compression fractures*) wynikających z masywnej osteolizy, konieczne może być leczenie chirurgiczne polegające na uzupełnieniu ubytków kostnych. Dzięki temu osiąga się z jednej strony odbudowę, polepszenie stabilności i wzmocnienie kręgosłupa, z drugiej zaś zmniejszenie dolegliwości bólowych, a co za tym idzie podniesienie bezpieczeństwa i komfortu życia chorego.

Metodami rekonstrukcji kręgów kręgosłupa stosowanymi u pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym są wertebroplastyka przezskórna i jej modyfikacja – kifoplastyka. Podczas zabiegu wertebroplastyki do ubytku kostnego w trzonie kręgu przez igłę, pod kontrolą radiofluoroskopową, wprowadzany jest cement kostny (metylometakrylat). Zabieg kifoplastyki polega natomiast na rozszerzeniu złamanego kręgu za pomocą balonu, a następnie wprowadzeniu do powstałej przestrzeni cementu kostnego, co pozwala odtworzyć kształt złamanego kręgu. Oprócz efektu stabilizacji oraz wypełnienia ubytku tkanki kostnej, wykazano również efekt przeciwbólowy zarówno wertebroplastyki, jak i kifoplastyki. Mała inwazyjność zabiegów oraz duża skuteczność stanowią o dużej ich użyteczności w przypadku chorych ze złamaniami kompresyjnymi kręgosłupa.

### Rehabilitacja

Rehabilitacja, definiowana jako ogół działań zmierzających do poprawy jakości życia pacjenta, zniewelowania negatywnych skutków niepełnosprawności – zarówno pod względem psychofizycznym, jak i społecznym – jest bardzo ważnym elementem wspomagającym leczenie choroby nowotworowej. Najważniejszymi celami w rehabilitacji pacjentów z chorobami onkologicznymi jest z jednej strony przygotowanie psychofizyczne do leczenia przeciwnowotworowego i zapobieganie jego powikłaniom, z drugiej zaś wspomaganie powrotu do sprawności fizycznej i psychicznej. Charakteryzować ją powinny: powszechność, wczesność, ciągłość i kompleksowość. Fazy, w któ-

rych powinna być prowadzona rehabilitacja chorego na nowotwór podzielić można na: początkową (ostra faza choroby, leczenie szpitalne), wczesna (poszpitalna – do roku od zakończenia leczenia), późna (ambulatoryjna – po roku, w czasie remisji), paliatywna (faza po skończeniu leczenia). Istotne jest, aby rehabilitacja włączona była na odpowiednio wczesnym etapie choroby (najlepiej jeszcze przed leczeniem szpitalnym) oraz kontynuowana, w miarę możliwości, przez cały okres jej trwania, również w fazie remisji. Powinna być dostępna dla każdego pacjenta chorego na nowotwór złośliwy. Kompleksowość rehabilitacji to uwzględnienie wszystkich obszarów życia chorego. Problemy pacjentów onkologicznych wynikać mogą z jednej strony z samego nowotworu, ale również ze skutków ubocznych terapii, czy ze schorzeń towarzyszących. Celem rehabilitacji powinno być dążenie do zmniejszenia posiadanych ograniczeń wpływających na życie codzienne pacjenta. Rehabilitacja powinna być prowadzona przez zespół specjalistów składający się z lekarza onkologa, lekarza rehabilitacji, lekarzy innych specjalności, fizjoterapeuty, pielęgniarki, dietetyka klinicznego, terapeuty zajęciowego oraz wszelkich innych niezbędnych specjalistów.

### Aktywność fizyczna

Leczenie onkologiczne powoduje wiele skutków ubocznych, które odbijają się na samopoczuciu pacjenta, jak zmęczenie, osłabienie i senność, obniżenie siły mięśniowej, anemia, wahania nastrojów, czy problemy ze snem. Postęp choroby kostnej powoduje u pacjentów ból kostny, który może nie ustępować po podaniu leków przeciwbólowych. Wystąpienie wyżej wymienionych objawów znacząco wpływa na obniżenie jakości życia pacjenta, podnosi również poziom stresu towarzyszącego chorobie. Regularna aktywność fizyczna może przyczynić się do znaczącej poprawy stanu pacjenta w opisanych aspektach.

W literaturze znaleźć można wiele doniesień dotyczących zalecanych typów aktywności fizycznej u chorych



ze szpiczakiem polecanych do wykonywania w domu. Wśród najczęściej pojawiających się aktywności wymienić można: nordic walking, ćwiczenia rozciągające, siłowe z taśmami oporowymi, wytrzymałościowe, aerobowe o niskim lub średnim natężeniu. Przy zalecaniu pacjentowi aktywności fizycznej należy wziąć pod uwagę jego stan ogólny. **Szczególną ostrożność zachować należy u osób z małopłytkowością, neutropenią, anemią oraz komplikacjami kardiologicznymi i pulmonologicznymi pojawiającymi się zwłaszcza u pacjentów po procedurze przeszczepu szpiku kostnego.**

### Fizjoterapia chorych na nowotwory hematologiczne

U pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, ze względu na zróżnicowany wiek, stadium choroby, stan kliniczny oraz prowadzone leczenie, brak jest możliwości ustalenia wystandaryzowanych zabiegów kinezyterapeutycznych. **Prowadzona terapia musi mieć charakter zindywidualizowany. Dobór zabiegów powinien odbywać się na podstawie oceny ogólnej sprawności chorego oraz dynamicznie korygowany na podstawie subiektywnych odczuć pacjenta.** Ćwiczenia powinny mieć charakter ogólnorozwojowy i być dopasowane do wydolności pacjenta. Dobór aktywności powinien być poprzedzony dokładnym wywiadem. Nieocenionym narzędziem terapeutycznym jest **Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, ang. International Classification of Functioning, Disability and Health)**. Pomaga ona w wyborze właściwych narzędzi oceny stanu pacjentów podczas rehabilitacji oraz opisuje możliwości funkcjonalne danej osoby.

**Szpiczak plazmocytowy, poza wystąpieniem choroby kostnej, często doprowadza również do innych poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu narządów wewnętrznych (jak niewydolność nerek), układu kostnego i mięśniowego.** Upośledza bezpośrednio narząd ruchu i motorykę, co wpływa na równowagę i postawę ciała pacjenta. **Tym zaburzeniom często towarzyszą**

**choroby współistniejące, dodatkowo negatywnie wpływając na sprawność motoryczną i funkcjonalność pacjenta.** Problemy z mobilnością pacjentów pogłębiają się wraz z progresją nowotworu.

Szpiczak plazmocytowy ma często przebieg silnie progresywny i doprowadza w wielu przypadkach do śmierci chorego, lecz coraz częściej czas przeżycia pacjenta znacząco się wydłuża i w tym aspekcie **należy uznać szpiczaka plazmocytozowego za chorobę o charakterze przewlekłym. Rehabilitacja ma znaczący wpływ na wydłużenie tego okresu i warunkuje polepszenie ogólnej sprawności.**

### Kinezyterapia, fizykoterapia

Pomimo licznych ograniczeń **istotnym jest wprowadzenie rehabilitacji w każdym etapie choroby, a najważniejszą jej częścią stanowi leczenie z wykorzystaniem ruchu (kinezyterapia).**

**Najbardziej kontrowersyjną częścią rehabilitacji pacjentów z chorobami onkologicznymi to fizykoterapia,** przedstawiana jako bezwzględnie przeciwwskazana przy czynnym procesie nowotworowym, coraz częściej jednak pojawiają się doniesienia o dobrych efektach stosowania bodźców fizykalnych. Zachowując dalece idącą ostrożność można u pacjenta zastosować, np. ciepłolecznictwo (termoterapię), ograniczone jednak do oddziaływania miejscowego – promieniowanie podczerwone (IR, ang. *infrared*), prądy elektrostymulujące (TENS, ang. *transcutaneous electrical nerve stimulation*).

**Masaż klasyczny** może być zastosowany jako masaż częściowy (miejscowy, o charakterze leczniczym, relaksacyjnym i pobudzającym), a najważniejszy jego efekt to rozluźnienie tkanek miękkich pacjenta.

**Podejście do rehabilitacji ruchowej chorych na szpiczaka plazmocytozowego powinno być bardzo indywidualne i uwzględniające szczególnie: obecny stan ogólny pacjenta (dynamicznie zmienny) oraz subiektywne odczucia pacjenta podczas samej terapii.** Przed terapią najbardziej istotny jest podział pacjentów ze szczególnym zwróceniem uwagi na indywidualne dysfunkcje chorego i stan ogólny.

**Podział powinien nastąpić po dokonaniu wywiadu i prostych testów funkcjonalnych.**

- Wywiad powinien być skupiony na obserwacji pacjenta jak sobie radzi z czynnościami codziennymi, np.: ze ściąganiem kurtki, siadaniem, poruszaniem się, wstawaniem, jak wygląda postawa pacjenta czy występują asymetrie, a dopiero później powinno się zadawać pytania, które pozwolą na głębszą ocenę stanu klinicznego.
- Testy funkcjonalne, w których konieczne jest dla porównania wyników i dokonania oceny pacjenta wprowadzenie skali punktowej (Tabela 1).  
Ważna jest obserwacja nie tylko stanu ogólnego oraz postawy, ale również ocena nasilenia bólu oraz kiedy i przy jakich ruchach występuje.

**W trakcie usprawniania pacjentów nie da się wprowadzić ramowego programu oraz prowadzić terapii**

Czynność	Punktacja
Wstawanie i siadanie z krzesła	1 2 3 4 5
Marsz po prostym i z drobnymi przeszkodami	1 2 3 4 5
Stanie na jednej nodze	1 2 3 4 5
Siad przy ścianie, a następnie uniesienie rąk	1 2 3 4 5
Próba ręcznika (wycieranie)	1 2 3 4 5
Marsz w miejscu z wysoko unoszonymi kolanami	1 2 3 4 5

**Tabela 1.** Testy funkcjonalne – ankieta oceny funkcji pacjenta w skali punktowej, gdzie: 1 – nie sprawia żadnych trudności, 2 – sprawia pewną trudność, 3 – jest dość trudna do wykonania, 4 – jest bardzo trudna do wykonania, 5 – jest możliwa do wykonania (schemat własny autorów).

w dużej, a jedynie w nielicznej grupie. Spowodowane jest to występowaniem różnych dysfunkcji i ograniczeń u poszczególnych pacjentów. **Jednak jeden element terapii powinien być wspólny dla wszystkich pacjentów w terapii grupowej – rozgrzewka.** Zajęcia takie pozytywnie wpływają na chorych, mobilizując ich do działania. Oprócz gabinetów rehabilitacyjnych, sal gimnastycznych **zajęcia powinny być prowadzone również na świeżym powietrzu, np. z użyciem kijków do nordic walking.** Podczas zajęć w grupie początkowo powinien zostać uwzględniony dystans, który mogą pokonać wszyscy uczestnicy marszu. **Po rozgrzewce i pokonaniu wspólnego odcinka** (tempo i intensywność wysiłku dostosowana jest do najsłabszej osoby w grupie, co daje silny efekt motywujący dla słabszych) **powinien nastąpić podział na grupy** w zależności od sprawności ogólnej pacjentów oraz wyników testów funkcjonalnych. W ten sposób powinna być kontynuowana dalsza część terapii w podgrupach.

### Terapia zajęciowa

Ważnym ogniwem w grupie specjalistów zajmujących się przywracaniem lub utrzymaniem sprawności chorych na nowotwory jest terapeuta zajęciowy. Rola tej osoby polega na adaptacji do środowiska, w którym mieszka i funkcjonuje pacjent. Często konieczna jest likwidacja barier architektonicznych i technicznych (np. progi, poprawa oświetlenia lub zamontowanie poręczy itp.). Aby terapeuta mógł określić rodzaj pomocy i jej zakres w codziennych czynnościach, musi przeprowadzić test z grupy Testów Życia Codziennego (ADL, ang. *activity of daily living*),

a także test dotyczący jakości życia. Aby zauważyć zmiany i różnice, konieczne jest wprowadzenie punktacji. Jednym ze sposobów jest wprowadzenie odwróconej skali ograniczeń przedstawionej w Tabeli 2.

### Wyroby medyczne

**Wówczas, gdy choroba powoduje liczne ograniczenia ruchowe, pacjent zmuszony jest do korzystania z różnego rodzaju wyrobów medycznych.** Stanowią one integralną część leczenia na każdym jego etapie, pomagają choremu w zakresie dynamiki (poruszanie się i inne codzienne czynności) lub statyki (utrzymywanie pozycji ciała). Natomiast w przypadku unieruchomienia w pozycji leżącej, pomagają osobie chorej, a także są nieocenionym narzędziem w pielęgnacji i opiece nad nim. Ze względu na duże indywidualne różnice w dysfunkcjach występujących u poszczególnych chorych, **trudno jest przedstawić konkretny model dotyczący użycia wyrobów medycznych u chorych ze szpiczakiem plazmocytowym. Można jednak wyodrębnić kilka grup wyrobów medycznych, na przykład w zależności od funkcji, którą wspomagają u pacjenta:**

- **chód** – kule, laski, balkoniki, ortezy dla poszczególnych stawów obwodowych, gorsety tułowia niskie i wysokie, gorset Jevetta i inne.
- **siad** – fotel z regulacją wysokości, stół z regulacją wysokości, wózek inwalidzki, wózek z funkcją toalety, podnośnik wannowy, nasadki na toaletę, poręcze do wstawania, ławeczka do wanny lub stół pod prysznic i inne.
- **pozycja leżąca** – łóżko ortopedyczne z regulacją wysokości (zagłówek, leże, nogi oraz regulacja wysokości

całego łóżka, częściowa funkcja pionizacyjna), drabinka przyłóżkowa, materac przeciwoślizgowy, podnośnik transportowy, wózek inwalidzki specjalny z funkcją regulacji oparcia aż do pozycji leżącej i inne.

**W przypadku wystąpienia nietrzymania moczu** stosuje się pieluchy, pieluchomajtki, wkłady anatomiczne, pieluchy anatomiczne, podkłady, majtki anatomiczne i tym podobne.

Zastosowanie wyrobu medycznego ma na celu poprawę bezpieczeństwa oraz poprawę funkcjonowania na każdym etapie choroby, stąd też **produkty te stanowią ważny efekt wspomaganie terapii chorych na szpiczaka plazmocytoowego.**

### Leczenie uzdrowskowe

**Szpiczak plazmocytowy** wraz z innymi nowotworami złośliwymi tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych **jest przeciwwskazaniem do leczenia uzdrowskowego w okresie 5 lat od zakończenia terapii (zabiegi operacyjne, chemioterapia, radioterapia), tak samo jest w przypadku stosowania zabiegów terapii fizycznej.** Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) podkreślają, że w stosowaniu fizykoterapii lub masażu, istotne jest uwzględnienie ryzyka i korzyści wynikających ze stosowanych zabiegów. W kwestii leczenia uzdrowskowego, PTOK zwraca uwagę na rozróżnienie między zabiegami balneologicznymi (przyrodolecznymi), a wykonywaniem ćwiczeń fizycznych podczas pobytu chorego w miejscowości uzdrowskowej. **Podczas gdy stosowanie zabiegów przyrodolecznych może budzić wątpliwości ze względu na brak potwierdzenia bezpieczeństwa dla chorych z nowotworem, to już rehabilitacja uzdrowskowa stanowi skuteczny środek do podniesienia jakości życia chorych, jak również efektywności leczenia.** Przebywanie w uzdrowsku pomaga choremu wprowadzić rutynę ćwiczeń fizycznych, koncentrację pacjenta na prowadzonych przez fizjoterapeutę ćwiczeniach, jak i równoczesny wypo-

6	brak ograniczeń
5	uciążliwość w wykonywaniu czynności
4	wykonywanie czynności z pomocą (np. techniczną)
3	wykonanie czynności przy udziale drugiej osoby
2	uzależnienie od drugiej osoby
1	zależność od drugiej osoby, która potrzebuje dodatkowej pomocy
0	całkowita niezdolność wykonania czynności

Tabela 2. Odwrócona skala ograniczeń.

czynek. Daje to pozytywne skutki dla podniesienia jakości życia chorego. **3-tygodniowy turnus rehabilitacyjny wykazuje bardzo dużą skuteczność, porównywalną do kilku miesięcy rehabilitacji prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych.**

Szpiczak plazmocytowy przy obecnych metodach leczenia ma charak-

ter choroby przewlekłej, w związku z tym bardzo istotne jest, aby oprócz leczenia samej choroby dać pacjentom możliwość jak największej poprawy jakości życia i ułatwienie im codziennego funkcjonowania. Wiele osób chce wrócić do codziennych obowiązków, zarówno zawodowych, jak i osobistych. Leczenie szpiczaka plazmocyto-

powinno być kompleksowe i opierać się na współpracy specjalistów z wielu dziedzin. **Opisane w tej pracy elementy związane z rehabilitacją, leczeniem uzdrowskowym, terapią zajęciową czy zaopatrzeniem ortopedycznym pokazują jak dużo, poza samym leczeniem choroby nowotworowej, można zrobić dla poprawy komfortu życia pacjentów.**

## POZNAJ SWOJE PRAWA



### Dofinansowanie zakupu i napraw protez

II część artykułu z numeru 4/18 GPO

**Andrzej Piwowarski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO, mgr pedagogiki społeczno-opiekuńczej przedstawia możliwości dofinansowań do zakupu protez i kosztów ich utrzymania.**

#### Dofinansowanie ze środków PFRON Najważniejsze informacje:

- konieczność posiadania aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- katalog przedmiotów obejmuje tylko wyroby znajdujące się w wykazie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Rozporządzenie MZ z dnia 29 maja 2017. Dz. U. 2017 poz. 1061 z późn. zm.),
- obowiązuje kryterium dochodowe, tj. średni miesięczny dochód osoby obliczony zgodnie z rozporządzeniem (Dz. U. z 2015 r., poz. 926) nie przekracza 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej lub 50% - na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym (obecnie przeciętne wynagrodzenie w II kwartale 2018 r. wynosi 4521,08 zł (M.P.2018.764). Wysokość przeciętnego wynagrodzenia aktualizowana jest co trzy miesiące poprzez komunikat Prezes GUS.

#### Wysokość dofinansowania wynosi:

- **do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny, jeżeli taki udział jest wymagany przez przepisy,**

- **do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa powyżej, wyznaczonego przez NFZ oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.**

Termin składania wniosków cały czas, do wyczerpania środków w danym roku. Samorządy powiatowe mogą określać dodatkowe kryteria oraz wzory wniosków i załączników.

#### Fundacja Jaśka Meli „Poza Horyzonty”

Najważniejszą częścią działalności Fundacji Jaśka Meli „Poza Horyzonty” jest bezpośrednia pomoc podopiecznym. Co miesiąc opłacane są faktury za fizjoterapię czy pomoc psychologiczną. **Fundacja dofinansowuje zakupy protez kończyn dolnych i górnych oraz modyfikację i naprawę zaopatrzenia ortopedycznego.** W szczególnych przypadkach finansowany jest zakup leków, a także innych niż protezy kończyn rodzaje zaopatrzenia dla osób po amputacjach, np. wózki inwalidzkie lub specjalistyczny sprzęt do rehabilitacji.

Wnioski o pomoc w zakresie finansowania protez lub rehabilitacji można kierować wyłącznie drogą listowną na adres biura Fundacji w Krakowie:  
**ul. Augustańska 4/3, 31-064 Kraków, z dopiskiem POMOC**

**Strony internetowe:**

**[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)**  
**[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)**  
**[www.isap.sejm.gov.pl](http://www.isap.sejm.gov.pl)**  
**[www.niepełnosprawni.gov.pl](http://www.niepełnosprawni.gov.pl)**  
**[www.pozahoryzonty.org](http://www.pozahoryzonty.org)**

#### Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018, Poz. 511).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696 z późn. zm.).
- Rozporządzenie MZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. 2017 poz. 1061 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926).



# Fizjoterapia pacjentów z rakiem płuca



Agata Gładzka – magister fizjoterapii, zastępca kierownika Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Od 16 lat pracuje z pacjentami pulmonologicznymi i torakochirurgicznymi. Mgr Agata Gładzka opisuje, jak wygląda rehabilitacja pulmonologiczna przed operacją. W kolejnym numerze GPO dowiemy się, jak rehabilitowani są pacjenci po zabiegu i jaka forma aktywności fizycznej jest im zalecana.

Głównymi problemami, z którymi borykają się pacjenci z rakiem płuca jest spadek tolerancji wysiłku fizycznego wynikający z obniżenia aktywności fizycznej, bardzo często nasilony kaszel, ogólne zmęczenie i duszność wysiłkowa lub spoczynkowa oraz spadek masy ciała. Prowadzi to do nasilenia stresu i lęku związanego z chorobą. **Szacuje się, że u ok. 73% mężczyzn i 53% kobiet chorujących na raka płuca współistnieje POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc).** U tych pacjentów występuje tendencja do wysiłkowej hiperventylacji, hiperkapnii oraz hipoksemii, mają oni także zmniejszoną siłę mięśni oddechowych. Według American College of Chest Physicians „**rehabilitację pulmonologiczną** można określić jako sztukę postępowania medycznego, polegającą na umiejętności opracowania indywidualnego i wielospecjalistycznego programu obejmującego dokładne rozpoznanie, leczenie, wsparcie psychologiczne i edukację”. Zamierzeniem fizjoterapii w raku płuca jest niedopuszczenie do wystąpienia powikłań wynikających z akinezy, a przede wszystkim zmniejszenie dolegliwości ze strony układu oddechowego i układu krążenia. **Działania te mają na celu zwiększenie codziennej aktywności oraz zaangażowania psychospołecznego.**

## Rehabilitacja przed operacją

Z procesem leczenia chirurgicznego od początku należy powiązać rehabilitację. Odpowiednia edukacja chorego powinna obejmować informacje o prawidłowym funkcjonowaniu układu oddechowego, patologiiach i zmianach, które mogą wystąpić lub nastąpią po zabiegu, o przyczynach

choroby, o czynnikach szkodliwych mających wpływ na jej przebieg i podstawowych mechanizmach ich działania. Motywacja pacjenta oraz odpowiednie nastawienie psychiczne warunkują prawidłowy przebieg postępowania pooperacyjnego oraz zmniejszają ryzyko wystąpienia powikłań. **Fizjoterapia przedoperacyjna obejmuje:**

- **korektę wzorca oddechowego;**
- **naukę ćwiczeń oddechowych** torem przeponowym oraz dolnożebrowym;
- **naukę ćwiczeń rozciągających** i uelastyczniających ściany klatki piersiowej – ma na celu uelastyczenie strony operowanej, co poprawia ukrwienie mięśni międzyżebrowych wspomagając proces gojenia, jednocześnie zapobiegając retrakcji żeber oraz zrostom. Dodatkowo takie ułożenie sprzyja rozprężeniu tkanki płucnej, ułatwia odpływ treści z jamy opłucnowej do butli sekretoryjnej;
- **naukę technik oczyszczania drzewa oskrzelowego** ze szczególnym uwzględnieniem efektywnego kaszlu – po zabiegu operacyjnym oczyszczenie oskrzeli jest utrudnione, a wydzielina zalega w obwodowych częściach drzewa oskrzelowego, co może doprowadzić do niedodmy lub zapalenia płuc;
- **naukę stabilizacji rany pooperacyjnej** – należy w jej miejscu przyłożyć taki opór, by siły te wzajemnie się równoważyły i okolica klatki piersiowej pozostała we względnej równowadze. Warto wyćwiczyć u chorego taki nawyk, by ograniczyć ryzyko bólu i możliwe powikłania do minimum;

- **naukę ćwiczeń przeciwzakrzepowych** – zakrzepica jest jednym z powikłań niespecyficznych dla torakochirurgii, dotyczy najczęściej kończyn dolnych, ponieważ kończyny górne uczestniczą czynnie w trakcie ćwiczeń oddechowych;
- **trening oporowy mięśni oddechowych** – ból pooperacyjny, obecność drenów w przestrzeni międzyżebrowej oraz świeża rana pooperacyjna powodują wzrost oporu dla mięśni oddechowych. Mięśnie oddechowe, aby zachować prawidłową wymianę gazową muszą zwiększyć swoją pracę, a tym samym dochodzi do ich zwiększonej męczliwości, co niesie za sobą nasilenie duszności oraz ograniczenie tolerancji wysiłku fizycznego. To może w konsekwencji opóźnić proces rozprężenia się płuca po zabiegu. Do treningu mięśni oddechowych można stosować różnego rodzaju aparaty przeznaczone do tego celu lub butelkę z wodą;
- **trening fizyczny** – wydolnościowy, dostosowany do możliwości pacjenta (trening na cykloergometrze nożnym i ręcznym, trening marszowy na bieżni ruchomej lub korytarzu) z elementami treningu siłowego dużych grup mięśniowych;
- **masaż leczniczy** – w praktyce klinicznej stosuje się oklepywanie oraz wibrację, które wspomagają toaletę drzewa oskrzelowego, poprzez uruchomienie wydzieliny zalegającej w drzewie oskrzelowym. Są to również techniki rozluźniające ściany klatki piersiowej.

# Dlaczego powstała Onkoprzestrzeń Kreatywna



Maria Poszwińska, filmolog, analityk mediów, kulturoznawca i polonistka. Pracowała w Muzeum Kinematografii w Łodzi, w Centrum Sztuki Współczesnej – Zamek Ujazdowski w Warszawie, a obecnie w KRRiT. W Łodzi i w Warszawie realizowała autorski program nauki języka filmowego. Producentka i realizatorka autorskich filmów dokumentalno-artystycznych. Pomysłodawczyni i realizatorka autorskiego projektu Onkoprzestrzeń kreatywna. Otrzymała nagrodę Ministra Kultury i Sztuki. Wiceprezes Fundacji Twórczość i Dokumentacja. Hobbystycznie maluje.

## Moja historia

Osiemnaście lat temu zachorowałam na nowotwór. Znalazłam się wtedy w nieznanym sobie świecie, zdominowanym przez raka, różnorodnym i złożonym, pełnym ekstremalnych emocji. Podjęłam długotrwałe, kompleksowe leczenie: operacja, chemia, radioterapia, brachyterapia, hormonoterapia. **Blisko rok przyjeżdżania do Centrum Onkologii, setki godzin wysiadania pod gabinetami i wysłuchiwanie opowieści pacjentów, pełnych lęku i negatywnych uczuć, a także dramatycznych statystyk medycznych i przesądów, że rak to nieuleczalna choroba, prowadząca do skrajnego wyniszczenia i zgonu.**

Z czasem instynktownie zaczęłam unikać pacjentów z postawą skazańców okaleczonych przez los, osaczonych chorobą, bezradnych i pozbawionych nadziei. Z tłumu wyławałam ludzi nastawionych pogodnie i optymistycznie, aktywnych w procesie leczenia i współdziałających z lekarzami. Zauważałam, że pacjenci pojednani z losem niezbyt przejmowali się chorobą i leczeniem, znajdowali motywację do aktywności, powód by czerpać radość z życia, być szczęśliwym i dawać szczęście innym. Lubili siebie i świat takim jaki jest. „Nadzieja jest zawsze” – mówili. **Ze zdziwieniem obserwowałam jak wielki wpływ na wyzdrowienie i kondycję fizyczną ma psychika i pozytywna filozofia życia.**

Kiedy po dziewiątej chemii znalazłam się na granicy życia, **zaczęłam szukać**

**różnych metod pozwalających przejąć kontrolę nad procesem zdrowienia, wspomagających ciało i ducha. Ciało:** zaczęłam ćwiczyć jogę, spacerować, jeździć na rowerze, chodzić po górach, pracować na działce. **Duch:** stosowałam medytację i techniki relaksacyjne, których nauczyłam się w Centrum Onkologii. Czytałam inspirujące książki, słuchałam uzdrawiających wizualizacji i relaksacyjnej muzyki. Pracowałam z wyobraźnią. Modliłam się. Czerpałam z nagromadzonych w sobie pokładów wiedzy, mądrości i energii. Przejęłam odpowiedzialność za swoje życie.

**Uznałam chorobę za wyzwanie, ale też wezwanie, by osobistym doświadczeniem podzielić się z tymi, których ona dotknie mniej lub bardziej bezpośrednio. Występując przeciw zwątpieniu postanowiłam realizować filmy o swojej drodze do zdrowia i kreatywnego życia.** Podzielić się moimi przemyśleniami, wskazywać na wartość pozytywnego myślenia, bycia tu i teraz, rozwijania osobowości, poprawiania jakości życia i psychicznego nastawienia, wzbudzania pozytywnych oczekiwań, a także osiągania metodami psychologicznymi równowagi, harmonii i spokoju ducha. Intensywnie poszukiwałam źródeł informacji u kompetentnych osób: psychoonkologów, terapeutów i lekarzy, którzy mogliby poszerzyć moją wiedzę na temat różnych metod psychofizycznych, mogących być źródłem nadziei. Powsta-

wały kolejne materiały filmowe, które miały na celu pomoc ludziom w podobnej sytuacji w zmobilizowaniu woli do powrotu do zdrowia i pełnosprawności. **Wiedza, którą się dzielę wypływa z mojego własnego doświadczenia, które wskazuje na ogromną i pilną potrzebę świadomego dążenia człowieka do spójności i autentyczności swego życia we wszystkich jego wymiarach: cielesnym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym.** Głęboko wierzę, że uświadamianie ludziom, iż w każdym człowieku drzemie wielka wola życia, da im siłę i większe szanse na wyzdrowienie.

Moje wieloletnie już doświadczenie pokazuje, że osoby, które mają długie przeżycie często diametralnie zmieniły swoje życie pod względem społecznym i zawodowym, np. odkryły różnorakie talenty, zaczęły podróżować, zmieniły pracę na mniej obciążającą i bardziej adekwatną do sytuacji, a także zaczęły dzielić się swoim doświadczeniem z innymi w podobnej sytuacji. **Od dawna wiadomo, że muzyka, sztuka, techniki wizualizacyjne stosowane przez psychologów wspomagają w leczeniu depresji, bowiem zwiększają sprawczość pacjenta wobec choroby, powodują, że pacjent staje się podmiotem, a nie tylko przedmiotem zabiegów medycznych.**

Ustami pacjentów o pozytywnym nastawieniu do życia i choroby, lekarzy i terapeutów mówię, co jest ważne w pracy nad własnym zdrowiem, za-

chęcam do odnajdywania prawdziwej żywotności, przyjemności i czerpania radości z życia w tym trudnym doświadczeniu, jakim jest dotknięcie choroby nowotworowej. **Staram się głosić pochwałę optymistycznej postawy wobec życia, co wyraża się aktywnością człowieka również w chorobie, a przede wszystkim uzdrowieniu duszy, potraktowaniu choroby, jako okazji do wewnętrznej przemiany siebie, nadającej życiu nowy sens.** Dla mnie optymizm wobec życia to także wrażliwy odbiór urody świata, wrażliwość na piękno przyrody i życzliwość ludzi wobec siebie.

### Onkoprzestrzeń Kreatywna

Są to działania filmowo-warsztatowe, dofinansowane ze środków programu Funduszu Inicjatyw Obywatelskich Narodowego Instytutu Wolności, do których jako partnerów projektowych zaprosiłam Fundację Twórczość i Dokumentacja oraz Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych.

*Onkoprzestrzeń kreatywna ma służyć wsparciu osób z doświadczeniem onkologicznym, ich rodzin i bliskich oraz promować sztukę, arteterapię i techniki obniżające stres.*

Film, który powstanie w przyszłym roku na zakończenie projektu będzie wielopłaszczyznową wypowiedzią artystyczną na temat roli kreatywności, pozytywnego myślenia i aktywnego udziału w procesie zdrowienia oraz zwiększania sprawczości i podmiotowości człowieka w sytuacjach traumatycznych, a także przyjmowania postaw nacechowanych nadzieją i wolą życia.

W tym roku w Sierakowie koło Poznania, w urokliwym leśnym krajobrazie nad jeziorami, **odbyło się już sześć warsztatów, w których udział wzięło 90 osób.** Były to warsztaty plastyczne, w tym rysunku, malarstwa i rzeźby z gliny, zakończone dużą i pięknie aranżowaną wystawą prac w Muzeum na Zamku Opalińskich w Sierakowie oraz dwa interaktywne kursy języka angielskiego sprofilowane na słownictwo

poświęcone podróżom, zwiedzaniu, hobby i zdrowiu, a także warsztaty cho-reoterapii, tańca i śpiewu tradycyjnego, zakończone potańcówką, do których zaprosiliśmy nie tylko pacjentów, ale również ich partnerów.

**Przed nami w tym roku jeszcze pokazy filmowe.** Na wstępie chcę pokazać swój pierwszy film, od którego wszystko się zaczęło „**Wewnętrzna moc**”. Po projekcji opowiem niezwykłą historię tego filmu, a także przybliżę widzom ideę „Onkoprzestrzeni kreatywnej”. Pokazom filmowym będzie towarzyszyła wystawa prac pacjentów stworzonych na tegorocznych warsztatach plastycznych.

Należy podkreślić, że wszystkie działania były dokumentowane. Staramy się na bieżąco udostępniać krótkie warsztatowe materiały filmowe oraz wybrane wywiady z uczestnikami na stronie internetowej i fanpagu projektu.

**Relacje z warsztatów, 70 krótkich filmów i fotografie, a także wywiady z pacjentami, liderami organizacji, psychoonkologami i terapeutami, można zobaczyć na stronie [www.onkoprzestrzenkreatywna.pl](http://www.onkoprzestrzenkreatywna.pl), facebooku i stronie fundacji Twórczość i Dokumentacja.**

W przyszłym roku będzie również wiele atrakcji filmowo-warsztatowych. **Na początku lipca odbędą się warsztaty relaksacyjne i ograniczające stres, trening *mindfulness* i warsztaty emisji głosu oraz warsztaty fotograficzne i filmowe** zakończone wystawą zrealizowanych prac, a także pokazami filmów. **Projekt zakończy się premierą filmu dokumentalnego pt. „Onkoprzestrzeń kreatywna”,** który następnie będziemy udostępniać i rozpowszechniać. W ilości 5000 sztuk trafi do organizacji zrzeszonych w Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, do pacjentów i środowiska medycznego.

**Mam nadzieję, że rezultatem projektu, a w szczególności filmu, będzie zachęcenie osób chorych i ich bliskich do naszego innowacyjnego i kreatywnego podejścia do rehabilitacji psychicznej,** a także pozytywna zmiana nastawienia do siebie i do świata, zachęcenie do kreatywnego rozwijania swoich zainteresowań

i talentów, uczestniczenia w różnego rodzaju warsztatach z obszaru arteterapii jak muzykoterapia, cho-reoterapia, warsztaty plastyczne, fotograficzne, filmowe, ale także udział w wystawach, wernisażach, koncertach, gdzie można posłuchać dobrej muzyki, obejrzeć film czy po prostu napić się herbaty w miłym i inspirującym gronie. Rady i refleksje zawarte w filmie mogą być cenne dla chorych i ich bliskich, ozdrowieńców, ale również dla ludzi zdrowych i lekarzy. **Chciałabym zachęcić liderów, by promowali w swoich organizacjach arteterapeutyczne metody rehabilitacji psychoonkologicznej.**

### Filmy

W 2005 roku z pomocą rodziny i przyjaciół Maria Poszwińska wyprodukowała offowo film „**Wewnętrzna moc**”. Film był emitowany w TVP1, a także wielokrotnie w Telewizji Planete. Pokazywany był także: na Ogólnopolskiej Konferencji Amazonek w Centrum Onkologii w Warszawie oraz na Konferencji Amazonek w Skierniewicach, w konsulacie w Szwecji, oraz na Warszawskiej Akademii Medycznej. Konsul polski w Kanadzie zorganizowała jego pokaz w Ottawie. Łącznie obejrzało go ponad 1,5 mln osób. Towarzysząca filmowi wizualizacja terapeutyczna „**Wewnętrzna moc**” była dystrybuowana na płytach DVD przez organizacje pacjentów, m.in. Amazonki (ponad 100 tys. egzemplarzy). Nadal można ją obejrzeć np. w Centrum Onkologii w Warszawie.

**Dwa filmy dokumentalne dotyczące muzykoterapii „Muzykoterapia. Zdrowienie przez sztukę”** autorka zrealizowała wraz z Fundacją Twórczość i Dokumentacja w ramach projektów MKiDN na zlecenie Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Oba filmy rozpowszechnione były w środowisku lekarzy, terapeutów i pacjentów onkologicznych oraz w organizacjach skupionych w PKPO. W „Głosie” ukazały się artykuły na temat muzykoterapii i warsztatów prowadzonych przez muzykoterapeutę dr Elżbietę Galińską. Dema obu tych filmów dostępne są na YouTube, a ostatni film w całości również na stronach Fundacji TiD oraz PKPO.





## Tak terapia celowana

Dr Sybilla Berwid-Wójtowicz, specjalistka ds. żywienia klinicznego, radzi jak wspierać organizm podczas leczenia celowanego, aby było ono skuteczne.

Terapia celowana, polega na możliwości dopasowania leczenia do danego pacjenta, dzięki czemu walka z chorobą jest szybsza i skuteczniejsza. Obecnie w leczeniu onkologicznym w naszym kraju, dostępnych jest przeszło 20 nowoczesnych leków ukierunkowanych molekularnie. Aktualnie w leczeniu wielu nowotworów stosowana jest również immunoterapia, która polega na pobudzaniu układu odpornościowego i wykorzystaniu naturalnych mechanizmów obronności przeciwnowotworowej. Ich odkrycie zawdzięczamy tegorocznym noblistom w dziedzinie medycy Jamesowi P. Allisonowi z USA i Tasaku Honjo z Japonii.

### W widoczny cel, łatwiej trafić

W wyniku choroby nasz organizm produkuje charakterystyczne białka, które można rozpoznać technikami biologii molekularnej. Dzięki oznaczeniu odpowiednich markerów, wiemy czy dany lek ma szansę zadziałać. Mechanizm działania leków stosowanych w terapii celowanej, jest więc jak klucz pasujący do kłódki.

Dużo mówi się o późnej wykrywalności chorób nowotworowych. Nawet osoby regularnie badające się, czasem zostają zaskoczone diagnozą już w zaawansowanym stadium choroby. Dzieje się tak dlatego, że nowotwór powstaje z naszych komórek. Moment, w którym pojawiają się objawy uprzykrzające życie, często jest oznaką obecności wyhodowania pokaźnej kolonii zbudowanych komórek, które tak się zorganizowały i zasiedziały, że łatwo nie będą chciały nas opuścić.

Pojawia się pytanie, dlaczego już na samym początku wzrostu nieprawidłowych komórek, nasz organizm ich od razu nie rozpoznał i nie wyeliminowa-

wał. To właściwie pytanie o to, dlaczego chorujemy na nowotwory. Przyczyn jest wiele, często związane są ze specyfiką danej choroby.



**Nestlé HealthScience**

**Choroba nie wybiera. Ty masz wybór.**

Dowiedz się więcej na:  
[www.poradnikzywieniaumedycznego.pl](http://www.poradnikzywieniaumedycznego.pl)

**250 kcal**

**30% energii z białka**

**400 kcal**

**18% energii z białka**

**Twoje wsparcie żywieniowe w chorobie**

Dietetyczne środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza. Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia. Resource 2.0: Kompletny pod względem odżywczym produkt wysokoenergetyczny. Resource Protein: Kompletny pod względem odżywczym produkt wysokobiałkowy.  
Nestlé Polska S.A., ul. Domaniewska 32, 02-672 Warszawa. Wszystkie znaki towarowe należą do Societe des Produits Nestlé S.A., Vevey, Szwajcaria.

Artykuł sponsorowany

Niektóre czynniki środowiskowe takie jak: stres, palenie papierosów, brak ruchu, nadużywanie alkoholu i nieprawidłowa dieta, wzmacniają mechanizmy wywołujące pomyłki (mutacje), w wyniku których zaczynają powstawać komórki nowotworowe. A nasze naturalne siły obronne, nasza wewnętrzna broń nasz armia, może nie zauważyć dokonujących się zmian. Obniżona odporność może przyczynić się do powstawania komórek nowotworowych.

Wraz z postępem medycyny mamy możliwość szybszego ich wykrycia w naszym organizmie, na przykład wykorzystując testy na obecność markerów nowotworowych. Są to substancje (białka, hormony, enzymy), których stężenie podwyższa się w organizmie w czasie onkogenezy. Terapie celowane, to przełomowe leki, które posiadając konkrety cel, działają na niego w specyficzny i dokładnie sprecyzowany sposób. **Leki te rozpoznajemy po nazwach, w których spotykamy charakterystyczne końcówki, zależnie od mechanizmu działania:** -mab (dla przeciwciał monoklonalnych np. *trastuzumab, nivolumab*) i -nib (dla inhibitorów kinaz, np. *imatynib*).

### Dyskomfort mimo celności

Musimy jednak pamiętać, że każde leczenie mimo swojej skuteczności, może prowadzić do działań niepożądanych. Tak jest i w tym przypadku. **Pomimo tego, że w terapii celowanej dużo dokładniej wyznaczany jest cel terapeutyczny niż przy klasycznej**

**chemioterapii, może nastąpić uszkodzenie innych grup komórek w organizmie.** Twój lekarz onkolog podczas wizyty wyjaśni, jakich działań niepożądanych leku możesz się spodziewać na poszczególnych etapach terapii. **Może być to m.in.: wysoka gorączka, wysypka przypominająca trądzik, łuszczące zmiany skórne, np. wokół paznokci, mdłości, biegunka, obniżone ciśnienie krwi.**

W niektórych przypadkach, lekarze obserwują, że **nasilenie objawów toksyczności terapii celowanej, idzie w parze z lepszą odpowiedzią na leczenie.** Dzieje się tak np. w terapii w leczeniu personalizowanym raka jelita grubego w wyniku działania przeciwciała monoklonalnego skierowanego przeciwko receptorowi epidermalnego czynnika wzrostu (anty-EGFR). W leczeniu tym intensywne zmiany skórne, związane ze stanem zapalnym oraz atrofią, obserwuje się u 7 pacjentów na 10. Wysypka przypominająca trądzik, pojawia się u większości chorych 2–3 dni po rozpoczęciu leczenia, a nasilenie objawów przeważnie ma miejsce w 2–3 tygodniu terapii. To co ważne, **pacjent może przygotować się do tego leczenia i zniwelować jego skutki uboczne,** stosując specjalnie stworzone do tego kremy, które wzmacniają barierę skórną. Dzięki temu podnosi się jego komfort życia, a także nastawienie do leczenia, dlatego warto współpracować z lekarzem, stosując się do jego zaleceń.

W immunoterapii wykorzystywana jest aktywacja naszych białych krwinek-limfocytów.

*Przez cały okres choroby należy pamiętać, że poprzez dostarczenie odpowiedniego wsparcia żywieniowego jesteśmy w stanie osiągnąć wyznaczony cel, a w naszym przypadku jest to pokonanie nowotworu.*

Jeżeli nie wiesz, jak prawidłowo się odżywiać w czasie choroby warto odwiedzić poradnię dietetyczną, np. w Centrum Onkologii, a jeśli potrzebujesz wsparcia psychicznego, odwiedź psychoonkologa. Wiedza i doświadczenie odpowiednich specjalistów pomoże Ci przetrwać ten trudny okres.

Organizm nie każdej zdrowej osoby jest prawidłowo odżywiony, ponieważ nie u wszystkich codzienna dieta pokrywa zapotrzebowanie kaloryczne oraz dostarcza niezbędnych składników odżywczych. Tym bardziej pacjent onkologiczny, w którego organizmie toczy się proces chorobowy powinien zadbać o dodatkowe wsparcie żywieniowe.

Dlatego warto zaopatrzyć się w produkty specjalnego przeznaczenia medycznego, takie jak Resource Protein lub Resource 2.0. **Jedna buteleczka Resource Protein dostarcza 250 kcal i 18,8 g białka, z którego Twój organizm m.in. buduje białe krwinki,** niezbędne do wsparcia leczenia choroby nowotworowej, zaś **jedna butelka Resource 2.0 to 400 kcal i 18 g białka.** Różnorodność smaków produktów Resource zapobiega monotonności w diecie. Zależnie od poziomu odżywczości i wielkości spożycia (1–3 buteleczek dziennie), może stanowić uzupełnienie lub nawet zastąpić posiłki w codziennej diecie.

# NOKTURIA

Czy wiesz, że **nokturia** to choroba, która powoduje wybudzenie się ze snu w celu oddania moczu w ciągu nocy – od 2 do kilku razy.

Nokturia występuje najczęściej w populacji osób starszych i wiąże się m.in. z pogorszeniem jakości snu i funkcji poznawczych, osłabieniem koncentracji, zmniejszeniem wydajności pracy i nadmiernym zmęczeniem.

Szczegółowe informacje na [www.wygrajmyzdrowie.pl](http://www.wygrajmyzdrowie.pl)

FUNDACJA  
WYGRAJMY ZDROWIE



## 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.





## LICZY SIĘ CZAS W RAKU PŁUCA



Rak płuca to wciąż jeden z głównych zabójców Polaków. Dzięki nowym terapiom,

w przypadku niektórych chorych, nowotwór płuca powoli staje się chorobą przewlekłą. Celem kampanii „Liczy się czas w raku płuca” jest pokazanie zmian zachodzących w sposobie leczenia tego nowotworu. Dziś diagnoza „rak płuca” to zupełnie inny scenariusz niż kilka lat temu.

5 lat – tyle czasu leczy zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca **72-letni Adam**. To, co jeszcze do niedawna było niemożliwe, stało się osiągalne dzięki nowoczesnym terapiom, w jego przypadku dzięki immunoterapii. – *W przeciwieństwie do tradycyjnej chemii, immunoterapia postawiła mnie na nogi. Trzymam się, potrafię zrobić 30 pompek naraz* – opowiada. Wbrew powszechnym przekonaniom na nowotwór płuca chorują też ludzie młodzi. – *Wszyscy twierdzili, że to niemożliwe, żeby osoba w wieku 28 lat, niepaląca papierosów, prowadząca zdrowy styl życia, chorowała na raka płuca. Od momentu, gdy zachorowałam, czas liczy się inaczej. Każda minuta jest bardzo ważna, każdy dzień sprawia mi wielką radość* – opowiada **32-letnia Karolina**, u której 4 lata wcześniej zdiagnozowano raka płuca. Od kiedy przyjmuje lek celowany, czuje się świetnie i stara się żyć tak, jak przed diagnozą. Zdarzają jej się dni, kiedy zapomina, że jest chora. U **52-letniego Roberta** nowotwór płuca zdiagnozowano 3 lata temu. Miał wrażenie, jakby życie już się skończyło. Wkrótce po chemioterapii pojawiła się u niego wznowa choroby. Spełniał jednak warunki zakwalifikowania do programu lekowego i otrzymał nowoczesne leczenie immunologiczne. – *Znoszę je komfortowo, właściwie nie odczuwam skutków ubocznych. Jak każdy chory zastanawiam się, czy zdołam zrobić to, co zamierzam, czy nie zabraknie mi czasu.* – opowiada pan Robert.

### Nowotwór płuca chorobą przewlekłą

Wypowiedzi pacjentów potwierdza **prof. Dariusz M. Kowalski**, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie, prezes Polskiej Grupy Raka Płu-

ca. – *Jeszcze 10–20 lat temu średni czas przeżycia chorego z nowotworem płuca wynosił 3–6 miesięcy. Dziś w pewnych populacjach chorych, czas przeżycia liczy się już nie w miesiącach, ale w perspektywie kilku, a nawet kilkunastu lat. Obecnie dla pewnych grup chorych możemy tak dobrać leczenie, że przeprowadzamy ich w fazę choroby przewlekłej.*

**Co roku ponad 21 tys. osób w Polsce dowiaduje się, że ma raka płuca, a ok. 22,5 tys. umiera. Rak płuca jest obecnie w Polsce zabójcą nr 1 wśród nowotworów złośliwych, zarówno mężczyzn, jak i kobiet.**

Grupą leków, która całkowicie zmieniła leczenie części chorych są leki immunologiczne (immunokompetentne). Jak tłumaczy prof. Dariusz M. Kowalski – *W przypadku leków immunologicznych niszczenie komórek nowotworowych postępuje przez cały czas w trakcie leczenia, jest możliwa nawet całkowita remisja i zniknięcie zmiany nowotworowej.* Prof. Paweł Krawczyk z Katedry i Kliniki Pulmonologii, Onkologii i Alergologii UM w Lublinie, dodaje – *15–20% pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca żyje 5 lat i dłużej, co przed immunoterapią nie było możliwe.* Z kolei dzięki biologii molekularnej możliwe jest zidentyfikowanie grup chorych, którzy zareagują na określone leki, np. pacjentów z mutacją w genie *EGFR* lub rearanżacją w genie *ALK*. Nawet, gdy pojawia się oporność na stosowane leczenie, można zastosować dziś kolejną linię leczenia.

### Zbyt długi czas oczekiwania na nowe terapie

Statystyki pokazują, że **średnio co 20 minut umiera w Polsce jeden chory na raka płuca**, ponieważ wciąż zbyt

długo czeka się na postawienie właściwej diagnozy, na rozpoczęcie leczenia, a także na wdrożenie innowacyjnych opcji. **Od postawienia diagnozy i włączenia do leczenia najlepszą terapią zależy czas, jaki ma chory. Jest on dla pacjentów i ich bliskich wyjątkowo cenny.** – *Przez wiele lat diagnoza: „zaawansowany rak płuca” była niemal wyrokiem. Osoby chore nie widziały dla siebie nadziei. Obecnie medycyna pozwala na wydłużenie życia, a nawet na wyzdrowienie. Świadomość, że można się leczyć, że cały czas trwają badania nad nowymi lekami zmienia perspektywę myślenia* – podkreśla **dr n. med. Mariola Kosowicz, psychoonkolog**, kierująca Poradnią Psychoonkologii w warszawskim Centrum Onkologii.

32-letnia Karolina, od 4 lat leczona z powodu nowotworu płuca, wróciła do pracy. Zajmuje się dzieckiem, marzy, że uda się jej je wychować. 72-letni Adam, pomaga synowi prowadzić firmę, opiekuje się niepełnosprawną żoną i cieszy się wnukiem. 52-letniemu Robertowi marzy się dłuższa podróż, do Indii czy Japonii. Nie chce jej odkładać na przyszłość. **Chorzy wiedzą, jak cenny jest czas.**

Celem kampanii „Liczy się czas w raku płuca” jest pokazanie zmian zachodzących w sposobie jego leczenia. Inicjatorzy chcą edukować na temat tego, jak zmienia się perspektywa leczenia i życia z nowotworem płuca. Kampanię uzupełnia strona informacyjna dla pacjentów i ich bliskich **liczysieczas.org.pl**. Inicjatorami kampanii są: Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca Oddział Szczecin, od lat zajmujące się wsparciem chorych na raka płuca oraz Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych i Polskie Amazonki Ruch Społeczny. Partner merytoryczny: Polska Grupa Raka Płuca, partner wspierający: firma Roche Polska.

# #WczesneWykrycieToŻycie – jesienna odłona

Zbliżamy się do końca Ogólnopolskiej Kampanii #WczesneWykrycieToŻycie. W jesiennym odłonie kampanii 46 organizacji pacjentów tworzących Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych oraz znane publicznie osoby przypominają o profilaktyce nowotworów, o których mówi się na całym świecie w październiku i listopadzie.

## Październik

**Miesiąc Świadomości Raka Piersi** – to czas, w którym szczególnie przypominamy Polkom, o konieczności badań profilaktycznych i trosce o swoje zdrowie. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet na świecie (25%). **Co roku w naszym kraju stwierdza się 18 tysięcy nowych zachorowań na ten nowotwór, a blisko 6 tysięcy Polek umiera z jego powodu.** Około 50% zachorowań diagnozuje się między 50. a 69. rokiem życia, co ważne w ostatnich 30 latach prawie 2-krotnie zwiększyła się zachorowalność wśród kobiet w wieku 20–49 lat. Jest wiele czynników ryzyka rozwoju tej choroby. Należą do nich m.in.: wiek, rodzinne występowanie raka piersi (mutacje genów *BRCA 1/2*), pierwsza miesiączka we wczesnym wieku, menopauza w późnym wieku, późny pierwszy poród, długotrwała hormonalna terapia zastępcza, otyłość, picie alkoholu.

**Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” zrzeszającej 26 tys. kobiet, pacjentka po leczeniu raka piersi zauważa –** *Kiedy zachorowałam, mówienie o raku piersi było tematem tabu. Nikt nie chciał ze mną rozmawiać. Nawet lekarz unikał słowa: rak. To było 27 lat temu. Dotarło do mnie, że ja – osoba silna, wyczynowo uprawiająca wioślarstwo, nauczona samodzielności – nie mam pojęcia, co to mammografia, jaka jest zachorowalność na raka, jaka jest śmiertelność. Byłam zupełnie nieświadoma. Zrozumiałam, że liczy się nie tylko siła, ale i wiedza, bo to wiedza ratuje życie. Dlatego misją Amazonek jest edukacja i uświadamianie kobiet, aby regularnie badać swoje piersi.*

Przypominamy, że profilaktyka raka piersi obejmuje samobadanie piersi raz

w miesiącu, wykonywanie badania ultrasonograficznego (USG) u młodych kobiet raz do roku oraz mammografię po 50 roku życia. W ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych kobiety w wieku 50–69 lat mogą wykonać bezpłatne badanie mammograficzne. Szczegóły na stronie: [www.mz.gov.pl/profilaktyka](http://www.mz.gov.pl/profilaktyka)

*Warto wspomnieć, że nowotwór piersi może mieć podłoże genetyczne – dodaje ambasadorka Kampanii, wokalistka Olga Szomańska – Czynnikiem, który znacząco zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi, jest obecność u danej osoby mutacji genu *BRCA1* lub genu *BRCA2*. Szacuje się, że 4–8% raków piersi może być wynikiem dziedzicznych mutacji, pozostałe przypadki są następstwem sporadycznych mutacji w komórkach somatycznych.*

**Październik to także miesiąc profilaktyki nowotworów nerki.** Rak nerki nie jest częstym nowotworem, stanowi 3–4% wszystkich rozpoznań nowotworów złośliwych w Polsce. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zapadalność na raka nerki w Polsce rośnie, a ponieważ szczyt zachorowań na ten nowotwór przypada na 7. i 8. dekadę życia, to istotny wpływ na zwiększającą się liczbę chorych ma wydłużająca się średnia życia. **Rak nerki cechuje się najwyższą śmiertelnością wśród nowotworów układu moczowego. Szacuje się, że około 30–40% chorych na ten nowotwór umiera z jego powodu.** Rozpoznawany jest niemal dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet.

**Beata Ambroziewicz, prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie podkreśla, że –** *Podstawowymi czynnikami ryzyka zachorowania na raka nerki są: palenie tytoniu, otyłość oraz nadciśnienie tętni-*

*cze. Pamiętajmy, że czynniki te należą do grupy modyfikowalnych, co oznacza, że prowadząc zdrowy styl życia i właściwie się odżywiając, możemy zmniejszyć ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Rak nerki najczęściej rozwija się bezobjawowo. Aby wykryć ten nowotwór na wczesnym etapie, kiedy jest on w dużym stopniu wyleczalny, zaleca się wykonanie raz w roku badania ultrasonograficznego jamy brzusznej.*

## Listopad

**To miesiąc poświęcony profilaktyce raka płuca, który jest pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych w Polsce.** Statystyki tego nowotworu są zatrważające. Jak podaje Krajowy Rejestr Nowotworów, przeżycia 5-letnie u mężczyzn wynoszą zaledwie ok. 12%, natomiast u kobiet ok. 17%. **W 2013 r. odnotowano prawie 15 tysięcy nowych zachorowań na raka płuca u mężczyzn oraz prawie 7 tysięcy u kobiet.**

**Najczęstszą przyczyną zachorowania na raka płuca jest palenie papierosów, aż u 80% chorych.** Szkodliwe są również e-papierosy. Ryzyko zachorowania na raka płuca dotyczy także biernych palaczy, którzy oddychają powietrzem zawierającym toksyczne substancje. Do innych czynników ryzyka zaliczamy: ekspozycję na radon, azbest, metale ciężkie (kadm, ołów, nikiel, arsen), niektóre substancje chemiczne i przemysłowe zanieczyszczenia powietrza oraz predyspozycje genetyczne. Jak wynika z ostatnich badań, wpływ na zachorowanie na raka płuca ma także smog.

**Anna Żyłowska, prezes Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca Oddział Szczecin zauważa, że –** *Niepokojący pozostaje fakt, że o ile zacho-*



rowalność na nowotwory płuca wśród mężczyzn pozostaje na stałym poziomie, o tyle wskaźnik ten charakteryzuje się stałym trendem wzrostowym wśród populacji kobiet. Chorują coraz młodsze Polki i coraz młodsze umierają. Według naszej oceny należy od najmłodszych lat edukować młodzież, a w szczególności młode kobiety, by ustrzec je przed popadnięciem w nałóg, a także utrzymywać wzorce zdrowego stylu życia. Od niedawna prowadzimy kampanię #NiePalęWcale! Uświadamiamy, że choroby związane z paleniem, takie jak zawał, udar czy choroba nowotworowa to końcowe konsekwencje nałogu. Palenie ma wpływ na urodę (przedwczesne starzenie się skóry, zmianę kolorytu, trądzik, przebarwienia, pajączki naczyniowe), płodność, gospodarkę hormonalną, wygląd zębów i dłoni.

**Ewelina Szmytko, sekretarz Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca przypomina** – Charakterystyczne objawy raka płuca pojawiają się zwykle dość późno, już w zaawansowanym stadium choroby. Należą do nich: utrzymujący się przez wiele tygodni kaszel, duszność, uczucie obezwładniającego zmęczenia, krwioplucie. Od lat propagujemy pierwotną profilaktykę nowotworową – zaprzestanie palenia, zdrowy tryb życia oraz zbilansowaną dietę.

Listopad to także miesiąc profilaktyki raka stercza i raka jąder. Miesiąc ten, często określany mianem „wąstopadu” (ang. *movember*), to na całym świecie czas, aby podnieść świadomość na temat męskich nowotworów.

Rak prostaty stanowi ponad 13% zachorowań na nowotwory u mężczyzn. Ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego wzrasta wraz z wiekiem.

Nowotwór ten bardzo rzadko ujawnia się przed 50. rokiem życia. Zgodnie z danymi KRN w ciągu trzech ostatnich dekad liczba zachorowań na raka stercza w Polsce wzrosła około 5-krotnie, w 2013 roku zanotowano ponad 12 tysięcy przypadków. Czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworu prostaty są przede wszystkim wiek i dziedziczenie, ale również otyłość, siedzący tryb życia, oraz stany zapalne dróg moczowych. Podstawowe badania, jakie należy wykonywać regularnie po 50 roku życia to badanie *per rectum* i oznaczenie poziomu PSA we krwi. Typowym objawem raka prostaty jest częste oddawanie moczu.

**Beata Ambroziewicz, prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie**, mówi – Rak jądra to nowotwór młodych mężczyzn. Ze względu na rzadkie występowanie, wiele osób nie słyszało o tym nowotworze. Pierwsze objawy raka jądra są mało dokuczliwe. Zauważenie nieprawidłowości w worku mosznowym powinno spowodować niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza.

W 2010 roku zanotowano prawie 1100 przypadków raka jądra. Jest on najczęściej występującym rakiem u mężczyzn pomiędzy 20. a 44. r. ż. **Szymon Chrostowski, pacjent po przebytym leczeniu choroby nowotworowej**, podkreśla – Wykryty odpowiednio wcześniej rak jądra jest w 100% uleczalny. Wiedza o nim jest szczególnie ważna dla chłopców i młodych mężczyzn, ponieważ ryzyko zachorowania na raka jądra gwałtownie wzrasta po 15. roku życia osiągając szczyt około 30. roku życia. Dlatego tak ważne jest popularyzowanie nauki samobadania jąder.

**Ambasadorka Kampanii, aktorka Maria Pawłowska**, dodaje – Przy okazji kampanii dowiedziałam się jak ważną rolę my kobiety mamy do odegrania w edukacji swoich dzieci na temat ważności profilaktyki oraz regularnego samobadania. Również jako partnerki, to często my dostrzegamy pierwsze niepokojące zmiany u naszych partnerów.

Informacje o raku jądra i raku prostaty oraz jak wykonać samobadanie jąder w „Głosie Pacjenta Onkologicznego” nr 4/2017 na stronie Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych [pkopo.pl](http://pkopo.pl)

Organizacje wspierające chorych na:

#### RAKA PIERSI

- Federacja Stowarzyszeń „Amazonki” [www.amazonkifederacja.pl](http://www.amazonkifederacja.pl)
- Fundacja OnkoCafe. Razem Lepiej [www.onkocafe.pl](http://www.onkocafe.pl)
- Fundacja SOS-Życie [www.sos-zycie.pl](http://www.sos-zycie.pl)

#### RAKA NERKI

- Fundacja Wygrajmy Zdrowie [www.wygrajmyzdrowie.pl](http://www.wygrajmyzdrowie.pl)
- Stowarzyszenie UroConti [www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl)

#### NOWOTWORY PŁUCA

- Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca – [www.rakpluca.org.pl](http://www.rakpluca.org.pl)
- Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca Oddział Szczecin [www.rakpluca.szczecin.pl](http://www.rakpluca.szczecin.pl)

#### RAKA STERCZA/RAKA JĄDRA

- Fundacja Wygrajmy Zdrowie [www.wygrajmyzdrowie.pl](http://www.wygrajmyzdrowie.pl)
- Gdyński Most Nadziei [www.mostnadziei.pl](http://www.mostnadziei.pl)



# 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. Nattuszcza 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](http://ziotopek.pl)

## Lektury

Ostatnio na rynku wydawniczym ukazało się kilka ważnych i interesujących książek o tematyce onkologicznej. Co ważne, niektóre z nich są napisane przez pacjentów i dotyczą problemów, które dotąd były pomijane w literaturze na temat raka. Warto się z nimi zapoznać, ponieważ wszystkie pokazują raka z perspektywy nadziei i wartości, jakie daje doświadczenie tej choroby.

**Ks. Jan Kaczkowski**  
**Życie aż do końca**



Ostatnia książka ks. Jana Kaczkowskiego *Życie aż do końca. Instrukcja choroby* to unikatowy poradnik na temat tego, jak przejść proces choroby, leczenia paliatywnego i najtrudniejszy czas opieki terminalnej oraz odchodzenia. Autor na podstawie własnych doświadczeń, popartych wiedzą medyczną odpowiada na trudne, czasami bolesne pytania Katarzyny Jabłońskiej. Dotyczą one komunikacji lekarz-pacjent, skutków ubocznych terapii, czy leczenia bólu, a także praw i obowiązków pacjenta, postępowania bliskich wobec chorego, przygotowania pacjenta i jego rodziny do umierania. Każdy z rozdziałów książki zawiera także niezbędnik – zbiór refleksji i wskazówek – dla lekarza, chorego, jego bliskich, wolontariuszy, kapelana szpitalnego i hospicyjnego, osoby walczącej z bólem i stojącej w obliczu śmierci. Najważniejszym przesłaniem książki jest *żyć, aż do końca, a nawet przeżyć własną śmierć – to jest zwycięstwo duszy nad ciałem, jak pisze ks. Kaczkowski w rozdziale Jak umiera ciało?* Otwartość, z jaką mówi autor o sprawach ostatecznych związanych z umieraniem jest rzeczą niezwykłą we współczesnym sterylnym, często pozbawionym uczuć świecie, gdzie temat śmierci jest

skrzętnie pomijany. Świecie, w którym, kiedy stajemy wobec problemu własnej śmierci lub śmierci osoby bliskiej czujemy się bezradni i zagubieni. Dlatego **ta książka dodająca odwagi i nadziei, mówiąca o poszanowaniu do końca ludzkiej osoby jest nie tylko głęboko poruszająca, ale i bezcenna.**

**Agnieszka Witkowicz-Matolicz**  
**Niezwykłe dziewczyny**



Na taką książkę czekaliśmy długo. **Agnieszka Witkowicz-Matolicz, dziennikarka, socjolożka, a przede wszystkim pacjentka onkologiczna, opowiada historie 10 młodych kobiet z rakiem piersi.** To grupa pacjentek, o których dotąd wiedzieliśmy niewiele. Rak dopada je niespodziewanie, gdy są u progu życia zawodowego i rodzinnego. Planują powiększenie rodziny, urodzenie dziecka, życiową stabilizację, realizację marzeń. **Kiedy przychodzi rak to wszystko wydaje się niemożliwe, a jednak niezwykle dziewczyny nie rezygnują ze swoich planów i marzeń.** Niektórym sytuację komplikuje jeszcze fakt, że muszą pogodzić raka z ciążą, urodzinami dziecka. Innym choroba na zawsze odbiera nadzieję na posiadanie swojego potomstwa. **Żadnej rak nie odbiera sensu i radości życia, nie odbiera kobiecości. Do leczenia podchodzą jak do zadania, które muszą wykonać, poukładać go**

**sobie w głowie.** Odrzucają stereotyp raka jako choroby wstydlivej, do której nie należy przyznawać się publicznie. Niektóre zaczynają propagować profilaktykę raka piersi, inne zakładają różowe peruki, ustanawiają rekordy świata, poznają facetów, rodzą dzieci, pracują, a przede wszystkim leczą się i żyją z rakiem, dając innym pacjentkom nadzieję. Cenne uzupełnienie ich historii stanowią wywiady z lekarzami i specjalistami, którzy dają odpowiedzi na wiele pytań i problemów, z jakimi stykają się młode kobiety z rakiem piersi.

**Kristi Funk Piersi**

*Piersi. Poradnik dla każdej kobiety* dr Kristi Funk to **obszerne kompendium aktualnej i co ważne, sprawdzonej naukowo wiedzy na temat piersi i chorób związanych z tym ważnym organem.** Jednocześnie z satysfakcją muszę przyznać, że nie jest to wiedza tajemna, nieznaną polskim lekarzom czy, np. wyedukowanym liderkom Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”. Natomiast to, co jest dla nas najmniej znane, do czego ciągle nie mamy zaufania, to **zastosowanie medycyny integralnej, terapii komplementarnych w leczeniu wspierającym.** Dyskusyjne są natomiast niektóre zalecenia dietetyczne dr Funk, które – jak sama przyznaje – nie zostały w pełni poparte badaniami. **Trudno się też zgodzić z twierdzeniem, że zabieg profilaktycznej mastektomii chroni całkowicie nosicielki mutacji genów BRCA1/2 od raka piersi, ponieważ zmniejsza znacznie ryzyko zachorowania na ten nowotwór do 5%, ale go nie eliminuje.** *Piersi* to lektura obowiązkowa dla zdrowych kobiet, jak i tych z rakiem piersi – uczy zachować spokój, a jednocześnie być czujną, gdy



**nasze piersi zaczynają nas niepokoić.** Choć temat jest trudny, to specyficzny „amerykański luz” i racjonalizm autorki ułatwia nam jego poznanie.

**I jeszcze uwaga pod adresem polskich redaktorów** – pominięcie wśród polskich organizacji wspierających chore z rakiem piersi Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, najstarszego i najliczniejszego stowarzyszenia niosącego pomoc kobietom z tym nowotworem, zrzeszającego 26 tys. osób, będącego największym ruchem kobiet z rakiem piersi w Europie, to nie tylko brak znajomości tematu, ale i nietakt. Lekceważenie dotychczasowego dorobku tej organizacji, od której przyjęła się choćby nazwa Amazonka. I z tego powodu Amazonkom należą się przeprosiny od polskiego wydawcy, tym bardziej, że po otrzymaniu egzemplarza sygnałnego zwróciłam na to uwagę tłumacze.

**Orina Krajewska**

**Bądź. Holistyczne ścieżki zdrowia**

Autorka książki **Orina Krajewska** – aktorka, instruktorka teatralna jest

**osobą dobrze znaną w środowisku pacjentów onkologicznych** jako współzałożycielka i prezes Fundacji Małgosi Braunek „Bądź”. Jej książka powstała z potrzeby podzielenia się wiedzą i doświadczeniem nabytym podczas towarzyszenia w chorobie i odchodzeniu mamie – znanej aktorce Małgosi Braunek. **Na książkę składa się kilkanaście wywiadów przeprowadzonych przez autorkę ze specjalistami różnych metod leczenia**, ukazujących w holistycznym ujęciu *mind-body-spirit* (umysł-ciało-dusza) reprezentowaną przez nich dziedzinę medycyny czy opieki zdrowotnej. Rozmówcami Oriny Krajewskiej są m.in.: światowej sławy **genetyk prof. Jan Lubiński, psychodolży Wojciech Eichelberger i Levana Marshall, prof. medycyny chińskiej Li Jie, specjalistka medycyny holistycznej dr Preeti Agrawal**. Oprócz wywiadów w książce znajdziemy definicje metod, dane statystyczne, instrukcje do wykonywania ćwiczeń, przepisy dietetyczne. Dzięki temu pełni ona rolę praktycznego poradni-

ka. Książka skierowana jest do wszystkich zainteresowanych zdrowym stylem życia, całościowym podejściem do człowieka i holistycznymi terapiami w onkologii oraz innych chorobach przewlekłych. **Autorka zwraca uwagę na potrzebę wprowadzenia w Polsce medycyny integralnej**, łączącej nowoczesne metody konwencjonalnej medycyny Zachodu ze sprawdzonymi metodami medycyny komplementarnej Wschodu, które mogą być wsparciem w terapii wielu chorób. Lekceważenie i brak wiedzy na temat medycyny komplementarnej wśród personelu medycznego oznacza bowiem otwarcie drogi do działań wszelkiego rodzaju szarlatanom. Z drugiej strony oparta o zasady holistyki **medycyna integralna**, będąca uznaną dyscypliną zarówno w krajach Europy Zachodniej, jak i w Stanach Zjednoczonych **nie powinna dawać przyzwolenia na wypowiedzi dyskredytujące wartość osiągnięć współczesnej nauki, działalność firm tworzących innowacje w tej dziedzinie, jak to ma miejsce w tekście Wojciecha Eichelbergera.**

## Warsztaty dla chorych z PBL

5–6 października br. w Centrum Psychoonkologii Unicorn w Krakowie odbyły się dwudniowe **warsztaty edukacyjne dla chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową oraz ich bliskich zorganizowane przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych**. Było to trzecie z kolei spotkanie dedykowane tej grupie chorych, po warsztatach w Warszawie i Lublinie. **Celem spotkania, poza poszerzeniem wiedzy na temat przewlekłej białaczki limfocytowej oraz konsultacjami ze specjalistami, była integracja środowiska pacjentów oraz utworzenie forum internetowego**. Podczas warsztatów odbyły się zajęcia z psychoonkologii, poprowadzone przez psycholożki ze Stowarzyszenia Unicorn oraz wieczór wspólnego śpiewu. Pacjenci podpisali się pod listem do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, w którym zwrócili uwagę na konieczność poszerzenia programu dla chorych z przewlekłą białaczką limfocytową o wpro-

wienie leku *ibrutynib* także dla chorych bez delecji 17 p/TP 53 oraz substancji *wenetoklas* dla pacjentów z progresją lub brakiem odpowiedzi na *ibrutynib*, których mediana przeżycia w tej sytuacji klinicznej wynosi 1,9 miesiąca.



**Na nowej liście refundacyjnej znalazł się tylko jeden lek dla pacjentów onkologicznych – pomalidomid**. Jest to lek przeciwnowotworowy, którego refundacja będzie dostępna przy leczeniu nawrotowego i opornego szpiczaka mnogiego. Pacjenci hematologiczni czekają na refundację *wenetoklaksu*, który jest lekiem ratującym życie. Na innowacyjne leki czekają też chorzy z rakiem płuca i pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi.

**Więcej na: [www.gov.pl/zdrowie](http://www.gov.pl/zdrowie)**



## Konferencja „Wyzwania w Hematologii MDS-MPN”

7–8 września br. w Krakowie odbyła się Konferencja „Wyzwania w Hematologii MDS-MPN”. Organizatorem spotkania, którego tematyka dotyczyła chorób mieloproliferacyjnych, był **prof. Tomasz Sacha**. Sesje tematyczne były okazją do wysłuchania wykładów ekspertów z Polski i z zagranicy oraz do wymiany poglądów i doświadczeń klinicystów z ośrodków hematologicznych zarówno polskich, jak i europejskich. Do udziału w konferencji zaproszono: **rzecznikę PKPO Aleksandrę Rudnicką, a także Katarzynę Lisowską oraz Monikę Skórę z Grupy Wsparcia Chorych na Nowotwory Mieloproliferacyjne współpracującej z Koalicją**. Lekarze biorący udział w konferencji poparli i uznali za słuszne merytorycznie starania pacjentów o **wprowadzenie zmian w programie dla chorych z mielofibrozą**, dotyczących zarówno zbyt restrykcyjnych wymagań kontynuowania leczenia w ramach tego programu, jak i konieczność stopniowego, nienatychmiastowego wyłączenia z programu pa-

cjentów. Mówiono także o **możliwości leczenia młodych pacjentów z mielofibrozą interferonem nowej generacji, tzw. pegylowanym**, który ma mniejsze działania niepożądane i nie ma wpływu na zachowanie płodności.



Od lewej: Aleksandra Rudnicka, Katarzyna Lisowska, Monika Skóra

## Konferencja „Rak Piersi. Onkologia i Plastyka”

21–22 września br. w Poznaniu odbyła się **III Konferencja Rak Piersi. Onkologia i Plastyka**. Konferencję poprzedziła zorganizowana dzień wcześniej debata z udziałem przedstawicieli organizacji pacjentów: **Krystyny Wechmann (Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”), Eweliny Puzkin (Fundacja OmeaLife), Anny Kupieckiej (OnkoCafe) i Wojciecha Wiśniewskiego (Fundacja Alivia)** oraz specjalistów z zakresu onkologii, m.in. organizatora wydarzenia **dr hab. n. med. Dawida Murawy** oraz **dr hab. n. med. Adama Maciejczyka**, prezesa elekta Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Podczas debaty dyskutowano na temat potrzeb pacjentów związanych z leczeniem chirurgicznym raka piersi

i możliwości ich realizacji w ramach istniejącego systemu opieki onkologicznej.



Aleksandra Rudnicka i Krystyna Wechmann

## Kampania Breast-Fit

Zaawansowany rak piersi był głównym tematem debaty odbywającej się 4 października 2018 r. podczas Światowego Dnia Onkologii. **Poczucie akceptacji, mniej bólu i dyskomfortu oraz czas to podstawowe potrzeby pacjentek zmagających się z tą chorobą**. Stały postęp w medycynie coraz częściej pozwala pacjentkom **żyć z rakiem piersi jak z chorobą przewlekłą**. **Pogłębia się jednak dysproporcja w dostępie do skutecznych i nowych metod leczenia**. Kobiety z zaawansowanym rakiem piersi nie chcą pozostawać w cieniu. Chcą, aby ich potrzeby były widzialne, a głos słyszalny. Debata połączona była z **premierą kalendarza „Power of Community 2019”**, który jest stałym elementem realizowanej po raz trzeci przez Fundację OnkoCafe kampanii „Breast-Fit. Kobiety biust. Męska Sprawa”. Udział w debacie wzięli: **prof. dr hab.**

**n. med. Tadeusz Pieńkowski**, prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, **dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld**, COI w Warszawie oraz liderki organizacji pacjentów:

Anna Kupiecka (Fundacja OnkoCafe), Krystyna Wechmann (Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”), Elżbieta Kozik (Polskie Amazonki Ruch Społeczny), Joanna Łojko (Fundacja Rak’n’Roll), Agata Polińska (Fundacja Alivia). **Kampania objęta została Honorowym patronatem Małżonki Prezydenta RP Agaty Kornhauser-Dudy. Partnerem specjalnym kampanii jest Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec.**



Więcej na: [www.breastfit.onkocafe.pl/kalendarz](http://www.breastfit.onkocafe.pl/kalendarz)

## Konferencja „Kobiety-Kobietom”

13 października br. odbyła się w Warszawie po raz kolejny konferencja „Kobiety-Kobietom”. Głównym tematem było życie po leczeniu raka piersi. Konferencja, której przewodniczyła dr hab. n. med. Maria Litwiniuk, łączy środowisko lekarzy i pacjentek. Podczas spotkania pacjentki oprócz wysłuchania interesujących wykładów onkolożek, mają okazję do indywidualnych rozmów z lekarkami, specjalistkami z różnych dziedzin onkologii, zajmującymi się kobietami z rakiem piersi. Z kolei lekarki mogły poznać opinię pacjentek na temat opieki nad chorymi z rakiem piersi, poznać ich potrzeby i usłyszeć o zmianach, jakich oczekują.



## Konferencja „Innowacje w medycynie”

Konferencja „Innowacje w medycynie”, która odbyła się 16 października br. zgromadziła środowiska ekspertów i pacjentów, którzy wspólnie wypracowali rekomendacje dotyczące likwidacji barier w rozwoju innowacji w medycynie. Wskazano m.in. na potrzebę: dostosowania przepisów i procedur prawnych do możliwości współczesnej medycyny, zmiany modelu finansowania opieki zdrowotnej i właściwą alokację środków, premiowania jakości w służbie zdrowia, rozwoju innowacyjnych technik leczenia, współpracy organizacji pacjentów z administracją i ograniczenia obciążeń biurokratycznych. Podczas konferencji skoncentrowano się na dwóch dziedzinach opieki medycznej – onkologii oraz kardiologii, które uznano za obecne priorytety działań rządu. Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych

reprezentowała podczas konferencji wiceprezes Beata Ambroziewicz. „Głos Pacjenta Onkologicznego” objął patronatem medialnym konferencję.



## Breast Unity

W dniach 5–6 września br. w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie odbyła się wizyta akredytacyjna Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego, której wynikiem jest powstanie placówki o statusie Breast Unit. Opieka nad chorymi z rozpoznaniem raka piersi w BU WIM ma charakter modułowy, wielodyscyplinarny. Uznanie komisji akredytacyjnej wzbudziło nowoczesne wyposażenie poszczególnych modułów BU, profesjonalizm oraz atmosfera życzliwości i współpracy. WIM dołączyło do sieci BCU posiadających akredytację SIS w Polsce, do której należą ośrodki w: Szczecinie, Krakowie, Bydgoszczy, Gdyni, Gdańsku i Kielcach.

Z kolei 19 października br. w Radomskim Centrum Onkologii odbyła się konferencja pt. „Europejski standard diagnostyki i leczenia kobiet z rakiem piersi. Breast Cancer Unit”. Wzięło w niej udział kilkadziesiąt pań ze Stowarzyszenia Amazonki DANA w Radomiu. Federację Stowarzyszeń „Amazonki” reprezentowała prezes Krysztyna Wechmann, a Polską Koalicję Pacjentów Onkolo-

gicznych rzecznik Aleksandra Rudnicka. Lekarze z RCO mówili o planach szpitala na utworzenie Breast Unit. Szpital stara się też o kontrakt na badania PET, ponieważ jako jedyny w regionie posiada specjalistyczny sprzęt do wykonywania tego typu badań.



Konferencja w Radomskim Centrum Onkologii

# Prawa, ale i obowiązki

*Im więcej praw, tym więcej obowiązków.*

Autor nieznanym

W najbliższym czasie czeka nas nowelizacja Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zmiany w ustawie były konsultowane przez Rzecznika Praw Pacjenta z przedstawicielami organizacji pacjentów. Ustawa poszerza zakres dotychczasowych praw pacjenta, ale i nakłada na pacjentów określone obowiązki.

Pojawienie się w ustawie nowego rozdziału – **Obowiązki pacjenta**, było przedmiotem najdłuższych rozważań, dotyczących zarówno konkretnych postulatów, jak i konsekwencji wynikających z ich wprowadzenia. Co ważne, **zmian w ustawie nakładającej na pacjentów także obowiązki, domagał się nie tylko Rzecznik, ale i reprezentanci pacjentów**. Potrzebę wypełniania przez chorych określonych obowiązków zauważają nie tylko liderzy organizacji pacjentów i osoby od wielu lat działające na rzecz polepszenia opieki zdrowotnej w Polsce, ale i szerokie rzesze pacjentów. W placówkach zdrowia, w poczekalniach, w szpitalnych salach **coraz częściej toczą się rozmowy o nieposzanowaniu praw pacjenta przez innych chorych, o marnotrawieniu publicznych pieniędzy w wyniku nierespektowania przepisów**. Tworzące się z trudem społeczeństwo obywatelskie, także w sferze zdrowia, widzi nie tylko potrzebę wprowadzania praw, ale i przestrzegania obowiązków na rzecz dobra innych, bo jak powiedział Napoleon Bonaparte **Tam, gdzie nie ma wolności, nie ma ani praw, ani obowiązków**.

## Jestem chory

Tymi słowami, usprawiedliwiają swoje postępowanie niejednokrotnie pacjenci. **Przyjmujemy to ze zrozumieniem i współczuciem, jeśli jesteśmy w gronie ludzi zdrowych**. Czujemy się w moralnym obowiązku pomóc takiej osobie, ustąpić jej miejsca, przepuścić w kolejce, zwłaszcza że czasami gołym okiem widać, iż mamy do czynienia z osobą w złym stanie zdrowia. Ale już **w poczekalni szpitala onkologicznego, wypełnionej po brzegi pacjentami trudno oczekiwać, że stwierdzenie Jestem chory otworzy komuś drzwi do lekarskiego gabinetu bez kolejki**. Może co najwyżej wywołać u innych chorych irytację lub śmiech.

Na ostatnich warsztatach dla pacjentów onkologicznych z taką właśnie reakcją spotkała się pacjentka, która domagała się specjalnego traktowania, bo przecież **Ona jest chora**. Pozostali uczestnicy spotkania, równie chorzy pacjenci, byli zadowoleni i wdzięczni za zorganizowanie warsztatów, za trud włożony w ich przygotowanie. Co gorsze pacjentka ta miała przyjechać w gronie aż dwóch wspierających ją osób, z czego jedna nie zjawiła się, nie powiadamiając o tym organizatorów. **Co tam, przecież warsztaty są bezpłatne**.

## Bezpłatne?!

**Bezpłatne, to nie znaczy bezkosztowe**. Ktoś za nie musi zapłacić, ponieść koszty nieobecności osoby, która zadekla-

rowała swój przyjazd. I nie chodzi tylko o to, że organizator straci 300 zł, ale o to, że z warsztatów mógłby skorzystać ktoś inny. Takie postępowanie – przepraszam za uogólnienie – zwłaszcza wśród osób starszych, **to spadek po minionym systemie, który przyzwyczyił obywateli do tego, że mają prawo „bezpłatnie” korzystać z „państwowych” usług**.

Jakiś czas temu Ministerstwo Zdrowia wystąpiło z **projektem świadczenia odpłatnych usług medycznych w publicznych placówkach zdrowia**. Organizacje pacjentów wypowiedziały się pozytywnie o tym rozwiązaniu, pod warunkiem, że przedstawione zostaną przejrzyste warunki jego funkcjonowania i nie będzie to miało wpływu na kolejki oczekujących w danym szpitalu. Opozycja podniosła straszne larum, że to spowoduje nierówność społeczną w dostępie do zdrowia. Tym czasem **nasi sąsiedzi Czesi od kilku dobrych lat wprowadzili niewielkie dopłaty do wizyt lekarskich i pozbyli się kolejek**. A u nas nadal dla wielu osób **czas się nie liczy, publiczny pieniądz się nie liczy**. Zapisują się do kilku lekarzy tej samej specjalności jednocześnie, a idą – lub nie – do jednego i nie odwołują wizyty u pozostałych. **Przecież lekarz i tak przyjmuje do określonej godziny**, a to, że przyjąłby w tym czasie innych pacjentów, nie ma znaczenia.

Nie dziwi więc, że w projekcie ustawy zapisano **obowiązek powiadomiania świadczeniodawców o braku możliwości stawienia się w ustalonym terminie lub o rezygnacji ze świadczenia**. Co prawda **nie ma nic na temat konsekwencji, jakie ma ponieść pacjent, który nie dopełni tego obowiązku**, ale miejmy nadzieję, że taka osoba przynajmniej zastanowi się, co robi nie informując o odwołaniu wizyty.

To przykład zmian w ustawie o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które dotyczą właśnie obowiązków, o których jako pacjenci nie powinniśmy zapominać.

Na koniec cenne spostrzeżenie wybitnego filozofa Tadeusza Kotarbińskiego, współtwórcy prakseologii, czyli nauki sprawnego działania – **Bywają specjaliści od pilnowania własnych praw i cudzych obowiązków**.

*Bądźmy specjalistami nie tylko od praw, ale i od obowiązków pacjenta, poznajmy je i wprowadzajmy do codziennego działania, a wtedy możemy oczekiwać, że coś się zmieni na lepsze w systemie opieki zdrowotnej, także dzięki nam.*

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](https://www.facebook.com/KoalicjaPacjentow)  
Czytaj „Głos Pacjenta Onkologicznego” na [www.pkpo.pl](http://www.pkpo.pl)**

**Adres do korespondencji**  
ul. Piękna 28/34, lok. 53, 00-547 Warszawa  
[info@pkpo.pl](mailto:info@pkpo.pl), tel. 22 428 36 31  
**Dyrektorka biura**  
Agnieszka Truskolaska

**Redaktor Naczelna, rzecznik PKPO**  
Aleksandra Rudnicka  
[aleksandra.rudnicka@pkpo.pl](mailto:aleksandra.rudnicka@pkpo.pl)  
ul. Pełczyńskiego 20a/12, 01-471 Warszawa  
tel. 502 071 677

**Zastępca Redaktora Naczelnego**  
Beata Ambroziewicz  
[beata.ambroziewicz@pkpo.pl](mailto:beata.ambroziewicz@pkpo.pl)  
**Sekretarz Redakcji**  
Anna Domańska



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

„Głos Pacjenta Onkologicznego” nr 5/2018 wydano ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.