



GŁOSPACJENTA ONKOLOGICZNEGO

BEZPŁATNE CZASOPISMO POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

2/24 (59)

czerwiec 2024
glospacjenta.pl



Elżbieta **MARKOWSKA**

PREZESEM POLSKIEJ KOALICJI
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

ZDROWIE POLEK

Katarzyna **POGODA**
Mam raka,
MOGĘ MIEĆ DZIECKO

Joanna **KUFEL-GRABOWSKA**
ONKOPIŁDNOŚĆ
w praktyce

Violetta **SKRZYPULEC-PLINTA**
Sposoby na poprawę
płodności i poczęcie
ZDROWEGO DZIECKA

Paweł **KOCZKODAJ**
WCZESNE WYKRYWANIE
raka piersi

Azymut na
ZDROWIE POLEK
DIAGNOSTYKA
raka piersi

PRZEDWCZESNA
MENOPAUAZA

Marcin **BARYLSKI**
NIEDOKRWISTOŚĆ
ma ponad połowa osób
poddawanych leczeniu
przeciwnowotworowemu

Jakub **ŻOLNIEREK**
Coraz lepsze możliwości
leczenia RAKA PĘCZERZA

Jacek **JASSEM**
EUROPEJSKI KODEKS
OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

Wspólna droga do zdrowia

06

Mam raka,
mogę mieć
dziecko

14

Azymut
na zdrowie
Polek

12

Suplementy
diety na
wspomaganie
rozrodu

26

Niedokrwistość
u osób chorych
onkologicznie

Rak
pęcherza
- coraz lepsze
możliwości

28

- 03 ELŻBIETA MARKOWSKA prezesem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
- 04 Razem możemy lepiej pomóc pacjentom
Wywiad z Elżbietą Markowską
- 06 ONCOFERTILITY:
Mam raka, mogę mieć dziecko
- 07 KOMENTARZ MINISTER ZDROWIA
IZABELI LESZCZYNY
- 08 ONKOPŁODNOŚĆ W PRAKTYCE,
czyli „zielone światło” na dziecko
Dr Joanna Kufel-Grabowska
- 12 SUPLEMENTACJA KARNITYN
sposobem na poprawę płodności
i poczęcie zdrowego dziecka
Prof. Violetta Skrzypulec-Plinta
- 14 AZYMUT NA ZDROWIE POLEK
- 17 JAK WYGLĄDA DIAGNOSTYKA RAKA
PIERSI?
- 20 MAMMOGRAFIA
kluczowym badaniem w kierunku
wczesnego wykrywania raka piersi
Prof. Paweł Koczkodaj
- 24 PRZEDWCZESNA MENOPAUAZA
W RAKU PIERSI – jak sobie z nią
poradzić
- 26 NIEDOKRWISTOŚĆ
ma ponad połowa osób poddawanych
leczeniu przeciwnowotworowemu
Prof. Marcin Barylski
- 28 RAK PĘCHERZA:
coraz lepsze możliwości leczenia
Dr hab. Jakub Żołąnierek
- 32 EUROPEJSKI KODEKS
OPIEKI ONKOLOGICZNEJ – inicjatywa,
na którą czekają polscy pacjenci
Prof. Jacek Jassem

Zdjęcia: Freepik.com (str. 2, 6, 13, 14, 17, 18, 30, 36);
Chroma Stock (okładka, str. 2, 19, 23, 25, 36); archiwum
domowe (str. 3, 5, 7, 8, 12, 20); www.podyplomnie.pl (str.
26); źródło - Paweł Sudra/GUMed (str. 32); źródło - www.
onkomedica.pl (str. 28); źródło - www.onko-koalicja.pl
(str. 33)

ELŻBIETA MARKOWSKA

prezesem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Elżbieta Markowska została prezesem Zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Wybór dokonano podczas posiedzenia Rady Fundacji w dniu 16 czerwca 2024 roku. Elżbieta Markowska zastąpiła na stanowisku prezesa PKPO Krystynę Wechmann.

Elżbieta Markowska nowym prezesem PKPO

Elżbieta Markowska jest prezesem Zarządu Stowarzyszenia Częstochowskie Amazonki oraz wiceprezesem Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”. To aktywna kreatorka wydarzeń kierowanych do pacjentów onkologicznych. Przedsięwzięcia które inicjuje, zarówno na poziomie krajowym jak i lokalnym, spotykają się z wielką aprobatą środowisk związanych z ruchem pacjenckim¹.

Jej umiejętność zarządzania pracą organizacji pozarządowej we współpracy z administracją publiczną, rządową i samorządową oraz doświadczenie w kontaktach z szeroko pojmowanymi mediami dają gwarancję, że Zarząd Fundacji posiada w swych szeregach bardzo wartościowego członka.

Powierzając Elżbiecie Markowskiej funkcję prezesa Zarządu Fundacji PKPO podkreślono, że posiadane przez nią umiejętności przyczynią się do dalszego rozwoju Koalicji, wzrostu aktywności i reprezentatywności środowiska chorych onkologicznie.

W nadchodzącym okresie oczekiwanego systemowego wprowadzania nowych rozwiązań w ochronie zdrowia, Koalicja wraz z nowym prezesem chce w jeszcze w większym, bardziej merytorycznym zakresie, zadbać o interesy środowiska, zapewniając pacjentom możliwie jak najskuteczniejsze opcje terapeutyczne, zapewniające życie w jak najlepszej jego jakości.

*Konieczne i pilne
jest prowadzenie
dialogu ze stroną
rządową na temat
zmian systemowych
w opiece nad pacjentami
obciążonymi onkologicznie
– podkreśla Elżbieta Markowska.*



Elżbieta Markowska za swe osiągnięcia była wielokrotnie wyróżniana. Wśród tych najważniejszych jest Brązowy Krzyż Zasługi nadany przez Prezydenta RP za zasługi w działalności na rzecz ochrony zdrowia.

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

O PKPO

Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych powstała w 2009 r. pod nazwą Fundacja Polska Koalicja Organizacji Pacjentów Onkologicznych.

Genezą powstania Koalicji były doświadczenia ostatnich dekad, kiedy system finansowania onkologii w Polsce nie wytrzymał konfrontacji z niebywałym postępem w diagnostyce i terapii chorób nowotworowych i konieczne było podjęcie przez organizację pacjentów odpowiedzialnego, partnerskiego dialogu z decydentami na temat zmian w polskiej onkologii. Aby podołać wyzwaniom, w tak trudnym czasie, postanowiliśmy stworzyć możliwie najpełniejszą reprezentację organizacji pacjentów onkologicznych jako silnego uczestnika dialogu środowiska z osobami odpowiedzialnymi za politykę zdrowotną w Polsce. Chcąc mówić jednym głosem w imieniu wszystkich grup pacjentów z nowotworem, zarówno tych dotkniętych najczęściej diagnozowanymi, jaki i najrzadszymi nowotworami, zabiegamy o kompleksową opiekę onkologiczną, wspieramy wszystkie działania mogące zmniejszyć skalę zachorowań i podnieść jakość opieki oraz życia chorych.



Wydawca: Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych,
ul. Wawelska 15B pok. 03 02-034 Warszawa
Redaktor Naczelny: Agnieszka Starewicz-Jaworska
Redakcja: Iwona Kazimierska, Katarzyna Pinkosz
Reklama: Anna Motyczyńska
Skład graficzny: Ewa Ambroziewicz, Fundacja PKPO

Czasopismo „Głos Pacjenta Onkologicznego” ma charakter edukacyjny i informacyjny, nie stanowi i nie zastępuje porady lekarskiej. Redakcja dokłada wszelkich starań, aby informacje w nim zawarte były poprawne merytorycznie, jednakże decyzja dotycząca leczenia należy do lekarza. Żaden utwór zamieszczony w czasopiśmie nie może być powielany i rozpowszechniany lub dalej rozpowszechniany w jakikolwiek sposób (w tym także elektroniczny) na jakimkolwiek polu eksploatacji w jakikolwiek formie, włącznie z umieszczaniem w Internecie bez pisemnej zgody właściciela praw. Jakiegokolwiek użycie lub wykorzystanie utworów w całości lub w części z naruszeniem prawa, tzn. bez właściwej zgody, jest zabronione. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę zamieszczonych ogłoszeń i reklam, a także za błędne stosowanie prezentowanych w magazynie preparatów.

RAZEM MOŻEMY LEPIEJ POMÓC PACJENTOM

- rozmowa z Elżbietą Markowską, prezes
Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych



Kilka dni temu została Pani wybrana na stanowisko Prezesa Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, która od lat jest głosem wielu środowisk pacjentów onkologicznych, prowadzi szereg kampanii, jak „Pacjent Wykluczony” czy „PrzeŻYJMY to jeszcze raz”, aktywnie uczestniczy w rozmowach z decydentami na temat ważnych zmian w polskiej onkologii, jak Narodowa Strategia Onkologiczna, Krajowa Sieć Onkologiczna. Bez działań Koalicji na pewno wiele rzeczy nie zadziałyby się w polskiej onkologii. Chciałoby się zapytać: co dalej po zmianie na stanowisku Prezesa?

Przede wszystkim chciałam powiedzieć, że jestem niezmiernie wdzięczna za to, że zostałam dostrzeżona; nie tylko jako ja, ale także Częstochowskie Amazonki, jako organizacja działająca w regionie na rzecz pacjentów. Wzory dla wielu akcji, które organizowałyśmy w Częstochowie, czerpaliśmy z działań prowadzonych przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych. Gdy uczestniczyłam w konferencjach organizowanych przez PKPO, podczas których rozmawialiśmy na temat pacjentów onkologicznych i polskiej onkologii, to wszystko to potem starałam

się przełożyć na działalność lokalną w Częstochowie, ale też pokazać, że również w mniejszych regionach można wiele zrobić.

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych prowadzi wiele znakomych projektów, programów, uczestniczy w zmianach, które mają poprawić opiekę nad pacjentami onkologicznymi. Pani Minister Izabela Leszczyńska niedawno wspomniała, że od 1 lipca br. pierwsze szpitale zaczną być już kwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej. Wiemy, że w ramach KSO bardzo ważną rolę będzie odgrywał koordynator pacjenta. Do sieci wejdą też mniejsze szpitale, po spełnieniu określonych kryteriów: to dla pacjentów bardzo ważne, gdyż będą lepiej leczeni.

Chciałam też bardzo podziękować Prezes Krystynie Wechmann za wszystko, co zrobiła przez tyle lat w Koalicji. Krystyna była i jest twarzą Amazonek i twarzą Koalicji; i mam nadzieję, że nadal nią będzie. Ma ogromną charyzmę, wszyscy wiele jej zawdzięczamy, potrafiła zjednać sobie decydentów, rozmawiać z nimi, dzięki niej udało się wprowadzić wiele dobrych zmian dla pacjentów. To nie kto inny jak właśnie Krysia w imieniu Federacji Amazonek zgłosiła mnie do władz Koalicji. To daje pewność, że nadal będziemy mogły współpracować: Krysia jako prezes, a ja jako wiceprezeska Federacji.

W onkologii jest przecież jeszcze wiele rzeczy do zrobienia. Na pewno chciałabym, żeby Koalicja kontynuowała swoją dotychczasową pracę, przede wszystkim wspierając wszystkich pacjentów onkologicznych, bez względu na chorobę, na którą pacjent cierpi. Będziemy nadal edukować, prowadzić kampanie społeczne, rozmawiać z decydentami. Chciałabym też, by inicjatywy lokalne pączkowały na inne regiony, zmieniały się w szerokie kampanie na rzecz pacjentów onkologicznych.

Od wielu lat kieruje Pani pracą Stowarzyszenia Częstochowskie Amazonki. Jak to się stało, że zaangażowała się Pani w taką działalność?

Kiedy w 2005 roku zachorowałam na raka piersi, w szpitalu odwiedziła mnie wolontariuszka, ochotniczka ze stowarzyszenia Częstochowskie Amazonki. Byłam wtedy w ogromnym lęku, myślałam tylko, czy będę żyła. To, co wtedy usłyszałam, zapamiętam do końca swoich dni. Powiedziała, że ona jest już 5 lat po operacji; dla mnie wtedy to było coś niesamowitego. Lekarze mówili, że rak został u mnie

szybko zdiagnozowany, dlatego są duże szanse, że wszystko będzie dobrze, ale mimo to był we mnie przede wszystkim strach. Ona pokazała mi, że żyje już 5 lat; dało mi to ogromną nadzieję. Postanowiłam wtedy, że gdy wyjdę ze szpitala, to pójdę na spotkanie stowarzyszenia. Poczułam się tam jak w domu: to była niesamowita energia. Wymienialiśmy się doświadczeniami, ale też wspierałyśmy, a przede wszystkim była to ogromna radość i chęć pomagania innym.

Powoli wciągałam się w pracę, rozmawiałam z innymi kobietami, które zachorowały na raka piersi, jeździłam na szkolenia dotyczące tego, jak rozwijać organizację społeczną, jak nawzajem się wspierać. Potem przyszły smutne dni: zmarła Ela (wolontariuszka, która przyszła wtedy do mnie pierwszy raz do szpitala). Zmarła Ania Stefańczyk, założycielka częstochowskich Amazonek i pomysłodawczyni pielgrzymek na Jasną Górę, które nasze stowarzyszenie organizuje od 1997 roku; zmarła Zenia Stryczek, która była prezesem. Wtedy zostałam wybrana prezesem stowarzyszenia Częstochowskie Amazonki. Początkowo obawiałam się, czy dam sobie radę. Początkowo nie było to łatwe, jednak zawsze trafiałam na ludzi, którzy dodawali mi dużo dobrej energii.

Po drodze były jednak trudne chwile. Wrócił też nowotwór...

Guz jajnika, trzeba było szybko go usunąć. W drugiej piersi pojawiły się zmiany. Przeszłam też udar. Był lęk, co będzie dalej, jednak miałam wewnętrzną siłę i przekonanie, że jest jeszcze tyle do zrobienia. Muszę powiedzieć, że zawsze trafiałam na wspaniałych lekarzy, wspierało mnie też otoczenie, rodzina; mam cudownego syna, synową, wnuczki, które są dla mnie wspaniałymi mentorkami.

Podczas niedawnej konferencji zorganizowanej przez Częstochowskie Amazonki znakomici specjaliści – m.in. prof. Anna Latos-Bieleńska, ale też lekarze pracujący w Częstochowie, mówili o nowoczesnym leczeniu nowotworów. Sala wypełniona studentami, uczniami, przedstawicielami samorządu. Najważniejszym przekazem było jednak to, że dziś wiele nowotworów można skutecznie leczyć, nie trzeba się ich bać?

Od wielu lat realizujemy w Częstochowie projekt „Amazonki w trosce o innych”, odbywają się debaty, konferencje, Marsz Różowej Wstążki. W tym roku po raz pierwszy zorganizowałyśmy konferencję naukową, na prośbę pani naczelnik wydziału zdrowia w Częstochowie – dla studentów wydziału lekarskiego, który powstał u nas, dla przyszłych studentów, ale też dla środowiska medycznego, dyrektorów szpitali w całym regionie. Chcieliśmy pokazać środowisku naszych lekarzy, wspaniałych fachowców, ale też to, jak wiele jest nowości w diagnostyce, radioterapii, leczeniu raka piersi, płuca, nowotworów ginekologicznych. Chcieliśmy pokazać, że również

w mniejszych ośrodkach pacjenci mogą być bardzo dobrze leczeni, nowoczesnie, zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, a raka nie trzeba się bać, tylko leczyć.

Bać się nie trzeba, ale trzeba badać się profilaktycznie: i o tym też mówicie, m.in. organizując lekcje w szkołach, Marsz Różowej Wstążki?

Marsz Różowej Wstążki organizujemy od 2008 roku pod hasłem „Bądź zdrowa, Mamo”. Oczywiście, nie chodzi o to, żeby maszerować, tylko by zachęcać do badań profilaktycznych. Dzięki badaniom przeprowadzonym w czasie tych akcji zostało uratowanych wiele kobiet. Wszystko zawsze starałyśmy się tak zorganizować, żeby osoby, które otrzymały nieprawidłowy wynik, jak najszybciej trafiły do lekarzy na dalszą diagnostykę.

A jeśli chodzi o edukację w szkołach, to przyczynkiem było spotkanie Amazonek kilka lat temu u Pani Prezydentowej. Mówiliśmy wtedy o edukacji zdrowotnej w szkołach. Gdy wróciłam potem do Częstochowy, zaczęłyśmy rozmawiać z władzami miasta, jak taką edukację zorganizować. Nasz Prezydent bardzo zainteresował się tym tematem; prosił, żebyśmy wymyśliły konkretny program. Tak powstała akcja „Zostać samobadaczem roku. Rak nie zna metryki: badaj piersi, badaj jądra”. Kontynuujemy ją od wielu lat. Na spotkania z uczniami przychodzimy z pielęgniarką, z lekarzem; mamy fantomy do badania piersi, do badania jąder, pokazujemy filmiki edukacyjne, jak prawidłowo wykonywać samobadania. Akcja cieszy się dużym zainteresowaniem, a niedawno dyrektor zespołu szkół ekonomicznych zdopingował uczniów i... mamy już młodych ambasadorów, którzy przekazują wiedzę swoim koleżankom i kolegom! To znakomicie działa.

W jakim kierunku powinna działać Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, by z jednej strony edukować pacjentów odnośnie nowych sposobów leczenia, praw pacjentów, a z drugiej – uczestniczyć w dyskusjach z decydentami na temat zmian w polskiej onkologii?

Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych działa na rzecz wszystkich pacjentów onkologicznych. Dlatego na pewno warto kontynuować kampanie edukacyjne, rozwijać je, ale też dyskutować z decydentami. Dzięki rozmowom z pacjentami, możemy podpowiadać decydentom, co jest potrzebne, jakie rozwiązania sprawdzają się, co trzeba zmienić. Cieszę się, że jest Koalicja, że jej członkami jest tak wiele różnych organizacji pacjentów, że możemy działać razem, współpracować, wymieniać się doświadczeniami, być dla siebie nawzajem wskazówką, wsparciem. Oczywiście jest to, że czasem mamy różne zdania, dyskutujemy, czasem nawet ostro się spieramy. Najważniejsze jest jednak to, żeby nie obrażać się, działać razem, gdyż razem możemy zrobić więcej dla pacjentów onkologicznych.

ONCOFERTILITY: Mam raka, mogę mieć dziecko

Onkopłodność, czyli oncofertility to stosunkowo młoda interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która łączy onkologię i medycynę rozrodu w celu zachowania płodności u pacjentów onkologicznych. Mimo, że leczenie onkologiczne służy poprawie zdrowia, może przyczynić się do pogorszenia funkcji rozrodczych i w dalszej konsekwencji do niepłodności. Leczenie onkologiczne takie jak chemioterapia, radioterapia i chirurgia może znacząco wpłynąć na zdolność do posiadania dzieci. Istotne jest zatem podjęcie odpowiednich działań jeszcze przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego, aby umożliwić pacjentkom i pacjentom posiadanie potomstwa w przyszłości.

1 czerwca br. wszedł w życie ministerialny program medycznego wsparcia zapłodnienia pozaustrojowego i leczenia niepłodności metodą in vitro. Ma funkcjonować do końca 2028 roku, a na jego finansowanie przeznaczono w budżecie państwa 500 mln zł na każdy rok.

Są już wyłonione placówki, w których będzie realizowany program leczenia metodą in vitro. W ramach programu będzie możliwe zabezpieczenie płodności u pacjentów onkologicznych. – To szansa dla wielu osób, które nie mogły mieć dziecka – podkreślają eksperci.

Niezwykle ważne jest to, że po raz pierwszy polski ogólnokrajowy program uwzględnia oncofertility, czyli onkopłodność.

– Nad programem pracował z wielką determinacją zespół 14 wybitnych ekspertów: byli to najlepsi z najlepszych specjalistów z wielu dziedzin medycyny. To dla nas priorytet, żeby wszyscy, którzy chcą mieć dzieci, mogli zostać rodzicami – mówiła **minister zdrowia Izabela Leszczyna**, zapowiadając wejście w życie programu.

BYĆ RODZICEM PO CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ

W Polsce – podobnie jak w innych krajach wysoko uprzemysłowionych – rosną zachorowania na choroby nowotworowe, także w grupie młodych osób. – W ostatnich latach podwoiła się np. liczba młodych kobiet z rakiem piersi. Z przeprowadzonych przez nas badań wynika, że 64 proc. kobiet z rakiem piersi obawia się niepłodności po leczeniu onkologicznym. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, które nie mają jeszcze żadnego dziecka – zaznacza **dr n. med. Katarzyna Pogoda** z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Niektóre rodzaje leczenia onkologicznego czasowo lub trwale mogą upośledzać funkcje gonad (przyp. red. jajników lub jąder) i utrudniać zajście w ciążę.

– W przypadku raka piersi szczególnie chodzi o chemioterapię, zwłaszcza o cyklofosfamid stosowany w tzw. czerwonej chemii. Powoduje on, że jajniki szyb-

iej się starzeją. Lek jest jednak bardzo skuteczny, dlatego w niektórych przypadkach musi być stosowany. Kolejnym problemem jest czas leczenia: u pacjentek z hormonozależnym rakiem piersi, który jest najczęstszym podtypem raka piersi, stosuje się hormonoterapię. Leczenie trwa nawet 5-10 lat, i to jest problem, bo kobieta często nie może tak długo czekać z zajściem w ciążę. W niektórych przypadkach można jednak na pewien czas przerwać hormonoterapię, by pacjentka zaszła w ciążę i urodziła dziecko, a potem wróciła do leczenia. Oczywiście, każdą sytuację trzeba rozpatrywać indywidualnie – dodaje dr Katarzyna Pogoda.

CIAŻA BEZPIECZNA DLA MAMY I DZIECKA

Z punktu widzenia bezpieczeństwa kobiety i dziecka jest możliwe urodzenie dziecka po zakończeniu leczenia onkologicznego: także dlatego, że jego wyniki w ostatnich latach są coraz lepsze – coraz częściej jest możliwe wyleczenie lub trzymanie choroby pod kontrolą przez długie lata.

– Miałam pacjentki, których wcześniej nie było stać na to, żeby w prywatnej klinice zabezpieczyć płodność. Świadomość tego, że chorują na nowotwór i mogą przez to też stracić szansę na posiadanie dziecka była dla nich ogromnym stresem. Zdarzały się sytuacje, na szczęście bardzo rzadkie, że kobieta mimo wysokiego ryzyka nawrotu raka piersi np. nie decydowała się na uzupełniającą chemioterapię, obawiając się, że nie zajdzie później w ciążę, a to było dla niej priorytetem. Mam nadzieję, że dzięki temu, że takich sytuacji już nie będzie, właśnie dzięki temu że będą refundowane metody onkopłodności – mówi dr Katarzyna Pogoda.

Bardzo ważną informacją jest to, że ciąża po zakończeniu leczenia onkologicznego jest bezpieczna dla dziecka.

– Nie zaobserwowano większego ryzyka wad wrodzonych, dzieci nie są bardziej obciążone genetycznie. Zajście w ciążę nie powoduje też ryzyka nawrotu choroby nowotworowej – podkreśla dr Katarzyna Pogoda.

MROŻENIE GAMET

– Kiedyś, gdy młoda osoba zapadała na chorobę nowotworową, musiała pogodzić się z tym, że może już nie mieć dziecka. Obecnie wiemy, że już przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego możemy zabezpieczyć komórki jajowe, by wtedy, gdy kobieta będzie w remisji, mogła zdecydować się na zajście w ciążę dzięki in vitro. W Polsce o onkopłodności do tej pory mówiło się niewiele, inne kraje już wiele lat temu przyjęły rozwiązania prawne w tym względzie – podkreśla senator **dr Agnieszka Gorgoń-Komór**, kardiolog, przewodnicząca Parlamentarnej Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia.

Modele opieki nad osobami młodymi, chcącymi zachować płodność, funkcjonują już od wielu lat w niektórych krajach: najczęściej zamraża się wcześniej pozyskane komórki jajowe, plemniki albo zamraża się zarodki uzyskane metodą in vitro. Innym sposobem zabezpieczenia płodności jest laparoskopowe usunięcie zdrowej tkanki jajnika jeszcze przed

rozpoczęciem leczenia onkologicznego, zamrożenie i wszczęcie po zakończeniu leczenia.

W ramach rządowego programu refundowane będzie obecnie pobranie i przechowywanie gamet (komórek jajowych lub plemników) przed lub w trakcie leczenia onkologicznego. W tym przypadku program obejmie kobiety od okresu dojrzewania do 40. roku życia oraz mężczyzn od okresu dojrzewania do 45. roku życia. W ramach programu w przypadku zabezpieczenia płodności nie będzie można zamrażać zarodków. Nie będzie też możliwe zamrażanie tkanki jajnika (np. w przypadku dziewczynek przed okresem dojrzewania).

– Tej metody zachowania płodności nie uwzględnia ustawa, która weszła od 1 czerwca. Myślę, że z czasem to się zmieni, potrzebne są jednak odpowiednie uregulowania prawne. Najważniejsze jest, żeby program zaczął działać i był kontynuowany – podkreśla dr Katarzyna Pogoda.



KOMENTARZ MINISTER ZDROWIA IZABELI LESZCZYNY

PROGRAM ZABEZPIECZENIA PŁODNOŚCI NA PRZYSZŁOŚĆ I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ IN VITRO FINANSOWANY Z BUDŻETU PAŃSTWA

Z wielką radością i prawdziwą satysfakcją informuję, że od 1 czerwca 2024 r., czyli Dnia Dziecka wystartował program zabezpieczenia płodności na przyszłość oraz program leczenia niepłodności metodą in vitro finansowany z budżetu państwa. Cieszę się że kilka dni temu komisja konkursowa zakończyła pracę, wybrała 58 ośrodków, które będą realizowały procedury.

To dla nas priorytet, żeby wszyscy, którzy chcą mieć dzieci, bez względu na stan zdrowia, mogli być rodzicami. To jest program dla kobiet i mężczyzn. Program dla tych wszystkich, którzy chcą doświadczyć rodzicielstwa, ale bez wsparcia medycznego nie są w stanie tego cudu rodzicielstwa po prostu doświadczyć.

Nowością i bardzo ważną też dla mnie informacją jest to, że włączyliśmy do tego programu onkopłodność. Co to znaczy? To znaczy, że kobiety i mężczyźni, którzy muszą poddać się leczeniu onkologicznemu – wycieńczającemu organizm, czasem powodującemu niepłodność – będą mogli dzięki temu programowi zamrozić swoje komórki i skorzystać z nich po zakończeniu terapii.

Program ruszył 1 czerwca 2024 r. i będzie trwał do końca 2028 r. Na program rząd przeznaczy 500 mln zł każdego roku, w sumie 2,5 mld zł. Program zachowania płodności oraz leczenia niepłodności metodą in vitro będzie dostępny dla

par – zarówno w zawiązkach sformalizowanych, jak i nieformalnych, na podstawie zgodnego oświadczenia – które przez co najmniej rok leczyły się z powodu niepłodności. W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego program wskazuje, że chodzi o rok bezskutecznych starań o dziecko. W przypadku bezwzględnej niepłodności (np. w przypadku niedrożnych jajowodów, które zostały stwierdzone podczas badań diagnostycznych lub podczas operacji lub co jest wynikiem leczenia onkologicznego) wówczas wymogu rocznego oczekiwania nie ma. Pary wówczas będą mogły bezzwłocznie przystąpić do leczenia w ramach programu. W programie będą mogły uczestniczyć również te pary, które brały udział we wcześniejszym programie rządowym lub programach samorządowych i mają przechowywane zarodki.

W programie leczenia niepłodności metodą in vitro przewidziano, że będą mogły wziąć w nim udział kobiety do 42 roku życia jeśli korzystają z własnych zarodków. W programie będą mogły również wziąć udział kobiety do 45. roku życia jeśli korzystają z dawstwa zarodków. Dla mężczyzn ustalono granicę wieku na 55. rok życia. Jeśli chodzi o tzw. onkopłodność, pobranie i przechowywanie gamet będzie dostępne dla kobiet do 40. roku życia i mężczyzn do 45. roku życia.

Rządowy program będzie obejmował sześć indywidualnych procedur wspomaganego rozrodu. Jest to najbardziej nowoczesny program finansowany ze środków publicznych w Europie.

ONKOPLÓDNOŚĆ W PRAKTYCE, czyli „zielone światło” na dziecko



**NASZA
EKSPERTKA:
dr n. med.**

Joanna Kufel-Grabowska

Onkolog kliniczna z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodnicząca Sekcji Płodności w Chorobie Nowotworowej (Oncofertility) Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Na nowotwory coraz częściej chorują osoby młode. Coraz lepsze wyniki leczenia powodują, że kobiety myślą już nie tylko o tym, żeby wyleczyć chorobę nowotworową, ale także żyć, spełniając marzenia, także o tym, by mieć dziecko. To dziś jest możliwe? Czy ciąża po zakończeniu leczenia onkologicznego jest bezpieczna?

Ciąża po chorobie nowotworowej jest możliwa i bezpieczna. Oczywiście wszystko zależy od konkretnej sytuacji: stopnia zaawansowania choroby, wieku pacjentki, ryzyka wznowy nowotworu. Nie zawsze też ciąża jest możliwa z powodu ryzyka uszkodzenia gonad w procesie leczenia onkologicznego, dlatego tak ważne jest zabezpieczenie płodności przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego.

W styczniu 2023 r. w Polskim Towarzystwie Onkologicznym powstała Sekcja Płodności w Chorobie Nowotworowej (Oncofertility), a już od czerwca 2024 r. w ramach rządowego programu in vitro pierwszy raz pacjentki chore na nowotwór, mają możliwość refundacji zabezpieczenia płodności.

Bardzo cieszymy się, że ten program wszedł. Do tej pory w Polsce nie było żadnych regulacji dotyczących oncofertility, finansowania procedur, a także odpowiedniej edukacji zarówno środowiska lekarskiego, jak pacjentów. Pacjenci bardzo często nie otrzymywali na ten temat informacji od swoich lekarzy. Nie było też dobrej współpracy między onkologią a medycyną rozrodu, co jest niezbędne, jeśli

chodzi o zabezpieczenie płodności u osób z chorobą nowotworową. Trudno się było z tym pogodzić, ponieważ metody leczenia onkologicznego w Polsce są coraz lepsze, pacjenci z nowotworami żyją coraz dłużej, a coraz częściej młode osoby chorują na raka. W wielu przypadkach jest możliwe wyleczenie lub utrzymanie choroby pod kontrolą przez długie lata. W wielu przypadkach nie ma powodu, by z powodu nowotworu rezygnować z posiadania dziecka.

Dlaczego wciąż rzadko kobiety słyszą takie informacje od lekarzy?

Myślę, że jest to pewna zaszczość wynikająca z naszych poglądów związanych z leczeniem onkologicznym. Do niedawna myśleliśmy tylko, by nowotwór wyleczyć, to było najważniejsze. Widać to zresztą w języku: wciąż bardzo często mówimy o „walce z chorobą nowotworową”. Tymczasem dziś metody leczenia są coraz lepsze, coraz skuteczniejsze.

Nie walczymy z chorobą, lecymy ją.

I w wielu przypadkach jest możliwe urodzenie dziecka po chorobie nowotworowej.

Kiedy trzeba zacząć myśleć o zachowaniu płodności?

Jeszcze zanim rozpocznie się leczenie onkologiczne. Przede wszystkim w kontekście zachowania płodności myślimy o pacjentach, którzy mają dobre rokowanie, szanse na wyleczenie lub długotrwałą remisję. Z roku na rok jest coraz więcej rozpoznań nowotworów u młodych osób. Obecnie co roku w Polsce jest ok. 13,5 tys. zachorowań na nowotwór w grupie osób do 44. roku życia, a pamiętajmy, że również wiek urodzenia dziecka w Polsce ostatnio bardzo się przesuwa.

W leczeniu jakich nowotworów trzeba myśleć o zachowaniu płodności?

Dotyczy to większości chorób nowotworowych, gdzie leczenie może mieć wpływ na płodność, upośledzać funkcje gonad. U mężczyzn są to przede wszystkim nowotwory jądra, nowotwory hematologiczne – większość z nich udaje się wyleczyć, ale leczenie często jest agresywne. U kobiet są to nowotwory ginekologiczne, hematologiczne, rak piersi. Tak naprawdę jednak każdy rodzaj zaawansowanego nowotworu może powodować upośledzenie płodności, w zależności od zastosowanego leczenia.

Czy tylko chemioterapia prowadzi do upośledzenia płodności?

Chemioterapia przede wszystkim, gdyż działa na komórki, które szybko się dzielą – stąd objawy uboczne, jak wypadanie włosów, biegunki, nudności, upośledzenie funkcji szpiku, a także upośledzenie funkcji gonad. Chemioterapia może powodować trwałą lub przemijającą niepłodność, wszystko zależy, jaką chemioterapię stosujemy, kiedy i przez jak długi czas.

Jeśli chodzi o radioterapię, to może ona być szkodliwa dla płodności, gdy jest nakierowana na obszar miednicy, zwłaszcza u dzieci: upośledza funkcjonowanie narządu rodnego, uniemożliwia prawidłowe rozciągnięcie się macicy w przyszłości i ciążę.

Jeśli chodzi o nowe metody leczenia, np. o coraz częściej stosowaną immunoterapię, to jeszcze do końca nie wiemy, jaki ma potencjał wpływu na płodność. Pierwsze obserwacje sugerują, że to metoda bezpieczna, jednak czas obserwacji jest jeszcze za krótki. Immunoterapia pobudza układ odpornościowy do niszczenia komórek nowotworowych, jednak raz „włączonego” układu odpornościowego nie potrafimy do końca wyłączyć i nie wiemy, czy i jakie będą możliwe potencjalne skutki dla płodności.

Bardzo dużym problemem jest leczenie dzieci – jest ono wyjątkowo skuteczne, udaje się wyleczyć ok. 90 proc. dzieci z nowotworów hematologicznych, często jednak jest to leczenie bardzo agresywne, może doprowadzić do sytuacji, kiedy dziewczynki nie będą miały szansy mieć w przyszłości dzieci, dlatego ważne jest też, by zabezpieczać płodność także u dzieci. W przypadku dziewczynek jest to mrożenie tkanki jajnika, w przypadku chłopców po okresie dojrzewania - mrożenie nasienia.

Czy płodność po leczeniu onkologicznym może wrócić?

Tak, wiele zależy od rodzaju zastosowanego leczenia i jego czasu. Jednak np. w przypadku raka piersi do 10 proc. kobiet jest w stanie zająć w ciążę po zakończeniu leczenia, a z ankiet i badań wiemy, że ponad 60 proc. kobiet do 40. roku życia deklaruje, że chciałaby zabezpieczyć płodność. Dlatego bardzo ważna jest konsultacja ze specjalistą medycyny rozrodu zanim rozpocznie się leczenie onkologiczne.

Czy lekarze onkolodzy mają świadomość możliwości zachowania płodności?

Świadomość jest, jednak wciąż wydaje się, że najważniejsze jest leczenie onkologiczne, które trzeba szybko rozpocząć. Wiemy jednak, że odroczenie leczenia o 2-3 tygodnie nie wpływa na jego skuteczność.

Pacjentom i lekarzom często wydaje się, że gdy jest rozpoznane choroba nowotworowej, to myślenie o dziecku po leczeniu jest nie na miejscu. To nie jest prawda. Ciąża po zakończeniu leczenia może mieć nawet pozytywny wpływ na rokowanie, choć wszystko zależy od sytuacji kobiety.

Tak pozytywny wpływ ma psychika na proces zdrowienia?

Są badania pokazujące, że kobiety, które zachodziły w ciążę po leczeniu onkologicznym miały nawet lepsze rokowanie. Nie ma badania, które pokazywałoby, że urodzenie dziecka po leczeniu onkologicznym pogarsza rokowanie. Dlatego nie możemy zabraniać kobiecie podjęcia decyzji o zajściu w ciążę. Oczywiście, wiele zależy od konkretnej sytuacji, czy choroba była mocno zaawansowana, czy jest duże ryzyko nawrotu, czy należałoby jak najdłużej ją leczyć, by zminimalizować ryzyko nawrotu. Mam teraz pacjentkę, która zabezpieczyła swoją płodność, ale dowiedziała się, że ma słabą rezerwę jajnikową i nie zdecydowała się na chemioterapię uzupełniającą. Trzeba być uczciwym, informować pacjentkę o zagrożeniach, ale to ona ostatecznie podejmuje decyzję.

Jak w praktyce wygląda rozmowa z pacjentką na temat zachowania płodności?

Gdy podczas konsylium kwalifikujemy pacjentkę do leczenia, to jeśli jest to osoba w wieku rozrodczym, pytamy, czy ma dzieci i czy zakończyła już plany prokreacyjne, ponieważ to leczenie może powodować, że w przyszłości posiadanie dzieci nie będzie możliwe. Pytamy, czy chciałaby zabezpieczyć płodność; gdyż to jest dobry moment, żeby o tym porozmawiać. Gdy pacjentka mówi, że tak, zawsze proponuję, by pozostała po konsylium, siadam z nią rozmawiam, opowiadam, jak to wygląda: trzeba zgłosić się do lekarza specjalisty medycyny rozrodu, podając ośrodku, z którymi współpracujemy. Wiem, że ten kontakt jest bardzo szybki – pacjentka w ciągu 48 godzin jest skonsultowana przez ginekologa. Gdy wie, kiedy będzie pobranie komórek jajowych, dostosowujemy termin chemioterapii.

Bardzo ważne jest to, że od czerwca zachowanie płodności w przypadku chorych onkologicznie jest refundowane.

Nie powoduje to długiego odroczenia leczenia?

W praktyce do ok. 2 tygodni. Pacjentki mówią, że bardzo się cieszą, że dostają taką informację, bo z reguły już słyszały, że jest możliwe zabezpieczenie płodności, a nie wiedziały, jak się w tym wszystkim odnaleźć. Bardzo ważne jest to, że od czerwca zachowanie płodności w przypadku chorych onkologicznie jest refundowane. Refundacja jest bardzo potrzebna, żebyśmy mogli być cały czas w kontakcie ze specjalistami medycyny rozrodu. Na pewno ta współpraca, dzięki programowi, zacieśni się, co będzie z korzyścią dla pacjentów. Bardzo ważne jest, żeby informacja na temat ośrodków, które realizują

program, dotarła do ośrodków onkologicznych, żebyśmy mogli szybko przekazywać ją pacjentom. Na pewno też informacje na temat ośrodków znajdą się na stronach internetowych towarzystw naukowych, m.in. Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu.

Kiedy jest ten moment po leczeniu onkologicznym, gdy daje Pani zielone światło: tak, może Pani zająć w ciążę?

Wszystko to jest bardzo indywidualnie, w dużej mierze zależy od wieku, ryzyka nawrotu choroby. Mam teraz pacjentkę w wieku 28 lat z rakiem piersi. Wiem, że ma przed sobą jeszcze ok. 10 lat, by zająć w ciążę, można z tym jeszcze poczekać. W innej sytuacji jest kobieta, która ma 38 lat, nie ma jeszcze dziecka, a bardzo chciałaby je mieć. Mam też pod opieką młode kobiety, które miały wyjściowo mocno zaawansowaną chorobę, duże ryzyko nawrotu. Staram się je namówić, by jeszcze poczekały i nie przerywały leczenia, by zajście w ciążę było bezpieczne. Nie możemy jednak pacjentce narzucać swojej woli. Ja mogę tłumaczyć, uzasadniać, ale zawsze to kobieta podejmuje indywidualną decyzję. Mam teraz pod opieką chorą z zaawansowanym czerniakiem, która zakończyła leczenie uzupełniające immunoterapię w czerwcu ubiegłego roku. Umówiliśmy się na styczeń na kontrolę z wynikiem tomografii komputerowej. Przyszła, będąc już w ciąży, nie zrobiła tomografii, bo wiedziała, że to niebezpieczne dla dziecka. Nie odczekała nawet tego minimalnego okresu antykoncepcji, który jej zalecałam. Muszę powiedzieć, że na początku padł na mnie strach, jednak potem pomyślałam, że to jej decyzja.

W ramach rządowego programu in vitro refundowaną metodą zabezpieczenia płodności dla chorych onkologicznie będzie metoda polegająca na pobraniu, zamrożeniu, a następnie podaniu komórek jajowych (a w przypadku mężczyzn – plemników). To optymalna metoda?

Sądzę, że tak. Bardzo cieszymy się z tego, że taka możliwość się pojawiła. W ramach programu nie ma możliwości mrożenia zarodków, jednak muszę powiedzieć, że często zdarzają się sytuacje, gdy w trakcie leczenia pacjentka rozstaje się z partnerem. Niedawno miałam taką sytuację: pacjentka ma dziś 42 lata, miała zamrożone zarodki. Teraz ma nowego partnera. Nie ma już szans, by wystymulować jej jajniki, a z drugiej strony nie wchodzi w grę urodzenie dziecka z wcześniejszym partnerem. Kilka razy już takie sytuacje widziałam, dlatego wiem, że optymalnie jest zamrozić komórki jajowe, a w przypadku mężczyzn – plemników. Mam nadzieję, że w przyszłości będzie też możliwe mrożenie tkanki jajnika.

To ważne dla dziewczynek, które jeszcze nie miesiączkują?

Tak, jest to jedyna możliwa metoda zachowania

płodności u dziewczynek. Dziewczynki, które mają megachemioterapię czy radioterapię całego ciała, mogą stać się później bezpłodne. Na naszym oddziale hematologicznym są przypadki pobierania tkanki jajnika od dziewczynek, jest też prywatna klinika, która współpracuje, przeprowadza ten zabieg na swój koszt, powinno być to jednak uregulowane systemowo. Konieczne są jednak zmiany prawne.

METODY ZABEZPIECZENIA PŁODNOŚCI

Zamrożenie komórek jajowych (oocytów) – metoda finansowana od 1 czerwca 2024 r. dla pacjentek onkologicznych

Przed pobraniem komórek jajowych konieczne jest przeprowadzenie stymulacji hormonalnej. Następnie w znieczuleniu miejscowym pod kontrolą USG pobiera się komórki jajowe z jajnika. Większość publikowanych danych nie wykazuje dużej różnicy pomiędzy ilością ciąż uzyskanych w wyniku zapłodnienia komórek jajowych pobranych i wykorzystanych od razu, a zamrożonych.

Zamrożenie tkanki jajnikowej (jajnika) – metoda niefinansowana w ramach programu

Podczas operacji laparoskopowej pobiera się jajnik (lub jego fragment), zamraża, a po leczeniu onkologicznym ponownie wszczepia. Przeszczepiony jajnik (lub jego fragment) powinien podjąć z powrotem funkcję hormonalną i rozrodczą. Ta metoda jest stosowana przede wszystkim u młodych dziewcząt, przed okresem dojrzewania, u których nie można przeprowadzić stymulacji hormonalnej jajników, a także w przypadku, gdy nie można zwlekać z wdrożeniem terapii onkologicznej. W niektórych przypadkach istnieje potencjalne ryzyko przeszczepienia komórek nowotworu wraz z przeszczepionym jajnikiem.

Zamrożenie zarodków

Po stymulacji hormonalnej jajników, pobiera się komórki jajowe. Następnie dokonuje się zapłodnienia in vitro i zamrożenia zarodków w celu wykorzystania po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Mrożenie nasienia - metoda finansowana od 1 czerwca 2024 r. dla pacjentów onkologicznych

Po oddaniu nasienia przez mężczyzn materiał jest od razu przekazywany do laboratorium, gdzie podlega przygotowaniu do procesu mrożenia. Gdy nie jest możliwe uzyskanie plemników z ejakulatu, jest możliwe pobranie plemników za pomocą biopsji jąder.

Mrożenie tkanki jądra – metoda niefinansowana

Ta metoda może być zastosowana u chłopców przed osiągnięciem dojrzałości płciowej. Pobiera się i zamraża tkankę jądra, zawierającą niedojrzałe komórki odpowiedzialne za wytwarzanie plemników. Po zakończeniu leczenia onkologicznego i remisji choroby tkankę przeszczepia się do jąder, w celu podjęcia przez nie produkcji nasienia.

Proxeed PLUS
Suplement diety

Proxeed WOMEN
Suplement diety



KOMPLEKSOWE WSPARCIE PAR PLANUJĄCYCH POTOMOSTWO



NUMER 1 WŚRÓD PRODUKTÓW WSPOMAGAJĄCYCH PŁODNOŚĆ*



Proxeed Women to kompleksowy produkt o unikalnym składzie, **dedykowany kobietom w wieku rozrodczym**, zawierający m. in. L-karnitynę, acetylo-L-karnitynę, L-argininę i N-acetylocysteinę. Zawarte w nim miedź, żelazo i witamina B12 przyczyniają się do utrzymania prawidłowego metabolizmu energetycznego.

Proxeed Plus zawiera m. in. L-karnitynę, acetylo-L-karnitynę, koenzym Q10, jak również cynk, który **pomaga w utrzymaniu prawidłowej płodności, funkcji rozrodczych i prawidłowej syntezie DNA**. Składnikiem produktu jest również selen, który przyczynia się do **prawidłowego przebiegu spermatogenezy** i pomaga w ochronie komórek przed stresem oksydacyjnym.

*1. miejsce wg konsumentów w kategorii: Preparaty wspomagające płodność dla kobiet i mężczyzn w XII. edycji ogólnopolskich badań konsumenckich 2023 „Konsumencki Lider Jakości”.

Proxeed Plus – suplement diety. Wartość odżywcza w 2 saszetkach (10 g): fumaran L-karnityny 3450 mg, fruktoza 2000 mg, chlorowodorek acetylo-L-karnityny 1000 mg, witamina C 180 mg (225%), kwas cytrynowy 100 mg, koenzym Q10 40 mg, cynk 20 mg (200%), kwas foliowy 400 µg (200%), selen 100 µg (182%) oraz witamina B12 3,0 µg (120%). *Referencyjne wartości spożycia: Składniki: sacharoza, fruktoza, chlorowodorek acetylo-L-karnityny, kwas L-askorbinowy (witamina C), kwas cytrynowy, mleczan cynku, aromat: cytryna, substancja słodząca: Acesulfam K, drożdże wzbogacone 0,2% selenem, koenzym Q10, substancja przeciwzbrylająca: dwutlenek krzemu, cyjanokobalamina 0,1% (witamina B12), kwas foliowy. Rekomendowane spożycie: 2 saszetki dziennie, spożyte przed posiłkami rano i wieczorem. 1 saszetkę rozpuścić w 200 ml wody lub soku pomarańczowego. Zaleca się stosowanie produktu Proxeed® Plus przez co najmniej 6 miesięcy. Ostrzeżenia: Nie przekraczać porcji zaleconej do spożycia w ciągu dnia. Suplementy diety stanowią skoncentrowane źródło odżywcze, ale nie mogą być stosowane jako zamiennik zróżnicowanej diety i zdrowego trybu życia. Nie spożywać po upływie terminu ważności, który zamieszczony jest na opakowaniu. Nie należy stosować produktu w przypadku nadwrażliwości na jeden ze składników produktu Proxeed® Plus. Produkt ten nie jest zalecany u dzieci poniżej 12 roku życia. Zawartość opakowania: 30 saszetek po 5 g każda. Przechowywanie: Produkt należy przechowywać w temperaturze pokojowej (15-25 °C) i chronić przed światłem. Przechowywać w sposób niedostępny dla małych dzieci. **Proxeed Women** – suplement diety. Wartość odżywcza na saszetkę (6 g): L-karnityna 500 mg (jako fumaran L-karnityny 863 g), L-arginina 500 mg, acetylo-L-karnityna 250 mg (w postaci chlorowodoru acetylo-L-karnityny 295 mg), witamina C 90 mg (112,5%), N-acetylocysteina 50 mg, witamina E 30 mg (250%), żelazo 7 mg (50%), kwas pantotenowy (witamina B5), 6 mg (100%), cynk 5 mg (50%), miedź 0,5 mg (50%), Beta-karoten 4,8 mg (dostarcza 900 µg witaminy A) (100%), kwas foliowy 400 µg (200%), witamina D3 5 µg (100%), selen 27,5 µg (50%), witamina B12 2,5 µg (100%). *Referencyjne wartości spożycia: Składniki: maltodekstryna, kwas cytrynowy bezwodny (E330), fumaran L-karnityny, L-arginina, regulator kwasowości: wodorocyttrynian sodu (E331), chlorowodorek acetylo-L-karnityny, sproszkowany octan DL-α-tokoferolu 50% (witamina E), kwas L-askorbinowy (witamina C), sproszkowany beta-karoten 10%, uwodniony glukonian żelaza (żelazo), N-acetylocysteina, aromat pomarańczowy, trójwodny mleczan cynku (cynk), substancje słodzące: acesulfam K (E950), sacharynian sodu (E954), substancja przeciwzbrylająca: uwodniony dwutlenek krzemu (E551), drożdże wzbogacone selenem do 0,2% (selen), D-pantotienian wapnia (witamina B5), cyjanokobalamina 0,1% (witamina B12), chlorowodorek pirydoksyny (witamina B6), cholekalcyferol 0,25% (witamina D3), bezwodny siarczan miedzi (miedź), uwodniony kwas foliowy. Rekomendowane spożycie: 1 saszetka dziennie. Rozpuścić zawartość 1 saszetki w 200 ml niegazowanej wody. Ostrzeżenia: Nie przekraczać porcji zaleconej do spożycia w ciągu dnia. Suplementy diety stanowią skoncentrowane źródło odżywcze, ale nie mogą być stosowane jako zamiennik zróżnicowanej diety i zdrowego trybu życia. Nie spożywać po upływie terminu ważności, który zamieszczony jest na opakowaniu. W przypadku znanej nadwrażliwości na którykolwiek ze składników Proxeed Women nie należy stosować tego produktu. Nie należy podawać produktu dzieciom poniżej 12 roku życia. Należy poinformować lekarza lub farmaceutę o jednoczesnym przyjmowaniu produktów leczniczych. Zawartość opakowania: 30 saszetek po 6 g każda. Przechowywanie: Przechowywać w temperaturze pokojowej (15-25 °C), chronić przed światłem. Przechowywać w sposób niedostępny dla małych dzieci. W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji należy zwrócić się do: Alfasigma Polska Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807, Warszawa, Tel. +48 22 824 03 64. Dystrybucja: Wyprodukowano dla Alfasigma Polska Sp. z o.o., przez: E-Pharma Trento S.p.A. – Trento, Włochy. Proxeed® jest zarejestrowanym znakiem towarowym: Alfasigma s.p.a. – Bologna (BO), Włochy. Aby uzyskać więcej informacji proszę skontaktować się z: Alfasigma Polska Sp. z o.o. Tel. +48 22 824 03 64 Fax: +48 22 822 97 71 e-mail: info.pl@alfasigma.com

SUPLEMENTACJA KARNITYN

sposobem na poprawę płodności
i poczęcie zdrowego dziecka

Chęć posiadania potomstwa to jeden z najważniejszych celów, jakie przyświecają człowiekowi. Niestety w dzisiejszych czasach coraz więcej par zmagają się z różnego rodzaju problemami w zakresie prokreacji. Statystyki nie kłamią – problemy z płodnością dotyczą coraz większej liczby osób - biorąc pod uwagę nasze polskie społeczeństwo problem niepłodności w Polsce dotyczy ponad 20% par – czyli około 1-1,5 miliona małżeństw/związków w wieku rozrodczym. Jest to ogromna liczba - o tym jak można pomóc parom w wieku rozrodczym opowiada nam w wywiadzie prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta.



NASZA EKSPERTKA:

prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

Polska ginekolożka-położniczka, endokrynolożka i seksuolożka, Kierowniczka Katedry Zdrowia Kobiety oraz Zakładu Zdrowia Reprodukcyjnego i Seksuologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wśród par dotkniętych niepłodnością
czynnik żeński jest równie częstą przyczyną
braku ciąży, jak czynnik męski.

Co jest główną przyczyną niepłodności?

Według badań przyczyną niepłodności u 40% kobiet są zaburzenia owulacji. Rosnąca w Polsce tendencja do późniejszego macierzyństwa wpływa na pogarszanie się zdolności reprodukcyjnych kobiet. Prawidłowa jakość oraz liczba komórek jajowych (oocytów) spada wraz z wiekiem.

W świetle najnowszych badań sugeruje się, że zachowanie prawidłowej jakości oocytów koreluje z zachowaniem prawidłowej funkcji mitochondriów.

A jak problem niepłodności wygląda u mężczyzn?

Doniesienia ostatnich lat wskazują, że główne przyczyny męskiej niepłodności stanowią:

- stres oksydacyjny,
- apoptoza plemników,
- oraz fragmentacja DNA.

Około 80% przyczyn niepłodności męskiej wiąże się ze stresem oksydacyjnym i zmniejszonym poziomem zdolności antyoksydacyjnej plemników.

Coraz więcej ostatnio mówi się o konieczności suplementacji karnityn u mężczyzn i kobiet starających się o poczęcie. Dlaczego te substancje są tak ważne w reprodukcji?

Karnityny odgrywają kluczową rolę w płodności zarówno mężczyzn jak i kobiet.

L-karnityna jest jedyną molekułą, która transportuje długocząsteczkowe kwasy tłuszczowe do wnętrza mitochondrium w celu wytworzenia energii oraz usuwa rodniki acylowe, uszkodzające błony komórkowe i mitochondrialne, które spowalniają procesy energetyczne zarówno komórek jajowych jak i plemników.

Acetyl-L-karnityna poprawia metabolizm komórkowy i znacząco zmniejsza poziom reaktywnych form tlenu zapobiegając stresowi oksydacyjnemu.

Co można więc
zapropionować
kobietom, które
chciałyby mieć
dziecko?

Kobieta w wieku rozrodczym powinna dostarczyć swojemu organizmowi kluczowe substancje odżywcze oraz odpowiednie ilości L-karnityny i acetyl-L-karnityny, które wpływają na prawidłową regulację aktywności hormonalnej oraz wspierają utrzymywanie prawidłowej płodności.

W badaniach wykazano, że suplementacja L-karnityną i acetyl-L-karnityną wpływa korzystnie na jakość oocytów oraz zarodków, co może skutkować większym odsetkiem ciąż. Efektem suplementacji u kobiety powinna być nie tylko ciąża, ale przede wszystkim poczęcie zdrowego dziecka, wolnego od wad wrodzonych i zaburzeń genetycznych.

Suplementacja karnityn nie tylko zwiększa odsetek ciąż, ale także może chronić embriion przed uszkodzeniami spowodowanymi podwyższonym stężeniem utlenionego DNA oraz zmianami epigenetycznymi.

Taki kompleksowy preparat dla kobiet planujących potomstwo i pragnących proaktywnie zwiększyć swoją płodność powinien posiadać wielofunkcyjny system składników działających synergistycznie, który dzięki zawartym w nim witaminom i minerałom zabezpieczy komórki również przed stresem oksydacyjnym a dodatkowo zawarte w nim miedź, żelazo i witamina B12 przyczynią się do utrzymania prawidłowego metabolizmu energetycznego.

Preparat powinien zapewnić także rekomendowaną dawkę kwasu foliowego oraz witaminy D3. Jest to szczególnie istotne dla kobiet, u których występują problemy z zajściem w ciążę.



problem niepłodności dotyka
ponad 20% par

A jak mężczyźni
mogą poprawić jakość
swojego nasienia?

Jednym ze sposobów leczenia niepłodności męskiej jest przywrócenie prawidłowej równowagi oksydoredukcyjnej nasienia.

Obok znanych od dawna substancji o potencjale wymiatającym wolne rodniki, takich jak cynk i selen, do głównych substancji poprawiających tę równowagę należą L-karnityna i acetyl-L-karnityna.

Istnieje wiele dowodów naukowych, że suplementacja obu karnityn w odpowiednio wysokich dawkach (2000 mg L-karnityny i 1000 mg acetyl-L-karnityny na dobę) w połączeniu z witaminami (wit. C, wit B12, kwas foliowy), mikroelementami (cynk, selen oraz koenzymem Q10) wpływa na poprawę jakości nasienia, w szczególności ruchu postępowego plemników i ich morfologii, już po 3 miesiącach terapii.

AZYMUT NA ZDROWIE POLEK

Zdrowie kobiet powinno być objęte szczególną troską, bo w tym przypadku chodzi nie tylko o zdrowie jednej osoby, ale także o zabezpieczenie funkcjonowania całej rodziny. To kobiety odpowiadają za zdrowie rodziny, jednocześnie zapominając często o sobie. Połowa żeńskiej populacji w Polsce nie bada się regularnie, a nowotwory wykrywane są u niej często w zaawansowanym stadium.

Badania opinii pokazują, że ponad jedna trzecia Polek nie wie, z jakimi konsekwencjami może się wiązać zaniedbanie siebie i swojego zdrowia. Niestety wciąż zgłaszają się do lekarza zbyt późno, kiedy choroby są już na zaawansowanym etapie. Dotyczy to przede wszystkim nowotworów piersi i narządów rodnych – każdego roku raka piersi diagnozuje się u 22 tys. Polek, a raka szyjki macicy u 2,5 tys. Tak trudnym diagnozom można zapobiec poprzez odpowiednią profilaktykę, wzrost świadomości na temat badań kontrolnych, a także przełamywanie barier, z którymi wiele kobiet mierzy się w kontekście zdrowia – dostępność badań, a także wstyd czy lęk przed ich wykonaniem.

W 2019 r. 54 proc. kobiet w wieku 50-69 lat zadeklarowało, że w ciągu ostatnich dwóch lat wykonało mammografię. Jest to siódmy od końca wynik w UE, znacznie poniżej średniej europejskiej, która wynosi 66 proc. W 2019 r. 63 proc. kobiet w Polsce w wieku 15 lat i starszych zadeklarowało, że wykonało badanie wymazu z szyjki macicy w ciągu ostatnich trzech lat – jest to wartość nieco powyżej średniej UE, która wynosi 59,5 proc.

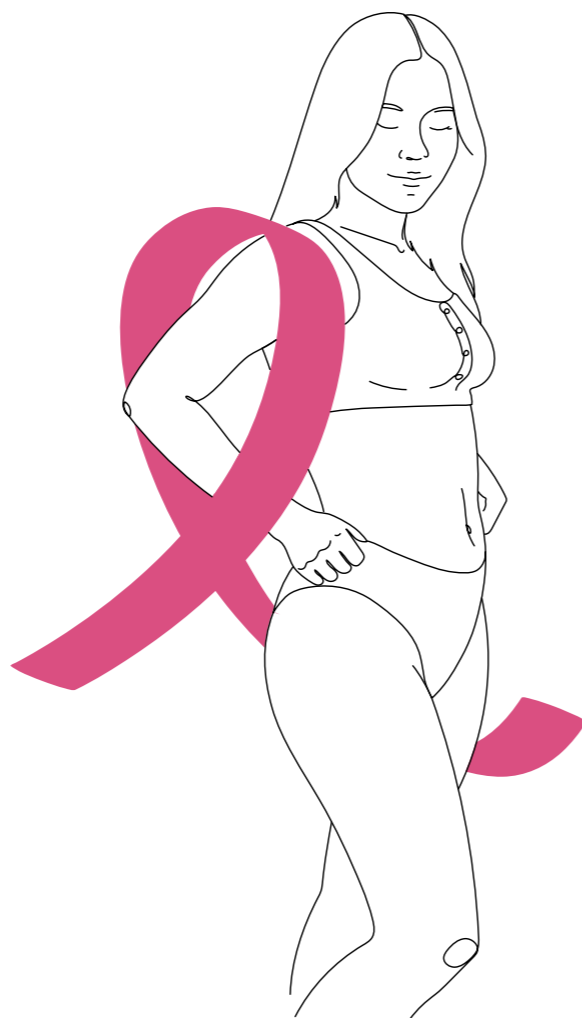
Dlaczego Polki nie uczestniczą w badaniach przesiewowych?

W Polsce prowadzone są programy badań przesiewowych w kierunku raka piersi, jelita grubego i szyjki macicy. W 2022 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało raport dotyczący profilaktyki chorób nowotworowych. Zapytano kobiety, które były adresatkami badań przesiewowych: dlaczego nie uczestniczy pani w programie badań mammograficznych? Jedną z najczęstszych odpowiedzi było „bo czuję się zdrowa”.

„To pokazuje, że kobiety nie znają roli badań przesiewowych. Powinny się na nie zgłaszać, kiedy czują się zdrowe, kiedy przychodzi odpowiedni wiek – 45-74 lata. We wspomnianym badaniu, argument „bo czuję się zdrowa” dotyczył mammografii, cytologii i kolonoskopii. Dość częsta była również odpowiedź: „lekarz mi tego nie zalecił”. Zatem działa tu zasada *not invited don't go*, czyli jeśli ktoś mnie nie zaprosi, to nie idę. Niestety, skoro lekarz na wizycie nie zaleca badań przesiewowych, odpowiedź wydaje się logiczna. To również kwestia wy tłumaczenia po co są badania, zapewnienia, że są bezpieczne, sprawdzone, rzetelne itd. Wymaga to jednak naprawdę mocnej edukacji. Brzmi jak truizm, ale niestety tak jest. Gdyby edukacja stała na wysokim poziomie i była obecna, pewnie dziś mówilibyśmy, jak to jest wspaniale, jeśli chodzi o uczestnictwo w badaniach profilaktycznych” – komentuje **dr hab. n. med. Paweł Koczkodaj**, zastępca kierownika Zakładu Epi-

demologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie.

Skutki braku zainteresowania badaniami przesiewowymi nie dają na siebie czekać. W Polsce wykrywal-



ność raka piersi we wczesnym stadium wynosi ok. 41 proc., podczas gdy w innych krajach europejskich przekracza 50 proc. To pokazuje, że wykrywamy raka zbyt późno, zbyt wiele kobiet trafia do lekarza już w stadium zaawansowanej choroby.

Wcześniej wykryty rak piersi w stadium przedinwazyjnym jest praktycznie całkowicie do wyleczenia. Rak inwazyjny również może mieć dobre rokowanie. Jeśli nie ma przerzutów, przeżycie 5-letnie wynosi aż 90 proc. Aby jednak możliwe było rozpoznanie choroby na początkowym etapie zaawansowania, konieczne jest zgłaszanie się przez kobiety na badania profilaktyczne.

Rak piersi – opóźnienia w diagnostyce

Jak pokazują dane Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2020 r. rak piersi i nowotwory ginekologiczne odpowiadały w sumie za 37 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory wśród Polek. Rak piersi jest przy tym najczęstszym nowotworem złośliwym – w Polsce co roku taką diagnozę słyszy ponad 22 tys. kobiet, a u 5-10 proc. z nich nowotwór rozpoznawany jest od razu w stopniu zaawansowanym. To powoduje, że rak piersi jest drugą – po raku płuca – przyczyną zgonów onkologicznych wśród pań, a wśród młodych Polek (20-44 lata) nawet pierwszą. Rosnąca tendencja w zakresie umieralności na raka piersi obserwowana jest od mniej więcej 15 lat. I to pomimo postępów w zakresie organizacji leczenia, diagnostyki czy dostępu do nowoczesnych opcji terapeutycznych. Zdaniem ekspertów w debacie publicznej wciąż za mało mówi się o tej chorobie. Brakuje edukacji, która w większym stopniu zachęciłaby kobiety do profilaktyki.

Poprawy wymaga nie tylko profilaktyka, ale i diagnostyka raka piersi, ponieważ wiele pacjentek po prostu „utyka w systemie”. Według opracowanego przez WHO dokumentu „*Global Breast Cancer*

Nowotwory, na które najczęściej chorują Polki

W pierwszej piątce najbardziej rozpowszechnionych chorób nowotworowych wśród kobiet znajdują się:

- rak piersi (25,3 proc. zachorowań)
- rak płuca (11,5 proc.)
- raka jelita grubego (11 proc.)
- rak trzonu macicy (10,1 proc.)
- rak jajnika (4,8 proc.)

Initiative Implementation Framework” proces diagnostyczny powinien trwać maksymalnie 60 dni. W naszym kraju ścieżka diagnostyki wstępnej i pogłębionej jest zbyt długa. Dane dotyczące realizacji kart wczesnej diagnostyki DiLO pokazują, że tylko 61 proc. tych kart jest realizowanych w wyznaczonym czasie, a w przypadku diagnostyki pogłębionej – 72 proc. To pokazuje, że w kanale diagnostycznym, kiedy już pacjentka „wskakuje” do systemu, mamy duże opóźnienia.

Za opóźnieniami w profilaktyce i diagnostyce idą statystyki dotyczące pięcioletniej przeżywalności chorych na raka piersi, która w Polsce oscyluje wokół 77 proc. W Europie sięga średnio 83 proc., a w niektórych krajach przekracza nawet 90 proc. Do niekorzystnych statystyk przyczyniają się również opóźnienia w dostępie do części nowoczesnych terapii.

Rak szyjki macicy – wysoka umieralność Polek

W 2021 r. w Polsce na nowotwór szyjki macicy zachorowało łącznie 2160 kobiet, a zmarło z jego powodu 1361 (dane KRN 2023). Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na raka szyjki macicy. Mamy za to jeden z najwyższych w Europie wskaźników umieralności. Szczyt zachorowalności na tego raka w Polsce przypada na 6. dekadę życia. Ostatnie lata wskazują na wzrost liczby zachorowań u kobiet młodszych (od 35. do 44. r.ż.).

W Polsce notujemy również jeden z najniższych w Europie odsetek przeżyć 5-letnich, będących miarą wyleczalności tego raka. Odsetek ten wynosił 48,3 proc. przy średniej europejskiej 62,1 proc. Wyleczalność zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania raka w chwili rozpoznania, typu budowy mikroskopowej, stopnia dojrzałości nowotworu, głębokości zajęcia tkanek macicy i obecności przerzutów do węzłów chłonnych.

Jak wiadomo, profilaktyka wtórna ma na celu wykrywanie raka we wczesnym stadium, gdy leczenie jest skuteczniejsze, wskaźniki przeżycia wyższe, a częstość poważnych następstw choroby (w tym zgonu) mniejsza. W przypadku raka szyjki macicy zadanie to spełniają populacyjne badania przesiewowe (skrining) oparte na teście cytologicznym. Badania te, prowadzone już prawie 50 lat, udowodniły swoją skuteczność w wielu krajach na świecie. Osiągnęły główny cel w postaci spadku umieralności z powodu tego nowotworu nawet o 80 proc.

„Profilaktyka i diagnostyka – nowoczesna, przeprowadzona profesjonalnie i na czas, to dziś klucz do sukcesu w onkologii” – podkreśla **prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński**, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, inicjator powołania i lider Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej. Głównym celem związanej na początku tego roku Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej jest opracowanie jednolitych standardów i ścieżki postępowania w diagnostyce molekularnej nowotworów kobiecych.

Rak płuca – nie ma alternatywy dla niskodawkowej tomografii komputerowej

Najczęstszym nowotworem wykrywanym u kobiet jest rak piersi, ale to nie on powoduje najczęściej zgonów. Od ponad 10 lat za największą śmiertelność odpowiada rak płuca.

Jeśli chodzi o specyfikę raka płuca u kobiet, warto podkreślić, że **15 proc.** chorych deklaruje, że nigdy nie paliła papierosów, nie wiadomo jednak, czy te kobiety są prawdziwe, tak jak nie wiadomo, czy te kobiety nie były narażone na bierne palenie. Drugą cechą charakterystyczną jest fakt, że rak płuca u kobiet częściej występuje w młodszym wieku niż u mężczyzn, to jest między 30. i 50. rokiem życia. Takich chorych jest coraz więcej.

„Jeśli chodzi o diagnostykę raka płuca, między kobietami i mężczyznami nie ma żadnych różnic, ale występują one w zakresie leczenia. **Leczenie chirurgiczne daje lepsze wyniki u kobiet niż u mężczyzn.** Przyczyną jest prawdopodobnie to, że w przypadku kobiet rak płuca wykrywany jest wcześniej i operuje się go we wcześniejszych stopniach zaawansowania” – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii.

Jak wygląda rokowanie u chorych na raka płuca? Szanse 5-letniego przeżycia u kobiet wynoszą we wszystkich stadiach zaawansowania **18,5 proc.**, u mężczyzn – **12,6 proc.** Różnica jest zatem wyraźna. Niskodawkowa tomografia komputerowa jest jedyną skuteczną metodą skринingu raka płuca, nie ma dla niej alternatywy. Trzyletni program pilotażowy ogólnopolskiego programu, który objął 18,5 tys. uczestników, dobiegł końca. W tym roku podobne działania, tylko o znacznie mniejszej skali, są prowadzone w ramach programu unijnego SOLACE, którego beneficjentem jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Zgodnie z rozporządzeniem ogłoszonym przez Ministerstwo Zdrowia od przyszłego roku skринing raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej będzie finansowany przez NFZ, a nie – jak dotąd – z funduszy unijnych. Obejmie całą Polskę i znacznie większą liczbę osób niż dotychczas.

Ministerstwo Zdrowia dokonało odpowiednich zmian w rozporządzeniu i już wiadomo, że działania będą realizowane od początku 2025 r. Jeśli do tego dojdzie, Polska będzie czwartym krajem na świecie, który ma tego rodzaju program „wmontowany” w system ochrony zdrowia finansowany ze środków publicznych – mówi **prof. dr hab. n. med. Mariusz Adamek** z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, przewodniczący Rady Naukowej programu.

Obecnie ok. 87 proc. przypadków raka płuca jest wykrywanych w Polsce w późniejszych, nieoperacyjnych stadiach choroby. Jeszcze kilka lat wcześniej poziom ten wynosił ok. 80 proc., ale niestety po pandemii COVID-19 wskaźniki się pogorszyły. Tylko 13 proc. chorych w momencie wykrycia nowotworu kwalifikuje się do leczenia radykalnego, czyli operacyjnego, ewen-

tualnie z uzupełnieniem w postaci chemioterapii i/lub radioterapii. Przy czym ten problem nie dotyczy jedynie Polski, ponieważ średnia europejska wynosi obecnie 16-18 proc.

Po analizie wniosków z pilotażowego skринingu raka płuca, nie ulega wątpliwości, że do ogólnopolskiego programu bezwzględnie należy włączyć lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Druga kwestia – świadomość społeczna i skuteczna komunikacja. *Wbrew temu, co się powszechnie uważa, uczestnicy programu – osoby spełniające takie warunki jak odpowiedni „staż” palenia papierosów oraz wystąpienie jednego z czynników ryzyka – bardzo chętnie do niego dołączają, jak tylko ktoś im dobrze wytłumaczy jego cele i uzasadnienie. Co więcej, wykazują się oni aktywnością, sami z siebie zadają pytania, dopytują o różne rzeczy. Widać, że osoby palące papierosy przez wiele lat mają jednak pewne refleksje i przemyślały ten temat* – podkreśla prof. Adamek.

Do leczenia celowanego niezbędna jest precyzyjna diagnostyka

Medycyna personalizowana, polegająca na leczeniu odpowiednio dobranych pacjentów odpowiednio dobranym lekiem we właściwym czasie, to obowiązujący obecnie trend w terapii chorych na nowotwory.

Włączenie w odpowiednim momencie terapii dopasowanej na podstawie profilu molekularnego pacjenta zamiennie zwiększa skuteczność leczenia i minimalizuje działania niepożądane.

Jednak niezbędnym warunkiem powodzenia terapii celowanej jest diagnostyka molekularna, czyli wnikliwa ocena genetyczna komórek nowotworu i określenie przewidywanej podatności na konkretne leczenie. Niestety, jak podkreślają eksperci, w obszarze diagnostyki raka płuca mamy w Polsce wiele do nadrobienia.

Nie można prawidłowo leczyć raka bez wykonania precyzyjnej diagnostyki. Gdy podejmiemy złe decyzje terapeutyczne przez brak odpowiedniej diagnostyki, to czasu nie da się potem cofnąć. Pacjenta nie będzie można tak skutecznie leczyć, jak byłoby to możliwe – mówił **prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski**, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

JAK WYGLĄDA DIAGNOSTYKA RAKA PIERSI?

Raka piersi rozpoznaje się na podstawie badania histopatologicznego oraz obrazowego. Badanie histopatologiczne polega na pobraniu tkanki guza za pomocą biopsji.

Należy pamiętać, że rozpoznanie raka piersi jest możliwe wyłącznie dzięki biopsji gruboigłowej piersi.

Wynik badania histopatologicznego – biopsji musi zawierać takie informacje jak:

- **INWAZYJNOŚĆ** – czyli, czy występują przerzuty nowotworu do innych narządów,
- **PODTYP RAKA PIERSI** – najczęściej występującym jest rak przewodowy – występuje u ok. 70% chorych; u ok. 20% chorych diagnozuje się raka bez specjalnego typu tzw. NST (z ang. No Special Type) lub zrazikowy. Pozostałych kilka procent to inne, bardzo rzadkie podtypy,
- **STOPIEŃ ZŁOŚLIWOŚCI NOWOTWORU** określa się go w 3-stopniowej skali:
 - » G1 – nowotwory najmniej złośliwe, czyli najwolniej rosnące,
 - » G2 – typ pośredni,
 - » G3 – nowotwory najbardziej złośliwe, szybko rosnące i najczęściej dające przerzuty,

- **STAN RECEPTORÓW/PODTYP BIOLOGICZNY** – ich określenie jest bardzo istotne w całym rozpoznaniu, ponieważ to od nich zależy dobór metody leczenia. Informację o typie nowotworu daje wynik badania histopatologicznego materiału, który został uzyskany z biopsji gruboigłowej.

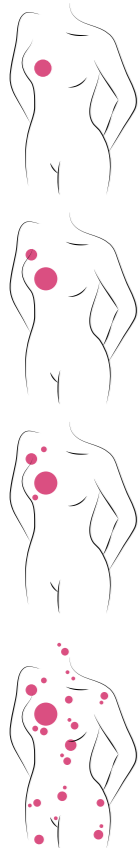
Rozróżniamy receptory:

- » hormonalne – estrogenowe i progesteronowe – ich obecność warunkuje zastosowanie jednej z metod leczenia, jaką jest hormonoterapia,
- » HER2 – to białko receptorowe zaangażowane w przekazywanie komórkom sygnałów związanych z kontrolą ich wzrostu i funkcjonowania. Występowanie białka HER2 jest związane z agresywniejszym wzrostem nowotworu. Jeśli występuje u Ciebie nadmiar białka HER2, to mówimy, że jest to rak piersi HER2 dodatni. Ten typ nowotworu występuje u ok. 18-20% chorych, a jeśli nie masz tego receptora, to rak jest HER2 ujemny. Receptor HER2 należy do rodziny HER, w skład której wchodzi cztery receptory: HER1, HER2, HER3 i HER4. Każdy z nich ma inną rolę do spełnienia,
- » parametr Ki-67 – jego wynik w biopsji świadczy o agresywności nowotworu. Skala Ki67 odzwierciedla m.in. szybkość podziałów komórkowych – im wyższy jest Ki67, tym komórka nowotworowa szybciej się dzieli, szybciej rośnie, więcej jest takich dzielących się komórek, ale to znaczy również, że komórki lepiej zareagują na zastosowaną chemioterapię.

Badania histopatologiczne – ile się czeka na wyniki?

Na wyniki badania histopatologicznego czeka się zazwyczaj od jednego do trzech tygodni.





STADIUM 0 - WCZESNY RAK PIERSI

Stopień "0" rozpoznawany jest w przypadku bardzo wczesnej postaci nowotworu piersi, do której kwalifikowane są raki nienaciekające (przedinwazyjne). W tym stadium choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna, a prowadzone postępowanie terapeutyczne ma na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia oraz zapobiegnięcie wystąpienia raka inwazyjnego

STADIUM I i II - WCZESNY RAK PIERSI

Rak piersi w stopniu I oraz II oznacza stadium choroby, w którym lokalizacja komórek nowotworowych jest nadal ograniczona do gruczołu piersiowego i/lub najbliższych pachowych węzłów chłonnych

STADIUM III - MIEJSCOWO ZAAWANSOWANY RAK PIERSI

Rak piersi w stopniu III nazywany jest miejscowo zaawansowanym i oznacza przerzuty nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych pachowych i/lub węzłów pod/nadobojczykowych czy piersiowych przy braku przerzutów do narządów odległych. Może naciekać skórę i ścianę klatki piersiowej czy też przybrać postać raka zapalnego

STADIUM IV - ZAAWANSOWANY RAK PIERSI

Uogólniony (rozsiany) rak piersi jest najbardziej zaawansowaną postacią tego nowotworu (wg klasyfikacji TNM jest to nowotwór w stopniu IV) i oznacza obecność przerzutów odległych, np. w kościach, płucach, wątrobie lub w mózgu. Zaawansowany rak piersi to także stadium nawrotu choroby, za które uznajemy zarówno miejscową wznowę, jak i przerzuty w odległych narządach. Nawrót raka piersi następuje u około 20% chorych po wcześniejszym leczeniu radykalnym

Źródło: Łacko A. Leczenie w stadium uogólnienia i nawrotów (aut. książki) Jassen J. i Krzakowski M. Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Gdańsk: Via Medica, 2009

RODZAJE BADAŃ OBRAZOWYCH

Część z niżej wymienionych badań, jak mammografia czy USG, wykonuje się w ramach profilaktyki przeciwnowotworowej. Na etapie diagnostyki te badania zostają powtórzone.

• MAMMOGRAFIA

Powinna być wykonywana zawsze w obu piersiach. Pozwala na ocenę wielkości guza oraz czy nie jest to rak wielogniskowy (co oznacza, że występują liczne zmiany w jednej piersi).

Dlaczego mammografia powinna dotyczyć obu piersi, a nie tylko tej, w której jest nowotwór?

Po pierwsze – nowotwór może być jednocześnie obustronnym rakiem piersi, a po drugie – w jednej piersi pacjentka może mieć kilka ognisk raka. Zdarza się nawet, że mogą to być nowotwory o różnym podtypie biologicznym (niekiedy 3 różne w jednej piersi).

Standardem jest, że jeśli mammografia wykaże dwa ogniska nowotworowe, to trzeba wykonać dwie biopsje. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy drugi guz jest za mały, żeby wykonać biopsję gruboigłową lub guzy są położone zbyt blisko siebie – wówczas drugiego badania się nie wykonuje.

Mammografię należy wykonać zawsze w ramach diagnostyki nowotworu. Jeśli podejrzewamy raka wielogniskowego można wykonać mammografię z tomosyntezą i z podaniem kontrastu, czyli tzw. CENZ – mammografia 3D prześwietlająca pierś milimetr po milimetrze, układając ją pod różnymi kątami. Pozwala na uzyskanie 400 zdjęć piersi w trakcie jednego badania, podczas gdy dzięki klasycznej mammografii uzyskuje się 4 zdjęcia. Niestety, mammografię 3D z tomosyntezą wykonuje mała liczba ośrodków w Polsce ze względu na kosztowną aparaturę. Aby rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z nowotworem wielogniskowym wykonuje się też rezonans magnetyczny piersi. Dzięki tym badaniom uniknie się błędu podczas kwalifikacji pacjentki do zabiegu operacyjnego.

• USG

Pozwala ocenić, czy występują przerzuty do węzłów chłonnych. Czasem, jeśli węzły chłonne są widocznie powiększone, wykonuje się biopsję cienkoigłową podejrzanego węzła chłonnego w pasze. Wystąpienie przerzutów również wpływa na dobór metody leczenia. Warto pamiętać, że aby wykonać USG piersi – wymagane jest skierowanie.

• RTG KLATKI PIERSIOWEJ I USG JAMY BRZUSZNEJ

To badania dodatkowe, które wykonuje się u kobiet z bardzo zaawansowanym nowotworem, czyli gdy guz w piersi jest duży i występują przerzuty do węzłów chłonnych.

• SCYNTYGRAFIA KOŚCI, TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA ALBO BADANIE PET

Kolejne badania wykonywane w przypadku bardzo zaawansowanego nowotworu. Decyzję o rozszerzeniu diagnostyki na całe ciało, aby wykluczyć przerzuty odległe, podejmuje lekarz prowadzący na podstawie podtypu biologicznego, stanu pacjentki, wyników badań krwi, zgłaszanych przez pacjentkę dolegliwości i przede wszystkim na podstawie zaawansowania raka – większy guz oznacza większe prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów. Przy bardzo małych guzach (np. 1 cm) nie zaleca się wykonywania tomografii czy PETu, ponieważ przy małym guzie wystąpienie przerzutów odległych jest bliskie 0.

• BADANIE KRWI

Pozwala ocenić możliwość przeprowadzenia zabiegu operacyjnego czy chemioterapii itp.

• BADANIE EKG I ECHO SERCA

Te badania wykonuje się w niektórych przypadkach, aby ocenić czy pacjentka kwalifikuje się do potencjalnego przyjmowania leków, po których mogą wystąpić działania niepożądane, takie jak np. kardi toksyczność.

Materiał został opublikowany na stronie internetowej kampanii edukacyjnej „Wylecz raka piersi HER2+”

Więcej informacji na www.wyleczrakapiersi.pl



MAMMOGRAFIA

kluczowym badaniem w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi

Mammografia to jedno z najważniejszych narzędzi diagnostycznych w zakresie zdrowia kobiet. To badanie obrazowe polega na wykonywaniu rentgenowskich zdjęć piersi, które umożliwiają wczesne wykrycie zmian nowotworowych, nawet tych niewidocznych podczas rutynowego badania fizycznego. Jest to szczególnie istotne w profilaktyce raka piersi, który jest jednym z najczęstszych nowotworów u kobiet. O tym jakie jest znaczenie badań przesiewowych i o czym każda kobieta powinna wiedzieć - opowiada nam w wywiadzie prof. dr hab. n. med. Paweł Koczkodaj.



NASZ EKSPERT: prof. dr hab. n. med. Paweł Koczkodaj

Adiunkt w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym, Ambasador Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem z nominacji Association of European Cancer Leagues w Brukseli, specjalista zdrowia publicznego, edukator zdrowotny

Jakie jest znaczenie badań przesiewowych w kierunku nowotworów złośliwych, w szczególności w kierunku raka piersi?

Zdrowotne znaczenie badań przesiewowych jest ogromne. Obecnie dysponujemy trzema rodzajami badań w ramach działających od lat programów badań przesiewowych. Chodzi o: mammografię – badanie w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi, cytologię – wczesne wykrywanie raka szyjki macicy i kolonoskopię – badanie w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Od niedawna działa również program badania przesiewowego w kierunku wczesnego wykrywania raka płuca przy pomocy niskodawkowej tomografii komputerowej. To słuszny kierunek, biorąc pod uwagę, że rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych w Polsce, zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn. Wykonywanie badań przesiewowych, to jeden z głównych czynników wpływających na trendy umieralności na nowotwory złośliwe, a także zachorowalności – ponieważ cytologia i kolonoskopia może wykryć nawet zmiany przednowotworowe.

W naszej rozmowie skupiamy się na mammografii

Dysponujemy szeregiem badań naukowych dowodzących, że badania przesiewowe mają duży wpływ na umieralność nowotworową. W przypadku raka piersi warto przytoczyć np. badanie norweskie przeprowadzone w dużej grupie badanej. W przeprowadzonym w grupie 1 340 333 kobiet badaniu, zapro-

szonych do programu przesiewowego BreastScreen Norway, skierowanego do populacji kobiet w wieku 50–69 lat, zaobserwowano 20% zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi wśród zaproszonych kobiet. Jest to wynik spektakularny. Pokazuje, że dobra organizacja badań przesiewowych w przypadku raku piersi, i nie tylko, skutkuje pożądanymi efektami zdrowotnymi.

Z badań naukowych, różnego rodzaju analiz, wynika, że udział w badaniach przesiewowych jest jednym z najsilniejszych czynników wpływających na trendy umieralności na nowotwory złośliwe. W tych grupach nowotworów, które przesiewom podlegają. To co jest istotne, to zachęcanie do uczestnictwa w badaniach przesiewowych. Jeżeli chodzi o raka piersi, cytologię czy o kolonoskopię, odsetek uczestnictwa w Polsce niestety nadal jest na wysoce niezadowolającym poziomie.

W takim razie co pokazują statystyki? Jak wygląda realizacja programu profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi w Polsce?

Mówiąc o realizacji badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi, czyli programu, w którym wykonywana jest mammografia, NFZ pokazuje dane z jego realizacji, czyli z wykonywania mammografii w systemie publicznym. Obecnie, po zmianie przedziałów wiekowych włączenia do programu, bezpłatna mammografia przysługuje kobietom w grupie wiekowej 45-74 lata. Wcześniej, bez-

płatnie z programu mogły korzystać kobiety w wieku 50-69 lat. W związku z tym, że grupa została poszerzona, zaobserwowaliśmy swego rodzaju tępienie w odsetku uczestnictwa kobiet korzystających z przesiewu – poszerzyła się grupa kobiet, do których program jest adresowany.

Według danych na dzień 1 kwietnia 2024 r. tylko 26 proc. uprawnionych kobiet korzysta z programu bezpłatnej mammografii.

Warto wspomnieć, że przed 1 listopada 2023 r., czyli przed dniem, kiedy zostały wprowadzone nowe kryteria wiekowe, mieliśmy do czynienia z wyższym o mniej więcej 10 pkt. proc. uczestnictwem (ok. 36 proc.).

Chciałbym podkreślić, że są to dane NFZ, czyli tylko i wyłącznie z placówek publicznych. Należy podkreślić, że większość kobiet jednak wykonuje mammografię w systemie publicznym. Odsetek kobiet, które wykonują mammografię w prywatnych placówkach, nie jest aż tak duży. Aczkolwiek dane w raporcie OECD z 2023 r. dotyczące Polski (EU Country Cancer Profile: Poland 2023) obejmowały również system prywatny. Ów odsetek był znacząco wyższy i wynosił ponad 50 proc. uprawnionych do darmowej mammografii kobiet. To nas napawa większym optymizmem. Natomiast proszę zwrócić uwagę, że to, co widzimy w danych OECD, dotyczy poprzedniej grupy wiekowej, do której skierowany był program bezpłatnych badań mammograficznych, czyli do kobiet w wieku 50-69 lat.

Przypomnę, że by uzyskać pozytywny efekt populacyjny, odsetek uczestnictwa populacji uprawnionej powinien wynosić przynajmniej 70 proc. Niestety, nie zbliżyliśmy się jeszcze do tego odsetka w żaden sposób. Życzylibyśmy sobie, aby to, co widzimy w trendach epidemiologicznych - np. na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów czy z szacunków OECD, - żeby widoczny był efekt zdrowotny. Chcielibyśmy, aby efekt populacyjny był zbliżony do 70 proc. Oczywiście w idealnym świecie zbliżony do 100 proc.

Dlaczego Polki tak nie lubią badań przesiewowych? W przypadku innych skryningów np. raka jelita grubego czy raka szyjki macicy też nie wygląda to lepiej.

Z perspektywy troski o własne zdrowie, nie ma powodów by nie uczestniczyć w badaniach przesiewowych. Natomiast wiemy, że pojawia się wiele różnych przeszkód, które utrudniają, bądź nawet uniemożliwiają wykonanie badania. Czasami jest to problem z dostępnością, czasami jest to brak wiedzy, błędne

przekonanie na temat badania przesiewowego. Przytoczę ciekawy raport Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięsaaki i Czerniaki Sarcoma („Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków”), w którym na reprezentatywnej grupie Polaków przeprowadzono analizę. Okazało się, że 39 proc. badanych nie potrafiło wymienić żadnego bezpłatnego badania profilaktycznego w kierunku wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. Zatem pojawia się pytanie: w jaki sposób kobieta nie wiedząc, że takie badanie istnieje lub nie wiedząc w jakim celu się je wykonuje, miałaby się na nie zgłosić?

Dlatego klamrą każdej dyskusji jest edukacja zdrowotna, której brakuje od najmłodszych lat szkolnych. Na szczęście są pozytywne zapowiedzi nowej minister edukacji, minister zdrowia i ministra sportu. Lekcje o zdrowiu zostaną wprowadzone w szkołach od 2025 r.. Jest to świetna wiadomość. Czekaliśmy na to od wielu lat. Niestety wynik zdrowotny tych działań zobaczymy dopiero za dekady.

Chcielibyśmy, aby modyfikowalne czynniki rakotwórcze wpływające na występowanie nowotworów złośliwych, w tym raka piersi, były rzeczywiście ograniczane także poprzez edukację. Chodzi m.in. o nadwagę i otyłość, spożywanie alkoholu czy niską aktywność fizyczną. Są to czynniki, na które jako ludzie mamy wpływ. Oczywiście jest, że - niestety - część kobiet zachoruje. Odnotowując coraz więcej zachorowań, chcielibyśmy wykrywać je na możliwie najwcześniejszych etapach po to, aby leczenie było jak najbardziej skuteczne.

Apeluję, aby edukować, edukować i jeszcze raz edukować oraz udoskonalać sam program badań przesiewowych zwiększając jego dostępność i informując o nim.

Czy imienne zaproszenia na badania mammograficzne mogłyby poprawić zgłaszalność?

W 2016 r. została wstrzymana wysyłka zaproszeń na badania mammograficzne i cytologiczne. Rok później, w 2017 r., Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wnioski pokontrolne, w których napisała, że jedynie 7 proc. kobiet, które zgłaszały się na te badania, robiło to, bo otrzymały zaproszenie. Wydaje się, że jest to mały odsetek. Ale biorąc pod uwagę jak niskie jest uczestnictwo w badaniach przesiewowych, uważam, że nawet te 7% jest istotne. Program zaproszeń jest potrzebny.

Z mojej perspektywy należało wprowadzić udoskonalenia w systemie zaproszeń i nie wstrzymywać ich wysyłki. Być może oprócz papierowych zaproszeń można byłoby wysyłać również smsy, emaile. Warto pomyśleć o innych rozwiązaniach, które mogłyby uatrakcyjnić formę informowania o badaniach przesiewowych. Jeśli by to nie zadziałało, należałoby rozważyć inne kroki.

Wspomniałem wcześniej o Norwegii. W krajach skandynawskich od dekad nieprzerwanie prowadzi

się wysyłkę zaproszeń na przesiewy. Okazuje się, że takie działania mają sens. Widać, że to działa, jeżeli jest przeprowadzone w systematyczny sposób. Szkoda, że w Polsce, po 10 latach, zrezygnowano z tego rozwiązania nie wprowadzając w zamian innych rozwiązań. Od tamtego czasu, niestety, widziemy stały spadek odsetka zgłaszalności na badania mammograficzne w systemie publicznym.

Kiedy jest najlepszy czas, aby zgłosić się na badanie mammograficzne?

W 2022 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało raport dotyczący profilaktyki chorób nowotworowych. Zapytano kobiety, które były adresatkami badań przesiewowych: dlaczego nie uczestniczy pani w programie badań mammograficznych? Jedną z najczęstszych odpowiedzi było stwierdzenie: „bo czuję się zdrowa”. To pokazuje – wracam do kwestii edukacji zdrowotnej – że kobiety, które tak twierdzą mogą nie znać celu wykonywania badań przesiewowych. Kryterium uczestnictwa to przede wszystkim odpowiedni wiek - 45-74 lata.

Przesiewowe badania mammograficzne należy wykonywać co dwa lata.

We wspomnianym wcześniej raporcie, argument „bo czuję się zdrowa” dotyczył również cytologii i kolonoskopii. Dość częsta była również odpowiedź: „lekarz mi tego nie zalecił”. Tu znowu działa zasada not invited don't go, czyli jeśli ktoś mnie nie zaprosi, to nie idę. Niestety, skoro lekarz na wizycie nie zaleca badań przesiewowych, odpowiedź wydaje się logiczna. To również kwestia wytłumaczenia po co są badania, zapewnienia, że są bezpieczne, sprawdzone, rzetelne itd. Wymaga to jednak naprawdę mocnej edukacji. Brzmi jak truizm, ale niestety tak jest. Gdyby edukacja stała na wysokim poziomie i była obecna, pewnie dziś mówilibyśmy, jak jest wspaniale, jeśli chodzi o uczestnictwo w badaniach mammograficznych.

Z tego, co pan mówi jednoznacznie wynika, że ogromną rolę w profilaktyce raka piersi odgrywają lekarze ginekolodzy, lekarze rodzinni. Czego powinni od nich oczekiwać pacjentka?

Przede wszystkim informacji. Zdajemy sobie sprawę, że lekarze są mocno obciążeni obowiązkami administracyjnymi. Na rozmowę z pacjentem czasu zostaje niewiele. Oczekujemy jeszcze od nich pytań w rodzaju: czy pali pani papierosy?, czy była pani na badaniu przesiewowym? Dobrze byłoby, żeby lekarz po prostu wykonał minimalną interwencję: czy była pani na badaniu mammograficznym? Nie? Tutaj ma pani na karteczce informacje, co to jest za badanie, po co je się robi i gdzie można je wykonać albo

gdzie można znaleźć informacje o placówkach wykonujących je. To już byłoby naprawdę dużo.

Dwa lata temu będąc w Stanach Zjednoczonych przeprowadziłem duże badanie, które dotyczyło prawie trzymilionowej grupy Amerykanek. Badanie dotyczyło programu rocznych wizyt profilaktycznych: „Annual Wellness Visits”. Rozwiązanie to polega na tym, że każdy w ramach pakietu swojego ubezpieczenia może raz w roku pójść na wizytę profilaktyczną, będąc zdrowym. Wizyta ta dotyczy wyłącznie działań profilaktycznych. W tym badaniu wykazaliśmy, że kontakt z profesjonalistą zdrowotnym, który niekoniecznie jest lekarzem (może być profilaktykiem, może być pielęgniarką itd.), istotnie zwiększał udział w badaniach przesiewowych.

Badania przesiewowe skierowane są głównie do kobiet, które właśnie czują się zdrowe.

W przypadku mammografii wśród kobiet, które nie skorzystały z „Annual Wellness Visits”, w porównaniu z tymi, które skorzystały, różnica wyniosła 25 punktów procentowych jeśli chodzi o udział w mammografii przesiewowej. To jest bardzo duża różnica.

Wracając do pani pytania, rola lekarza jest nie do przecenienia. Lekarze mają nadal ogromny autorytet w społeczeństwie. Jeżeli lekarz powie pacjentce: powinna pani wykonać mammografię profilaktyczną dla zdrowia, dla bezpieczeństwa, dla życia, myślę, że odniesie to skutek, bo lekarz rzeczywiście ma bardzo duży autorytet.

Natomiast najgorsze co możemy zrobić, to rzucenie ulotek w przychodni. Ideologia spray and pray, czyli rozprzestrzeniania i módl się, że ktokolwiek to przeczyta, w mojej ocenie nie działa. Kolejną kwestią jest, czy ktokolwiek się do tego zastosuje. Rola lekarza POZ, znaczenie kontaktu z lekarzem czy pracownikiem opieki zdrowotnej, który jest w tym zakresie wykształcony, ma ogromne znaczenie.

Czy w ramach poprawy sytuacji badania przesiewowe w kierunku nowotworów powinny być włączone w medycynę pracy?

Od wielu lat toczy się dyskusja na temat włączenia badań profilaktycznych, onkologicznych, w medycynę pracy. Uczestnicząc od lat w różnego rodzaju dyskusjach, konferencjach, nie potrafię zliczyć, ile razy słyszałem o tym pomysle. Z mojej perspektywy ten pomysł jest świetny. Dlaczego musimy wykonać np. badanie wzroku, żeby być dopuszczonym do pracy, a dlaczego pracownica/pracownik nie musi wykonać mammografii, cytologii lub kolonoskopii, żeby być dopuszczonym do pracy albo wykazać, przede wszystkim, że jest zdrowy i że takie badanie wykonał w ciągu konkretnego interwału czasowego?

Myślę, że takie umocowanie badań przesiewowych mogłoby istotnie pozytywnie wpłynąć na częstość ich wykonywania.

W którym programie badań przesiewowych zgłaszalność jest największa, w którym najmniejsza. Co może być tego przyczyną?

W przypadku raka piersi i mammografii zgłaszalność do programu badań przesiewowych jest największa, ale podkreślam, że i tak jest niezadowolająca. Jeżeli chodzi o cytologię, również nastąpiło rozszerzenie grupy wiekowej i zgłaszalność wykazywana w danych NFZ jest na poziomie 11 proc. Natomiast jeżeli spojrzymy na dane OECD uwzględniające również prywatny system, wówczas mamy zgłaszalność na wysokim poziomie 63 proc. Ale trzeba pamiętać o tym, że mamy rozbieżne grupy wiekowe. W badaniu OECD uwzględniane są kobiety od 15 roku życia. Jeżeli chodzi o kolonoskopię, mówimy o naprawdę niskich odsetkach uczestnictwa. Kolonoskopia wy-

maga największych przygotowań i największego zaangażowania pacjenta. Procedura medyczna jest bardziej złożona niż w przypadku mammografii czy cytologii. W pandemii zgłaszalność do programu spadała nawet do poziomu 5 proc. W 2022 r. program właściwie nie działał, bo następowała zmiana organizacyjna związana z jego finansowaniem. Dane z OECD też pokazują, że wykonywanie kolonoskopii w Polsce jest na poziomie kilku procent. To naprawdę mało. Przy czym dane OECD uwzględniają również Test Fit. (przyp. red. test przesiewowy, badanie immunochemiczne kału ma na celu wykrycie krwi utajonej w kale).

Patrząc na wspomniane trzy programy przesiewowe, które funkcjonują już od lat, widzimy że przed nami jest jeszcze bardzo długa droga, aby przede wszystkim – przekonać społeczeństwo do badań, a także aby zobaczyć efekt ich funkcjonowania na poziomie populacyjnym.

Według danych na dzień 1 kwietnia 2024 r. tylko 26 proc. uprawnionych kobiet korzysta z programu bezpłatnej mammografii.

Wykonywanie badań przesiewowych, to jeden z głównych czynników wpływających na trendy umieralności na nowotwory złośliwe, a także zachorowalności.

...udział w badaniach przesiewowych jest jednym z najsilniejszych czynników wpływających na trendy umieralności na nowotwory złośliwe.

Od wielu lat toczy się dyskusja na temat włączenia badań profilaktycznych, onkologicznych, w medycynę pracy.



PRZEDWCZESNA MENOPAUAZA W RAKU PIERSI

– jak sobie z nią poradzić

Kobieta, która naturalnie wchodzi w okres menopauzy, ma kilka miesięcy, czasem nawet lat, na to, żeby się do tego przygotować, a objawy następują stopniowo. W chorobie nowotworowej menopauza następuje z dnia na dzień.

Przedwczesna menopauza jest jednym z najbardziej dokuczliwych i przygnębiających skutków ubocznych zastosowania chemioterapii u pacjentek leczonych z powodu raka piersi. Objawy menopauzy mogą u tych kobiet pojawić się w wieku 30, a nawet 20 lat i są bardziej intensywne niż w przypadku naturalnego przekwitania. Menopauza wywołana przez leczenie nowotworu jest zwykle nagła, a przedłużony niedobór estrogenu skutkuje szybciej postępującymi i bardziej natężonymi objawami niż w przypadku naturalnej menopauzy, takimi jak: uderzenia gorąca, dyspareunia czy suchość pochwy. „Przedwczesna menopauza u chorych na raka piersi jest wynikiem chemioterapii, hormonoterapii. Kobieta doświadcza wszystkich objawów menopauzy, choć PESEL wcale na to nie wskazuje. Niestety, leczenie przeciwnowotworowe prowadzi do przedwczesnego wygaśnięcia funkcji jajników” – mówi dr n. med. **Monika Łukasiewicz** z Przychodni Leczenia Niepłodności nOvum i Dębski Clinic.

Menopauza „odcina” mózgowi prąd

Jednym z objawów są uderzenia gorąca. Jak podkreśla dr Łukasiewicz, one są tylko wierzchołkiem góry lodowej, pod którym kryje się cała masa zaburzeń w obrębie mózgu, skóry, sfery seksualnej. Uderzenia gorąca wskazują na dysregulację w ośrodkowym układzie nerwowym, w podwzgórzu, które jest odpowiedzialne za termoregulację, ale tak naprawdę uderzenia gorąca wynikają z niszczenia neuronów. W związku z tym wykazano, że im więcej uderzeń gorąca, tym poważniejsze zaburzenia depresyjne u kobiety, a co za tym idzie, większe zaburzenia snu. A jak są zaburzenia snu i zaburzenia depresyjne, to występują zaburzenia funkcji poznawczych, tzw. mgła mózgowa związana z menopauzą – wyjaśnia ekspertka. Menopauza „odcina prąd”, jeśli chodzi o mózg. Mózg pracuje na estrogenach, pamięć pracuje na estrogenach. Kilkanaście lat temu wykazano, że mózg jest bardzo bogaty w receptory dla estrogenu, szczególnie w tych partiach, które są odpowiedzialne za pamięć i kojarzenie. To znaczy, że jeśli nie mamy estrogenów z różnych powodów, nasz mózg

spowalnia. Im intensywniejsze uderzenia gorąca, tym większe zaburzenia pamięci, słabszy sen i silniejsza depresja – dodaje dr Łukasiewicz. Badania przeprowadzone przez S. Schiffmana i jego zespół, udowodniły, że prawdopodobieństwo zachorowania na depresję wśród kobiet z przedwczesną menopauzą w wieku 46 lat jest dwukrotnie wyższe niż u kobiet, u których menopauza przypadła na okres od 46. do 55. roku życia. Gdy ostatnia miesiączka miała miejsce przed 40. rokiem życia, ryzyko zachorowania jest ponad sześć razy większe.

W jednym z badań ankietowych pytano pacjentki w przedwczesnej menopauzie o samopoczucie. Większość odpowiedziała „not feeling like myself”, czyli nie czuję się już tak samo, jak czułam się wcześniej.

Uczestniczki skarżyły się na zmęczenie, uczucie przytłoczenia, niską samoocenę, nerwowość, lęk, przewrażliwienie, trudności w skupieniu uwagi i podejmowaniu decyzji, płaczliwość, problemy z zapamiętaniem, większe zamartwianie się swoją przyszłością.

Seks staje się problemem

Zdrowie seksualne jest często pomijane w trakcie terapii onkologicznej i tylko niewielka część pacjentek otrzymuje informacje i edukację na temat funkcji seksualnych od swojego lekarza. Problemy w sferze seksualnej są m.in. związane z jatrogenną menopauzą i terapią obniżającą stężenie estrogenu. Ciężka suchość pochwy, bolesny stosunek, trudności z pobudzeniem i orgazmem oraz zmniejszone lub niskie libido – to codzienność chorych na raka piersi, o której to codzienności, przytłoczone chorobą, rzadko mówią.

Wyczerpanie estrogenu w organizmie prowadzi do zmian strukturalnych i czynnościowych pochwy, w tym jej atrofii (ścienienia śluzówki) i suchości. Suchość pochwy negatywnie wpływa na jakość życia i jest istotnym czynnikiem predykcyjnym niskiego pożądania seksualnego, dyspareunii (niechęć do współżycia), zmniejszonej satysfakcji seksualnej. *Atrofia pochwy powoduje bolesne stosunki, podczas których nierzadkie są urazy i krwawienia. Kolejne dolegliwości związane z menopauzą to nietrzymanie moczu, częstomocz, dysuria (bolesne oddawanie moczu), nocturia (nadmierne oddawanie moczu nocą), bakteriuria (obecność bakterii w moczu), nawracające zakażenia dróg moczowych* – wylicza dr Łukasiewicz.

Pochwa na siłowni

Niestety kobiety po leczeniu raka piersi mają bezwzględne przeciwwskazanie do hormonalnej terapii menopauzalnej. Jak zatem można u nich złagodzić objawy menopauzy ze strony pochwy? *Jeżeli chodzi o możliwości terapeutyczne, FDA zabrania stosowania dopochwowo estrogenu, testosteronu, progesteronu. Na szczęście dzięki coraz nowszym badaniom pojawiają się inne rekomendacje. Okazuje się, że małe dawki estriolu stosowane dopochwowo praktycznie nie wchłaniają się i nie mają żadnego związku ze zwiększonym ryzykiem raka piersi. Warto, żeby chora o tym wiedziała i porozmawiała o tej możliwości ze swoim ginekologiem i onkologiem* – mówi ekspertka. *Bardzo dobre opinie ma w ostatnim czasie prasteron, który jest androgenem. Prasteron będący jednocześnie dehydroepiandrosteronem (DHEA), nie ulega konwersji do estrogenów, czyli wydaje się być bezpieczny. Warto tę opcję skonsultować ze swoim lekarzem* – dodaje dr Łukasiewicz. Ekspertka wskazuje, że na świecie w atrofii pochwy stosuje się też ospemifen, który ma bardzo dobre rekomendacje u pacjentek z rakiem piersi. Przyjmuje się go doustnie. W Polsce, niestety, nie jest dostępny. Trwają badania nad możliwością zastosowania dopochwowo testosteronu. *Ja wysyłam pochwę na siłownię, czyli mówię swoim pacjentkom o możliwości rehabilitacji mięśni dna miednicy, o masturbacji celowanej, używaniu dilda, ćwiczeniach mobilizujących stawy, rozszerzaczach do pochwy.*

Przekonuję, że jeśli mają ten problem, nie powinny się z nim zamykać, tylko próbować coś robić, kiedy tylko problemy się pojawią, bo potem może być za późno.

Mezoterapia pochwy kolagenem, kwasem hialuronowym, HIFU, laseroterapia – coraz więcej się mówi o tym, że te metody są bezpieczne i można je stosować u kobiet po raku piersi – przekonuje dr Łukasiewicz.

Leczenie uderzeń gorąca

Dostępne jest niehormonalne leczenie pacjentek, które mają uderzenia gorąca, czyli objawy wazomotoryczne. Leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI (selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny) i SNRI (inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny) znajdują tutaj swoje zastosowanie. Dr Łukasiewicz przestrzega jednocześnie, że mają swoje skutki uboczne w postaci zaburzeń libido, przedłużenia czasu dochodzenia do orgazmu, niektóre z nich powodują tycie – warto poprosić psychiatrę o takie, które nie mają tego efektu. *W czasie menopauzy bardzo spada metabolizm, więc po co brać jeszcze leki, które sprzyjają przyrostowi masy ciała. Nie ma takiego efektu przykładowo duloksetyna, ale po paroksetynie, starym SSRI, tyje się bardzo. Po escitalopramie niektóre pacjentki obserwują wzrost wagi, na inne nie ma takiego wpływu. Podobnie jest z wenlafaksyną, choć po niej raczej się tyje* – tłumaczy ekspertka. *Oksybutynina i klonidyna zmniejszają uderzenia gorąca. Niektórym pacjentkom pomaga hipnoza, terapia behawioralna, aktywność fizyczna. Przyszłość może należeć do dwóch zupełnie nowych preparatów, tzw. modulatorów receptora dla neurokininy – elinzanetantu i fazolinetantu. Będą absolutnie dedykowane pacjentkom po raku piersi* – podsumowuje dr Łukasiewicz.

Tekst powstał na podstawie wykładu: „Przedwczesna menopauza – jak sobie poradzić?” dr Moniki Łukasiewicz wygłoszonego podczas konferencji Omejka Konferencja o raku piersi u młodych kobiet 17 Maja 2024 r.

NIEDOKRWISTOŚĆ

ma ponad połowa osób poddawanych leczeniu przeciwnowotworowemu

„Leczenie niedoboru żelaza powinno się odbywać zawsze pod nadzorem lekarza. Należy wybierać preparaty, które mają status leku. Powinny być też preferowane te, które mają w składzie żelazo dwuwartościowe” – mówi dr hab. n. med. Marcin Barylski, prof. UM w Łodzi, FESC.



NASZ EKSPERT:
dr hab. n. med.
Marcin Barylski,
prof. UM w Łodzi, FESC

Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów

Jaka jest rola żelaza w naszym organizmie?

Żelazo należy do pierwiastków śladowych i występuje głównie w hemoglobinie – białku (jednocześnie barwniku krwi), które umożliwia pobieranie tlenu w płucach i oddawanie go w tkankach. Z kolei w szpiku kostnym żelazo jest wykorzystywane w procesie tworzenia krwinek czerwonych, czyli erytrocytów. Poza tym żelazo jest składnikiem mioglobiny, białka występującego w mięśniach (zbliżonego w budowie chemicznej do hemoglobiny), które umożliwia mięśniom pobieranie z krwi niezbędne do ich pracy tlenu. Pierwiastek ten wpływa na metabolizm cholesterolu oraz sprzyja detoksykacji szkodliwych substancji w wątrobie. Żelazo odgrywa również ważną rolę w zwalczaniu bakterii i wirusów przez system odpornościowy, a także wspomaga prawidłową pracę układu nerwowego.

Jakie są przyczyny niedoboru tego pierwiastka? Te częste i mniej znane.

Do głównych przyczyn niedoboru żelaza zalicza się przede wszystkim występowanie przewlekłego krwawienia. Najczęstszym źródłem krwawień są drogi rodne oraz przewód pokarmowy. Rzadziej występuje utrata krwi przez nerki oraz drogi oddechowe. Wszelkie stany powodujące zaburzenia wchłaniania również przyczyniają się do powstania

niedoborów żelaza. Do grupy ryzyka należą chorzy z enteropatią glutenową, czyli celiakią, oraz osoby o obniżonej kwasowości soku żołądkowego. Niedobór żelaza może być spowodowany niedoborami pokarmowymi bądź stosowaniem diet eliminacyjnych, w tym wegetariańskiej lub wegańskiej. Uważa się, że ze względu na gorszy stopień przyswajalności żelaza niehemowego (trójwartościowego) występującego w produktach pochodzenia roślinnego, wegetarianie powinni przyjmować ilościowo mniej więcej dwukrotnie większą dawkę żelaza w porównaniu z osobami spożywającymi mięso, które zawiera łatwo przyswajalne żelazo hemowe (dwuwartościowe).

Dlaczego kobiety częściej niż mężczyźni mają niedokrwistość? Jakie są najczęstsze „kobiece” przyczyny niedoboru żelaza?

Wynika to z kilkakrotnie mniejszych niż u mężczyzn zapasów żelaza w organizmie, a także z nadmiernej utraty krwi w czasie menstruacji. Jeśli miesiączki są zbyt obfite (powyżej 80 ml), nawet zrównoważona dieta nie jest w stanie uzupełnić strat żelaza. Wówczas z miesiąca na miesiąc jego deficyt rośnie. Z innych przyczyn należy wymienić krwawiące mięśniaki macicy czy endometriozę. Ryzyko niedokrwistości wzrasta również w ciąży oraz podczas laktacji. To bardzo istotna kwestia, bowiem niedokrwistość w ciąży dotyczy nawet 40 proc. kobiet.

Niedokrwistość jest jednym ze skutków niedoboru żelaza. Czy to jest to samo co anemia?

Tak. Niedokrwistość potocznie nazywana jest anemią i oznacza stan chorobowy, w którym dochodzi do spadku stężenia hemoglobiny (u mężczyzn < 13 g/dl, u kobiet < 12 g/dl, u kobiet ciężarnych < 11 g/dl).

Jak się objawia niedokrwistość i czym ona grozi?

Niedobór żelaza prowadzi przede wszystkim do zaburzeń powstawania krwinek czerwonych, które są mniejsze, mają zmniejszoną ilość hemoglobiny, a to skutkuje spadkiem zdolności krwi do transportu tlenu oraz obniżeniem utlenowania tkanek i narządów. Klinicznie objawia się to w postaci mało

specyficznych dolegliwości, takich jak bóle i zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zmęczenie, gorsza tolerancja wysiłku, kołatania serca, senność, uczucie zimna, bladeść skóry i błon śluzowych. U dzieci anemia może prowadzić do zaburzeń rozwoju psychoruchowego. Mogą pojawić się również specyficzne objawy, takie jak głód patologiczny (np. na kredę, tynk, krochmal, wapno), zanik brodawek języka oraz wygładzenie jego powierzchni, a także suchość skóry i pękanie kącików ust. Często występuje również łamliwość włosów oraz podłużne prążkowanie i łamliwość paznokci. Udowodniono też związek niedoboru żelaza z występowaniem uczucia lęku lub depresji. Ciężka niedokrwistość zwiększa ryzyko zawału serca, natomiast u kobiet ciężarnych jest czynnikiem ryzyka porodu przedwczesnego, niskiej masy urodzeniowej dziecka lub śmiertelności okołoporodowej matki i dziecka.

Istnieje coś takiego jak utajony niedobór żelaza? Kiedy mamy z nim do czynienia?

Utajony niedobór żelaza jest sytuacją, kiedy rezerwy żelaza zaczynają się wyczerpywać, jednak jest ich jeszcze na tyle dużo, by móc utrzymać prawidłowy jego poziom we krwi. Następnie pojawia się jawny niedobór żelaza, kiedy rezerwy żelaza są już wyczerpane. Ostatnią fazą jest jawny niedobór żelaza z niedokrwistością, w której dochodzi do zaburzeń w układzie czerwono-krwinkowym.

Mało się mówi o niedoborach żelaza indukowanych leczeniem onkologicznym. Co je powoduje i jak często występuje niedokrwistość u chorych na nowotwory?

Niedokrwistość u chorych na nowotwory jest częstym zjawiskiem. W trakcie leczenia onkologicznego, niedokrwistość występuje u ponad połowy chorych. Do najczęstszych przyczyn należą niedobory żelaza, witaminy B12, kwasu foliowego. Są też przyczyny immunologiczne lub zaburzenia funkcji szpiku spowodowane bądź to nowotworem, który go nacieka, bądź też leczeniem onkologicznym, które działa toksycznie na szpik.

Jakie są wskazania do rozpoczęcia leczenia niedokrwistości?

Leczenie niedokrwistości musi zawsze być poprzedzone wizytą lekarską oraz podstawowymi badaniami krwi, które wskazałyby, czy w ogóle jest potrzebna. Rozpoznanie niedokrwistości z niedoboru żelaza ustala się na podstawie oceny kilku parametrów. Podstawowym badaniem jest morfologia krwi. W przypadku niedokrwistości stwierdza się w niej zmniejszoną liczbę czerwonych krwinek, a także zmniejszone stężenie hemoglobiny. W zależności od stężenia hemoglobiny niedokrwistość klasyfikuje się jako łagodną, umiarkowaną, ciężką lub zagrażającą życiu. Ważna jest także ocena samej krwinki czerwonej. Dla niedokrwistości z niedoboru żelaza

charakterystyczne są krwinki czerwone o zmniejszonej objętości i mniejszej zawartości hemoglobiny. Kolejnym krokiem w diagnostyce jest ocena stężenia żelaza w surowicy krwi oraz ferrytyny, która odzwierciedla zmagazynowaną pulę żelaza. Pula krążąca jest oceniana za pomocą oznaczenia stężenia transferyny i wysycenia transferyny żelazem. Ocenie podlega również całkowita i utajona zdolność wiązania żelaza.

W jaki sposób należy uzupełniać niedobory żelaza i jakimi preparatami? Czy niedobory możemy uzupełniać „na własną rękę”, czy lepiej to robić pod nadzorem lekarza?

Leczenie niedoboru żelaza powinno się odbywać zawsze pod nadzorem lekarza, a jego podstawą są preparaty doustne. Należy wybierać preparaty żelaza, które mają status leku. W przeciwieństwie do suplementów diety, lek podlega ścisłym regulacjom zgodnym z prawem farmaceutycznym, a jego skuteczność została potwierdzona w badaniach klinicznych. Po rozpoczęciu leczenia w ciągu 3 tygodni powinien nastąpić wzrost stężenia hemoglobiny o mniej więcej 2 g/dl. Niemniej jednak, preparat należy stosować przez co najmniej 4-6 miesięcy, ponieważ początkowo organizm zużywa dostarczane żelazo na bieżąco w celu produkcji krwinek. Dopiero po kilku tygodniach uzupełniana jest pula zapasów żelaza. Kolejną istotną rzeczą jest rodzaj żelaza, ponieważ żelazo dwuwartościowe cechuje dużo lepszą wchłaniania, 10-krotnie przewyższając żelazo trójwartościowe. Wobec tego powinniśmy preferencyjnie stosować te preparaty, które mają w swoim składzie żelazo dwuwartościowe.

Jak należy przyjmować preparaty żelaza? Co sprzyja wchłanianiu tego pierwiastka?

Wchłanianie żelaza istotnie zwiększa kwas askorbinowy, czyli witamina C. Stymuluje ona powstawanie ferryty, czyli białka magazynującego żelazo oraz zmniejsza wypływ żelaza z komórek. Zwracajmy zatem uwagę, czy w preparacie żelaza jest dodatek w postaci witaminy C. Bardzo ważna jest również prawidłowa dieta, bogata w owoce, zielone warzywa (np. pietruszka, szczypiorek), czerwone mięso i podroby, a także produkty pełnoziarniste, kasze gruboziarniste, buraki. Pamiętajmy, że wchłanianie żelaza osłabiają związki zawarte w kawie i herbacie, a także duża ilość błonnika oraz produkty mleczne.

Materiał powstał dzięki zaangażowaniu firmy Egis Polska



RAK PĘCHERZA:

coraz lepsze możliwości leczenia

Rozsiew choroby wymaga intensywnego leczenia. Przez wiele lat w tym stadium stosowano chemioterapię, w skład której wchodziły pochodne platyny. Obecnie, jednak, coraz częściej szuka się nowych rozwiązań, takich jak immunoterapia czy działająca bardziej wybiórczo chemioterapia „celowana” – mówi dr hab. Jakub Żołnierek, onkolog kliniczny.

Na jakie objawy należy zwrócić uwagę, a które mogłyby nasuwać podejrzenie raka pęcherza moczowego?

Są to objawy typowe dla chorób układu moczowego, które łatwo pomylić z tymi stosunkowo błahymi chorobami, jak np. infekcje dróg moczowych, kamica nerkowa, w przypadku mężczyzn – łagodny przerost gruczołu krokowego. Mam na myśli takie objawy jak: zmiana rytmu oddawania moczu, ból czy pieczenie towarzyszące mikcji lub pojawiające się zaraz po jej zakończeniu, parcia naglące, itd.

Jednak najbardziej alarmującym jest krwiste zabarwienie moczu czy wręcz krwiomocz – łącznie z obecnością skrzepów, które mogą prowadzić do zatrzymania odpływu moczu.

Oczywiście krwiomocz nie jest objawem specyficznym dla raka rozwijającego się w układzie moczowym. Jego powodem także może być chociażby infekcja czy kamica dróg moczowych. Niemniej, zawsze w przypadku pojawienia się krwiomoczu należy bezzwłocznie zgłosić się do lekarza. Konieczne jest przeprowadzenie tzw. diagnostyki różnicowej, a więc wykonanie badań, które ustalą przyczynę.

Stany podgorączkowe lub gorączka pojawiające się bez uchwytnej przyczyny infekcyjnej, niezamierzony spadek masy ciała, dolegliwości bólowe w innej lokalizacji niż podbrzusze mogą już świadczyć o znacznym zaawansowaniu choroby nowotworowej.

Na początek na pewno należy wykonać badanie moczu. Jakie inne badania są również konieczne, by potwierdzić lub wykluczyć nowotwór?

Badanie ogólne moczu i badanie osadu moczu to podstawa. Jeśli obecność krwinek czerwonych w moczu zostanie potwierdzona, trzeba wykonać USG pęcherza moczowego. Stwierdzenie zmiany w świetle pęcherza moczowego

czy choćby pogrubienia ściany pęcherza moczowego wskazuje na bezwzględną konieczność przeprowadzenia cystoskopii – czyli wziernikowania dolnych dróg moczowych – łącznie z próbą pobrania wycinków z podejrzanej zmiany.

Jeżeli u pacjenta z krwiomoczem nie widać odchyleń w USG dróg moczowych, wykonanie cystoskopii zalecamy dlatego, że jest ona najdokładniejszym badaniem – umożliwiającym wykrycie nawet drobnych zmian w nabłonku wyściełającym błonę śluzową dróg moczowych – tzw. urotelium, będących wczesnymi formami rozwoju raka dróg moczowych – w szczególności – raka pęcherza moczowego.

Gdy diagnoza zostanie potwierdzona: jak ocenia Pan obecne możliwości leczenia w Polsce raka pęcherza moczowego?

Guzy ograniczone do błony śluzowej – tzw. „raki naciekające” mięśniówki pęcherza moczowego – są leczone przez urologów zabiegowo, wycinaniem zmian endoskopowo: tzw. elektroresekcją. W części przypadków konieczne jest także zastosowanie wlewów dopęcherzowych chemioterapii i/ lub preparatów szczepionki BCG, których zadaniem jest zmniejszenie częstości nawrotów choroby. Rokowanie w przypadku raków nienaciekających jest lepsze, ze względu na fakt, iż naciek nowotworowy nie dociera jeszcze do tkanek unaczynionych, a naczynia krwionośne lub chłonne są drogą rozsiewu komórek nowotworowych.



NASZ EKSPERT:
dr hab. n. med.
Jakub Żołnierek
onkolog kliniczny

Guzy, które drążą wewnętrzne warstwy ściany pęcherza moczowego – przede wszystkim unaczynioną mięśniówkę – nazywamy rakami naciekającymi. Raki te stwarzają już wysokie ryzyko rozsiewu, jaki mógł dokonać się jeszcze przed podjęciem leczenia. Wymagają one zastosowania chemioterapii przedoperacyjnej, a następnie operacyjnego usunięcia pęcherza moczowego wraz z regionalnymi węzłami chłonnymi. To zabieg okaleczający. Dodatkowo u niektórych chorych – tj. tych ze znacznym zaawansowaniem miejscowym lub regionalnym guza czy wyższym stopniem jego złośliwości – konieczna jest jeszcze immunoterapia uzupełniająca. Jej celem jest zniszczenie ewentualnych, jeszcze niewidocznych (we współcześnie dostępnych i możliwych do wykonania badaniach obrazowych) mikro ognisk nowotworu, które w bliższej lub bardziej odległej perspektywie mogłyby być źródłem nawrotu choroby.

W wyjątkowych przypadkach zabieg usunięcia pęcherza moczowego może zostać zastąpiony tzw. leczeniem trimodalnym – czyli próbą endoskopowego wycięcia możliwie jak największej części guza zlokalizowanego w drogach moczowych, a następnie zastosowaniem chemio-radioterapii. Takie postępowanie pozwala zaoszczędzić pęcherz moczowy: unikamy jego usunięcia; zabieg cechuje mała inwazyjność. Ale uwaga – leczenie z zastosowaniem tej techniki jest przeznaczone dla grupy chorych z drobnymi guzami o „dogodnej” lokalizacji i musi zostać poprzedzone staranną i ostrożną selekcją. Decyzję o zastosowaniu leczenia trimodalnego podejmuje konsylium lekarskie złożone z onkologa, radiologa, urologa i radioterapeuty.

A jak wyglądają obecne możliwości leczenia rozsia- nego raka pęcherza? To jeden z najtrudniejszych nowotworów do leczenia w stadium zaawansowanym. Rokowanie pacjentów jest poważne?

Rozsiew choroby wymaga intensywnego leczenia. Przez wiele lat w tym stadium zaawansowania nowotworu stosowano chemioterapię, w skład której wchodziły pochodne platyny. Niemniej takie leczenie nie zawsze można zastosować u chorych, ze względu na towarzyszącą mu toksyczność. Leczenie jest skuteczne, mogą je jednak otrzymywać osoby w dobrym stanie sprawności ogólnej, z prawidłową wydolnością nerek, bez dodatkowych obciążeń w postaci ciężkiej niewydolności serca, objawów polineuropatii czy niedosłuchu. Ze statystyk wynika, iż kryteria włączenia do chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny spełnia mniej niż połowa chorych z rozsiewem raka urotelialnego.

Z tego powodu przez lata poszukiwano alternatywnych sposobów leczenia. Choć immunoterapia w rozsiewie daje dobre efekty i jest lepiej tolerowana, to jednak stanowi postępowanie mniej agresywne, a jej wyniki nie są spektakularne. Ta metoda jest w Polsce stosowana w sposób ograniczony do tzw.

leczenia podtrzymującego – tj. u chorych, u których po zastosowaniu chemioterapii ze związkami platyny pojawiła się co najmniej stabilizacja choroby nowotworowej. Tak więc w opcji refundowanej ze środków publicznych możemy stosować immunoterapię po – a nie zamiast – toksycznej chemioterapii.

Najnowszą opcją, również dostępną w Polsce, jest leczenie kolejnej linii – po niepowodzeniu chemioterapii ze związkami platyny i zastosowaniu immunoterapii – lekiem o skomplikowanej nazwie: enfortumab wedotyny. To lek o bardzo specyficznym mechanizmie działania, podawany dożylnie. Wyszukuje on i wiąże się z komórkami, na powierzchni których znajduje się specyficzne białko: nektyna 4. Jest to białko tzw. cytoszkieletu, odpowiedzialne za łączenie komórek ze sobą oraz z podłożem. Enfortumab wedotyny, po rozpoznaniu i „przyklejeniu się” do komórki – w zamyśle – nowotworowej, na której obecny jest wspomniany receptor, ulega wchłonięciu do jej wnętrza. W środku dochodzi do uwolnienia drugiej części tego leku, którą jest cytostatyk. Ten, niejako od wewnątrz, niszczy komórkę nowotworową.

To jeden z leków ukierunkowanych, nazywanych powszechnie „koniami trojańskimi”?

Jest to chemioterapia adresowana do komórek nowotworowych, ponieważ nektyna 4 występuje w wysokim stężeniu na powierzchni komórek raka urotelialnego, a w stężeniu dużo niższym – w innych tkankach. Z tego powodu lek dociera przede wszystkim do komórek nowotworowych pochodzenia urotelialnego.

Taki standard – stosowanie enfortumabu wedotyny wyłącznie w drugiej lub trzeciej linii sekwencyjnego leczenia rozsiewu – był najbardziej aktualny jeszcze kilka miesięcy temu.

Jesienią ubiegłego roku na kongresie ESMO zaprezentowano wyniki dwóch ważnych badań klinicznych przeprowadzonych w grupach chorych na uogólnionego raka urotelialnego, którzy wcześniej nie otrzymali leczenia systemowego z powodu rozsiewu choroby.

Jedno z badań obejmowało zastosowanie enfortumabu wedotyny łącznie z pembrolizumabem (immunoterapią), co porównano do klasycznej chemioterapii opartej na związkach platyny. Okazało się, że tego typu leczenie daje dużo wyższy odsetek obiektywnych odpowiedzi, podwojenie czasu wolnego od progresji choroby nowotworowej, zmniejsza o 50% ryzyko zgonu chorych.

Jest to przełom, który prawdopodobnie zdeklasuje chemioterapię w pierwszej linii terapii systemowej.

Drugie badanie polegało na podawaniu klasycznej chemioterapii złożonej z pochodnych platyny oraz immunoterapii w postaci niwolumabu. Okazało się, że dodanie niwolumabu do chemioterapii daje lepsze efekty w aspekcie odsetka obiektywnych odpowiedzi, czasu wolnego od progresji choroby nowotworowej oraz czasu całkowitego przeżycia, a efekt ten jest najsilniej wyrażony przede wszystkim u chorych, u których rozsiew nowotworu dokonał się w postaci zajęcia pozaregionalnych węzłów chłonnych. Zgodnie z warunkami przeprowadzonych badań klinicznych, te dwie opcje terapeutyczne byłyby stosowane w pierwszej linii leczenia systemowego rozlanego raka urotelialnego. Czekamy na ich rejestrację, a potem na refundację w Polsce.

Medycyna rozwija się, pojawiają się nowe leki. A czy pacjenci mogą w jakiś sposób wspomóc swoje leczenie?

Problem, który widzimy, to możliwości zastosowania chemioterapii: pacjent musi być w dobrym stanie sprawności ogólnej. W dużej mierze zależy to od niego samego. Np. stan sprawności ogólnej często ograniczony jest nadmierną masą ciała i zbyt małą aktywnością fizyczną; niewydolność nerek często jest związana z niewystarczającą podażą płynów, niestosowaniem się do zaleceń diabetologa – w przypadku chorych na cukrzycę. Choroby sercowo-naczyniowe zaostrzają się z powodu niestosowania się do zaleceń kardiologa.

Warto więc przede wszystkim zadbać o higieniczny tryb życia – łącznie z rozsądną dietą i odpowiednią aktywnością ruchową, rzuceniem nałogu palenia jako najważniejszego czynnika ryzyka zachorowania na raki urotelialne oraz wykazaniem dbałości o to, by często występujące choroby współtowarzyszące były właściwie leczone.

Wspomniał Pan o paleniu tytoniu. Czy rzeczywiście pełni on tak istotną rolę w pojawianiu się zachorowań na raki urotelialne?

Tak. Pamiętajmy, że ogromna większość chorych z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego ma w wywiadzie palenie papierosów.

Ważne jest też, by pacjenci, u których już rozpoznano chorobę nowotworową, rzucili palenie, bowiem jest to także czynnik ryzyka nawrotu.

U chorych palących papierosy nie tylko dużo częściej dochodzi do nawrotu, ale nawroty są coraz bardziej agresywne: komórki nowotworowe cały czas mutują i zwiększają stopień swojej złośliwości. Dlatego bardzo ważne jest to, by pacjenci porzucili ten okropny nałóg.

Ważne jest też stworzenie kompleksowej opieki nad pacjentem z rakiem urotelialnym?

To konieczne, szczególnie w przypadku zaawansowanego nowotworu.

Chory zmagający się z tą chorobą często potrzebuje pomocy wielu specjalistów: onkologa, urologa, radioterapeuty, specjalistów w dziedzinie leczenia bólu, następnie wspomnianych dermatologów, okulistów czy neurologów.

Współcześnie dokonujący się postęp w onkologii to nie tylko coraz lepsze leczenie nowotworu, ale również zwiększenie jakości leczenia wspomagającego – często wielodyscyplinarnego – poprzez skuteczne leczenie działań niepożądanych, które są generowane przez terapie przeciwnowotworowe.

Staramy się tworzyć wielodyscyplinarne zespoły, zapraszamy na kongresy onkologiczne specjalistów innych dziedzin medycyny, licząc na to, że ta problematyka zostanie przez nich dostrzeżona i uzyskamy ich wsparcie w sprawowaniu opieki nad chorymi onkologicznie.



Bi.Bran[®] 1000 D₃



MGN-3 Arabinoxylan Compound

**+ WSPARCIE
ODPORNOŚCI
W PROCESIE LECZENIA**

- + IMMUNOMODULATOR**
- + SZYBKIE DZIAŁANIE**
- + ŁATWE WCHŁANIANIE**
- + POPARTY BADANIAMI**
- + PRODUKOWANY W JAPONII**

Producent: Daiwa Pharmaceutical Co., Ltd., Japan

www.immunomodulacja.pl

+ 48 605 824 444
info@biobran.pl

EUROPEJSKI KODEKS OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

– inicjatywa, na którą czekają polscy pacjenci

Europejski Kodeks Opieki Onkologicznej stanowi fundament dla podniesienia standardów opieki nad chorymi na nowotwory w Unii Europejskiej. Zawiera 10 najważniejszych praw pacjenta, określając czego może on oczekiwać od systemu opieki zdrowotnej i wskazując jak zorganizować skupiony na pacjencie i efektywny system opieki onkologicznej.



NASZ EKSPERT:
prof. dr hab. n. med.
Jacek Jassem

Katedra i Klinika Onkologii i Radio-
terapii Gdańskiego Uniwersytetu
Medycznego, prezes Fundacji Pol-
ska Liga Walki z Rakiem, przewod-
niczący Central and East European
Oncology Group

gicznej (EKOO), stanowiący rozwinięcie Europejskiej Karty Praw Pacjenta Onkologicznego. Omówiliśmy w niej oparte na dowodach naukowych potencjalne korzyści, które może przynieść wdrożenie założeń zawartych w tym dokumencie.

Naszym celem była przede wszystkim poprawa wyników leczenia chorych na nowotwory w Europie, a także - w sposób pośredni - nazwanie i sprecyzowanie praw oraz potrzeb pacjentów w kontekście uwarunkowań systemowych obowiązujących w poszczególnych krajach. W rezultacie powstał dokument stanowiący fundament dla podniesienia standardów opieki onkologicznej w Unii Europejskiej niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta, a także wzmacniający jego uczestnictwo i zaangażowanie na każdym etapie diagnostyki i leczenia.

Europejski Kodeks Opieki Onkologicznej pokazuje, jak realizacja praw pacjentów może wpłynąć na poprawę obiektywnych wyników leczenia. Przytoczę tu wypowiedź prof. Macieja Krzakowskiego z VIII Kongresu Patient Empowerment w Warszawie: *Pacjent świadomy to pacjent, który rozumie swój proces leczenia i świadomie w nim uczestniczy. W sposób naukowy potwierdzono, że taki pacjent, ma znacznie wyższe szanse na dobre wyniki leczenia*⁴.

Nasza inicjatywa spotkała się z pozytywnym odbiorem. Zarówno Komisja Europejska, jak i Parlament Europejski objęły ją swoim patronatem. Poparcia udzieliły również europejskie organizacje branżowe, towarzystwa naukowe i organizacje pacjentów onkologicznych. W Polsce Kodeks wdraża Fundacja Polskiej Ligi Walki z Rakiem. Powołaliśmy koalicję z udziałem wszystkich najważniejszych polskich towarzystw onkologicznych i organizacji pacjenckich, w tym Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Patronat nad wdrażaniem Kodeksu objął Rzecznik Praw Pacjenta.

Dlaczego Europejski Kodeks Opieki Onkologicznej?

W większości krajów Unii Europejskiej istnieją wytyczne kliniczne, opisane systemy organizacji opieki onkologicznej i narodowe plany walki z rakiem.

Równocześnie jednak nadal występują różnice w jakości opieki onkologicznej i wynikach leczenia na poziomie krajowym i regionalnym, pomiędzy grupami społecznymi i instytucjami. Te różnice Unia chce niwelować, między innymi poprzez wdrożenie Kodeksu.

W Kodeksie określiliśmy podstawowe wymagania dotyczące dobrej praktyki onkologicznej, wzmocnienia aktywnego uczestnictwa i zaangażowania pacjentów na każdym etapie diagnostyki i leczenia. Stworzyliśmy nie tylko praktyczny przewodnik określający prawa pacjenta i możliwości ich egzekwowania, ale również drogowskazy dotyczące kształtowania efektywnego i skupionego na pacjencie systemu opieki onkologicznej. Wdrożenie Kodeksu ma pomóc w realizacji zawartego w Europejskim Planie Walki z Rakiem ambitnego celu nazwanego „70/30”, zakładającego uzyskanie do 2030 roku 70% wyleczalności ogółu nowotworów w Europie.

Nowotwory w Polsce i Unii Europejskiej

Warto w tym miejscu odnotować, że według danych OECD wyniki leczenia onkologicznego w Polsce są nadal niezadowolające: przy zachorowalności na nowotwory o ok. 6% niższej niż średnia w Unii Europejskiej, umieralność jest o ok. 15% wyższa⁵. Stosunek umieralności do zachorowalności określa efektywność systemu opieki onkologicznej w danym kraju. Powinniśmy zatem dążyć do nadrobienia tego dystansu, między innymi poprzez wdrożenie praw pacjenta onkologicznego.

Europejski Kodeks Opieki Onkologicznej zawiera 10 najważniejszych praw pacjenta, określając czego może on oczekiwać od systemu opieki zdrowotnej. Wskazuje również decydentom, jak zorganizować skupiony na pacjencie i efektywny system.



BIBLIOGRAFIA:

1. The Oncologist, Volume 19, Issue 3, March 2014, Pages 217–224, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0452>
2. Lawler M, et al. ESMO Journals Volume 1, issue 6, E000127, 2016 <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2016-000127>
3. <https://ligawalkizrakiem.pl/images/content/2021/2021-04-29-aktualno%C5%9Bci-Karta-Praw-Pacjenta-Onkologicznego/ECCP%20JCP%20FINAL%20DIGITAL.pdf>
4. VIII Kongres Patient Empowerment 2024, 14 maja 2024 r. Organizator Instytut Komunikacji Zdrowotnej
5. OECD (2023), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris <https://www.oecd.org/health/eu-cancer-profiles.htm>

Dekalog najważniejszych praw pacjenta onkologicznego:

1. równy dostęp,
2. informacja,
3. jakość, wiedza, efekty,
4. specjalistyczna opieka wielodyscyplinarna,
5. wspólne podejmowanie decyzji,
6. badania i innowacje,
7. jakość życia,
8. zintegrowane leczenie wspomagające i paliatywne,
9. wychodzenie z choroby i rehabilitacja,
10. reintegracja.

We wszystkich tych obszarach można poprawić sytuację pacjentów. Wprowadzenie kodeksu wymaga jednak przełamania wielu barier: mentalnych, kulturowych, organizacyjnych i regulacyjnych. Czy wprowadzenie Kodeksu w Polsce jest zatem realne?

W wewnętrznym sondażu przeprowadzonym przez Polską Ligę Walki z Rakiem za najtrudniejsze do zrealizowania uznano prawa do:

- informacji na temat jakości i bezpieczeństwa opieki, poziomu wiedzy i wyników leczenia w danym ośrodku,
- informacji o toczących się badaniach klinicznych oraz możliwości wzięcia w nich udziału,
- otrzymania i omówienia z zespołem opieki przejrystego, dobrze zorganizowanego i osiągalnego planu rehabilitacji i wychodzenia z choroby.

Z kolei za najłatwiejsze do zrealizowania uznano prawa do:

- informacji na temat choroby i leczenia przekazanej pacjentowi przez opiekującego się nim zespół oraz pochodzącej z innych wiarygodnych źródeł, np. od specjalistycznych i pacjenckich organizacji,
- opieki sprawowanej przez wyspecjalizowany wielodyscyplinarny zespół, najlepiej w ramach sieci współpracujących ze sobą ośrodków.

Obecnie realizujemy podobny sondaż wśród lekarzy onkologów, a w najbliższym czasie przeprowadzimy go wśród pacjentów onkologicznych.

Wierzę, że Europejski Kodeks Opieki Onkologicznej zostanie w Polsce wdrożony i istotnie przyczyni się do poprawy zdrowia i życia polskich pacjentów onkologicznych.

DEKALOG NAJWAŻNIEJSZYCH PRAW PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

1 RÓWNY DOSTĘP

Masz prawo do równego dostępu do możliwie najlepszej opieki onkologicznej, w tym prawo do drugiej opinii lekarskiej.

Prawo do równego dostępu do możliwie najlepszej opieki onkologicznej wydaje się oczywiste. Podobnie jak prawo do drugiej opinii lekarskiej. Czy jednak w praktyce jest powszechnie stosowane?

2 INFORMACJA

Masz prawo do informacji na temat Twojej choroby i leczenia przekazanej przez opiekującego się Tobą zespół medyczny oraz pochodzącej z innych wiarygodnych źródeł, w tym od specjalistycznych i pacjenckich organizacji.

Prawo do informacji na temat Twojej choroby i leczenia przekazanej przez opiekującego się Tobą zespół medyczny oraz pochodzącej z innych wiarygodnych źródeł, w tym od specjalistycznych i pacjenckich organizacji.

3 JAKOŚĆ, WIEDZA, EFEKTY

Masz prawo do informacji na temat jakości i bezpieczeństwa opieki, poziomu wiedzy i wyników leczenia Twojej choroby w ośrodku, w którym się leczysz.

Prawo do informacji na temat jakości i bezpieczeństwa opieki, poziomu wiedzy i wyników leczenia Twojej choroby w ośrodku, w którym się leczysz.

4 SPECJALISTYCZNA OPIEKA WIELODYSCIPLINARNA

Masz prawo do opieki sprawowanej przez wyspecjalizowany wielodyscyplinarny zespół, najlepiej w ramach sieci współpracujących ze sobą ośrodków onkologicznych.

Prawo do opieki sprawowanej przez wyspecjalizowany wielodyscyplinarny zespół, najlepiej w ramach współpracujących ze sobą ośrodków onkologicznych.

5 WSPÓLNE PODEJMOWANIE DECYZJI

Masz prawo do udziału we wszystkich decyzjach na temat leczenia i opieki podejmowanych przez opiekującego się Tobą zespół medyczny.

Udział we wszystkich decyzjach na temat leczenia i opieki podejmowanych przez opiekującego się Tobą zespół medyczny.

6 BADANIA I INNOWACJE

Masz prawo do informacji o istotnych dla Ciebie toczących się badaniach klinicznych oraz o tym, czy możesz w nich uczestniczyć.

Prawo do informacji o istotnych dla Ciebie toczących się badaniach klinicznych oraz o tym, czy możesz w nich uczestniczyć.

7 JAKOŚĆ ŻYCIA

Masz prawo do omówienia z zespołem medycznym swoich priorytetów i preferencji, aby osiągnąć jak najlepszą jakość życia.

Omówienia z zespołem medycznym swoich priorytetów i preferencji, aby osiągnąć jak najlepszą jakość życia.

8 ZINTEGROWANE LECZENIE WSPOMAGAJĄCE I PALIATYWNE

Masz prawo do optymalnego leczenia wspomagającego i paliatywnego w każdym momencie Twojej choroby.

Masz prawo do optymalnego leczenia wspomagającego i paliatywnego w każdym momencie Twojej choroby.

9 WYCHODZENIE Z CHOROBY I REHABILITACJA

Masz prawo do uzyskania przejrzystego, dobrze zorganizowanego i możliwego do zrealizowania planu wychodzenia z choroby i rehabilitacji oraz omówienia go ze swoim zespołem medycznym.

Prawo do uzyskania przejrzystego, dobrze zorganizowanego i możliwego do zrealizowania planu wychodzenia z choroby i rehabilitacji i omówienia go ze swoim zespołem medycznym.

10 REINTEGRACJA

Masz prawo do pełnego powrotu do społeczeństwa i ochrony przed stygmatyzacją i dyskryminacją związaną z chorobą nowotworową oraz – w miarę możliwości – powrotu do normalnego życia.

Prawo do pełnego powrotu do społeczeństwa i ochrony przed stygmatyzacją i dyskryminacją związaną z chorobą nowotworową oraz – w miarę możliwości – powrotu do normalnego życia.



ANITA

Głośne mówienie o chorobie ułatwia życie

Od początku naturalne dla mnie było to, żeby mówić o swojej chorobie i o tym, że można żyć bez żołądka.

Choć nie odczuwałam żadnego wstydu z powodu swojej choroby, nie miałam poczucia, że jest to coś, co należy ukrywać, to jednak w kontekście swojego świata zawodowego byłam świadoma, że szczerowość będzie miała swoje konsekwencje. Z perspektywy czasu uważam, że była to bardzo dobra decyzja.

JADZIA



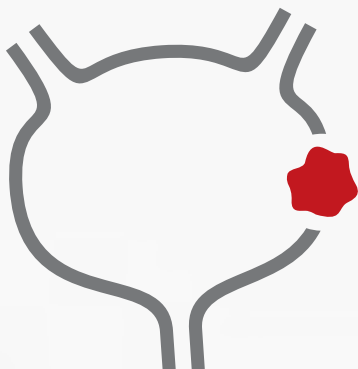
Nie chcę zmarnować ani jednego dnia

Żyję normalnie, staram się nie skupiać na chorobie. Spotykam się ze znajomymi, pielęgnuję przyjaźnie.

Oczywiście są dni lepsze i gorsze. Jeśli trafi się gorszy, to staram się z tym nie afiszować. My, jako pacjenci, nie oczekujemy współczucia, potrzebujemy wsparcia.



RAK PECHERZA - WYKRYJ I LECZ. PL



RAK PĘCHERZA WYKRYJ I LECZ!

KAMPANIA EDUKACYJNA:

ŚCIEŻKA PACJENTA

AKTUALNOŚCI

GRUPA WSPARCIA

MATERIAŁY EDUKACYJNE



Zeskanuj kod QR
by przejść do
grupy wsparcia



POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ



www.pkpo.pl | info@pkpo.pl