



GŁOS PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

1/25 (63)

luty-marzec 2025
glospacienta.pl

BEZPŁATNE CZASOPISMO POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

MOJA HISTORIA

**MOŻNA MIEĆ SZCZĘŚCIE
W NIESZCZĘŚCIU**
Małgorzata Krzywicka

REHABILITACJA

**TEGO POTRZEBUJEMY
REKONWALESCENCJA
ONKOLOGICZNA
W SANATORIUM**

**NOWOCZESNE FORMY
PODANIA LEKÓW
TO LEPSZE ŻYCIE PACJENTA**

DIABETOONKOLOGIA

**GDY PACJENT ONKOLOGICZNY
MA CUKRZYCĘ**
Prof. Grzegorz Dzida

**OBRZĘK LIMFATYCZNY
KRÓTKA ŚCIAĞAWKA**

PRZESZCZEPIENIE

**DOMOWE
CO TRZEBA O NIM WIEDZIEĆ?**
Prof. Dominik Dytfeld

ŻYWIENIE DOJELITOWE

RATUJE ŻYCIE
Prof. Przemysław Matras



Nowe terapie
NOWE WYZWANIA



Wspólna droga do zdrowia

- 03 Mutacje BRCA ważne również dla mężczyzn
Dr Iwona Skoneczna
- 05 Jak działa szczepionka na raka płuca?
Prof. Dariusz M. Kowalski
- 08 Przeszczepienie domowe co trzeba o nim wiedzieć?
Prof. Dominik Dytfeld
- 10 Diabetoonkologia, gdy pacjent onkologiczny ma cukrzycę
Prof. Grzegorz Dzida
- 12 Tego potrzebujemy, czyli rekonwalescencja onkologiczna w sanatorium
- 15 Żywienie dojelitowe ratuje życie
Prof. Przemysław Matras
- 18 Można mieć szczęście w nieszczęściu
Małgorzata Krzywicka
- 23 Obrzęk limfatyczny - krótka ściągawka
- 26 Nie bójmy się fentanylu
Dr hab. Anna Staniszevska
- 28 Rak jelita grubego - jak działają zespoły interdyscyplinarne?
Dr Paweł Potocki
- 30 Rak szyjki macicy. Mamy nowoczesne badania, nowoczesne leczenie i szczepienia
- 32 Nowoczesne formy podania leków to lepsze życie pacjenta
- 33 Prof. Rutkowski: Narodowy Portal Onkologiczny będzie gotowy w maju
- 34 Medyczna Racja Stanu. O związku otyłości z nowotworami
Prof. Lucyna Ostrowska



12 Rekonwalescencja onkologiczna w sanatorium

18 Można mieć szczęście w nieszczęściu

23 Obrzęk limfatyczny - krótka ściągawka



Wydawca: Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
ul. Wawelska 15B pok. 03 02-034 Warszawa

Kontakt: E-mail: info@pkpo.pl Telefon: +48 780 488 600

Skład graficzny: Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

Zdjęcia: Archiwum domowe (s. 2, 3, 11), freepik.com (s. 2, 8, 12, 13, 25, 30-31, 34, 36), polgrp.org.pl (s. 5), pmc.edu.pl (s. 8, 12), nadcisnienietetnicze.pl (s. 10), facebook.com (s. 12), hematoonkologia.pl (s. 12), leczenieprzezzywnosc.org (s. 15), fot. Monika Krzywicka (okładka, s. 18-22), gjst.pl (s. 22), wum.edu.pl (s. 26), znanylekarz.pl (s. 28), europacolnospolska.pl (s. 29), wtrosce.pl (s. 33), zdk.wum.edu.pl (s. 34)

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 jakiegokolwiek 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.

MUTACJE BRCA

ważne również dla mężczyzn

Drogie Amazonki, pamiętajcie, że jeżeli badania potwierdzają, że jesteście nosicielkami mutacji BRCA1, BRCA2 to Wasi mężczy krewni mają większe ryzyko zachorowania na agresywnego raka prostaty. Dlatego ważne jest, by regularnie odwiedzali urologa i poddawali się badaniom profilaktycznym, a jeśli to możliwe, by poddali się badaniom genetycznym. Dlaczego to jest takie ważne?

Po pierwsze od dawna obserwowaliśmy, że w niektórych rodzinach rak prostaty występuje u wielu mężczyzn. Poszukiwaliśmy przyczyn od dawna, ale obecnie wiemy, że geny BRCA1 i BRCA2, łączące się z większym ryzykiem występowania raka piersi i raka jajnika, podnoszą również ryzyko wystąpienia raka prostaty u mężczyzn a także raka trzustki u obu płci.

Te mutacje dotyczą stosunkowo niewielkiej grupy pacjentów (nie więcej niż 15 proc.). Jednak mężczyźni, u których one występują, mają ryzyko bardzo wczesnego zachorowania – nawet przed 50 rokiem życia. W ich przypadku rak prostaty ma bardziej agresywny przebieg, częściej jest też wykrywany w momencie, gdy daje już przerzuty. U tej grupy pacjentów nawet nowoczesne leki hormonalne czy chemioterapia często nie są aż tak skuteczne. Zdarza się, że u pacjenta z taką mutacją, mimo leczenia obserwujemy dalszy postęp choroby.

Aktualnie wszystkich pacjentów z rakiem prostaty pytamy nie tylko o to, czy ktoś w rodzinie chorował na raka prostaty, ale również o to, czy w rodzinie kobiety chorowały na raka piersi albo na raka jajnika.

Jeżeli znajdziemy u pacjenta lub pacjentki mutację, to musimy pamiętać, że są one potencjalnie dziedziczne. Jest to sygnał dla rodziny pacjenta, by zgłosić się do poradni genetycznej.

Gdy znajdujemy raka prostaty u młodych pacjentów, a wyniki biopsji wskazują na to, że choroba ma cechy wysokiego ryzyka - w skali Gleasona 8, 9 czy 10 (o skali Gleasona przeczytasz w ramce) i są jakiegokolwiek przerzuty to należy wykonać badania genetyczne.

Badania genetyczne możemy wykonać na podstawie analizy tkanki guza – czyli wykorzystujemy próbki pobrane podczas biopsji prostaty lub zabiegu usunięcia prostaty (radykalnej prostatektomii,



Dr n. med. Iwona Skoneczna

onkolog kierująca
Oddziałem Chemioterapii
Szpitala Grochowskiego
w Warszawie

rzadziej zabiegu TURP). Najlepiej wykonać takie badania jak najszybciej od pobrania wycinków, gdyż wraz z upływem czasu materiał tkankowy ulega niszczeniu i po pewnym czasie okazać się może, że nie da się z takiego materiału nic oznaczyć. Dlatego tak ważne jest, by badania genetyczne pobranego materiału wykonywać jak najszybciej, przynajmniej u tej grupy pacjentów, którzy zachorowują w młodym wieku, albo mają chorobę agresywną czy z przerzutami, a nie dopiero w momencie, gdy rak prostaty w trakcie leczenia staje się oporny na kastrację czyli leczenie hormonalne obniżające poziom testosteronu. Dodatkowe kryterium kwalifikacji do wczesnego badania genetycznego mogłoby być również oparte o wywiad rodzinny np. przypadki zachorowania kobiet na raka piersi w młodym wieku.

Diagnostyka polegająca na oznaczeniu mutacji w genach BRCA ma coraz większe znaczenie, bo otwiera drogę do leczenia nowoczesnymi lekami - inhibitorami PARP, które są ukierunkowane właśnie na nie. To duża szansa dla pacjentów z rakiem prostaty w stadium przerzutowym, opornym na kastrację (*metastatic castration-resistant prostate cancer, mCRPC*). Z przeprowadzonych badań wiemy na pewno, że pacjenci z mutacjami w genach BRCA 1/2 odniosą korzyści z zastosowania takiego leczenia.

W Polsce obecnie mamy już możliwość leczenia raka prostaty inhibitorami PARP - tylko dla pacjentów z mutacją BRCA1, BRCA2 oraz *olaparibem* w monoterapii chorych, którzy przeszli już leczenie nowymi lekami hormonalnymi. Od stycznia tego roku mamy też do dyspozycji nową skojarzoną terapię - czyli dwa leki w jednej tabletkie - połączenie *niraparibu* i *octanu abirateronu*.

Ostatnio pojawiły się też wyniki badań dotyczące skuteczności kolejnego inhibitora PARP - *talazoparibu* w połączeniu z *enzalutamidem*, które mogą zwiastować prawdziwy przełom dla pacjentów z przerzutowym opornym na kastrację rakiem prostaty. Z tych badań wynika bowiem, że takie leczenie skojarzone pozwala uzyskać istotne wydłużenie całkowitego czasu przeżycia, a nie tylko wydłużenie czasu do progresji radiologicznej i co ważne, dotyczy to większej grupy chorych z innymi rzadszymi mutacjami w genach naprawy DNA.

Wiedza o tym, czy pacjent ma mutację w genach BRCA nie tylko umożliwia dobranie odpowiednich leków, ale zmienia podejście do jego leczenia na wielu poziomach. Mam pacjenta, u którego w rodzinie kobiety chorowały na raka piersi. U niego również znaleziono mutację BRCA. W ramach zaleceń programu wczesnego wykrywania raka prostaty w młodym wieku zdiagnozowano u niego nowotwór, a pacjent zdecydował się na szybkie leczenie, również chirurgiczne. Obecnie jest już po radykalnej prostatektomii. W Anglii były prowadzone badania, których wyniki wskazują, że osoby, o których wiemy, że są nosicielami mutacji BRCA po wykryciu nowotworu powinny zostać poddane bardziej radykalnemu leczeniu – raczej bez aktywnej obserwacji, którą zwykle zalecamy we wczesnych stadiach choroby osobom bez mutacji BRCA.

To wszystko świadczy o tym, że konieczne są szybkie działania usprawniające ścieżkę badań genetycznych w raku prostaty. Niestety obecnie nadal bardzo niewielu mężczyzn ma badane te mutacje, co zmniejsza szanse na zastosowanie skutecznego leczenia. Badania pokazują bowiem, że im wcześniej się stosuje się leki ukierunkowane molekularnie u osób z mutacją, tym ich działanie jest bardziej skuteczne. O to walczymy.

Co oznacza wynik w skali Gleasona?

Skala Gleasona to parametr określający stopień złośliwości raka prostaty.

6 punktów w skali Gleasona

(3+3=6) to najniższy możliwy wynik dla raka prostaty wykrytego w biopsji. Raki poziomu 6 nie są zwykle agresywne i postępują powoli. Niski poziom złośliwości raka.

7 punktów w skali Gleasona

Nowotwory o stopniu złośliwości 7 mogą nie być agresywne, ale mogą też mieć potencjał do progresji. Przy określaniu wyniku w skali Gleasona istotne jest również określenie, który element jest dominujący; GS „4 + 3” nie jest równoważny „3 + 4”.

Zapis 3 + 4 = 7 oznacza rozpoznanie - nieagresywna postać raka, grupa ryzyka - korzystne umiarkowane ryzyko.

Zapis 4 + 3 = 7 oznacza rozpoznanie - potencjalnie agresywny rak z ryzykiem szybszego postępu choroby. grupa ryzyka - niekorzystne umiarkowane ryzyko.

Raki z wynikiem od 8 do 10 w skali Gleasona lub wyższym są uważane za agresywne, z tendencją do szybkiego postępu choroby. Im bliżej wyniku 10, tym wyższy stopień złośliwości guza, grupa ryzyka - wysoka.

Mutacja BRCA w raku prostaty

Mutacja BRCA odgrywa rolę w każdym stadium raka prostaty. Może to być mutacja germinalna, czyli taka, która występuje w każdej komórce ciała, a którą pacjent albo odziedziczył, albo wystąpiła na wczesnym etapie życia płodowego. Mamy też mutacje somatyczne BRCA, które pojawiają się jedynie w komórkach raka prostaty, natomiast zdrowa komórka pacjenta nie ma tej mutacji. Bez względu na to, czy pacjent, u którego diagnozuje się raka prostaty, ma mutację germinalną czy somatyczną, wykryty nowotwór rośnie agresywniej, przez co w momencie diagnozy jest typowo bardziej zaawansowany niż rak bez mutacji, gorzej reaguje na leczenie i krócej pozostaje pod kontrolą.

BRCA1 i BRCA2 to dwa geny należące do szerszej grupy genów naprawy DNA określanej mianem HRR (geny naprawy DNA w mechanizmie tzw. rekombinacji homologicznej). O ile mutację w genie BRCA2 ma ok. 5 proc. chorych z rakiem prostaty, a genu BRCA1 ok. 1 proc. pacjentów, to mutacje HRR występują u 20-30 proc. chorych.

JAK DZIAŁA szczepionka na raka płuca?

- Im wcześniej po zabiegu chirurgicznym pacjent zostanie do nas skierowany na konsultację, tym więcej mamy czasu na wszystkie procedury związane z kwalifikacją do badania klinicznego nad szczepionką. Gdy pacjent trafi do nas pół roku po operacji, to jest to już trochę za późno – podkreśla prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski.



Prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski

Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Sekretarz Generalny Polskiej Grupy Raka Płuca

Polska jest jednym z siedmiu krajów - oprócz Wielkiej Brytanii, Niemiec, Węgier, Hiszpanii, Turcji i USA - w których prowadzone jest badanie skuteczności szczepionki mRNA u pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca. O tym, jakie są kryteria kwalifikacji do tego badania, jak przygotowuje się szczepionkę i na czym polega jej mechanizm działania mówi **prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski**, Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Sekretarz Generalny Polskiej Grupy Raka Płuca.

Panie Profesorze, kto może zakwalifikować się do tego badania klinicznego?

Badanie szczepionki mRNA na niedrobnokomórkowego raka płuca jest dedykowane chorym z rozpoznaniem tego nowotworu, bez względu na jego typ, czyli może to być rak płaskonabłonkowy, gruczolowy czy wielkokomórkowy. Warunkiem jest to, by chory został zoperowany radykalnie - mówimy tu o radykalnym zabiegu mikroskopowym, co oznacza, że ma on szansę na trwałe wyleczenie nowotworu. Co ważne, wykonano u niego co najmniej lobektomię, czyli usunięto płat płuca a nawet całe płuco, a nie tak zwaną operację oszczędzającą czyli segmentektomię. Warunkiem koniecznym jest też to, by chorzy mieli wykonaną prawidłową limfedektomię śródpiersia, czyli usunięte określone grupy węzłów chłonnych śródpiersia i oceniony stan zaawansowania pooperacyjnego. Co ważne, możliwa jest kwalifikacja do badania chorych, którzy są w drugim lub trzecim stopniu zaawansowania pooperacyjnego i są w trakcie chemioterapii lub zostali do niej zakwalifikowani.

Lista kryteriów wydaje się długa i mocno skomplikowana...

Badania kliniczne mają swoje wymagania. W przypadku tego badania akurat protokół kwalifikacyjny ostatnio został nieco zmodyfikowany. Obecnie kryteria wobec liczby usuniętych węzłów z poszczególnych grup węzłowych już nie są aż tak bardzo restrykcyjne. Trzeba jednak pamiętać, że nadal jest to badanie kliniczne, co oznacza, że są określone kryteria włączenia i określone kryteria wyłączenia. W obu kategoriach jest ich kilkanaście. Gdy potencjalny chory do nas trafia, to my te kryteria po kolei sprawdzamy - dopiero wszystkie odpowiedzi twierdzące na pytania z kryteriów włączenia i jednocześnie odpowiedzi negatywne na wszystkie kryteria wyłączenia sprawiają, że chory może zostać zakwalifikowany do tego badania klinicznego.

Jak wielu pacjentów spełnia kryteria tego badania?

W tej chwili zarówno my, jak i ośrodek w Poznaniu, mamy już pod opieką po kilku chorych. Ze względu na kryteria, o których tu mówimy, musimy przeglądać do tego badania większą liczbę pacjentów, by znaleźć tych, którzy się do niego kwalifikują. Nie zawsze tak jest, bo czasem wydaje się, że dany ośrodek wszystko zoperował, a potem okazuje się, że w materiale pooperacyjnym brakuje określonej liczby węzłów albo grup węzłowych, bo nie zostały usunięte.

Kiedy pacjent, który chce skorzystać badania klinicznego powinien się do was zgłosić?

Im wcześniej po zabiegu chirurgicznym pacjent zostanie do nas skierowany na konsultację, tym więcej mamy czasu na wszystkie procedury związane

z kwalifikacją do badania. Gdy pacjent trafi do nas pół roku po operacji, to jest to przysłowiowa „musztarda po obiedzie”.

Dlatego pacjent powinien się do nas zgłaszać jak najszybciej - tuż po tym, jak otrzyma po operacji wynik badania patomorfologicznego, w którym są określone wszystkie cechy - P, T, N, M etc. Może dzwonić do naszej kliniki, a nawet bezpośrednio do mnie - jest umawiany wtedy w trybie specjalnym i pozostaje on pod naszą stałą opieką.

Chory został zakwalifikowany. Co teraz?

Komórki nowotworowe, które znajdują się w wyoperowanym preparacie, są wysyłane do Stanów Zjednoczonych. Tam jest przeprowadzane bardzo zaawansowane badanie molekularne NGS w którym identyfikowane jest od kilkunastu do kilkudziesięciu genów, które mają największą ekspresję - czyli te zaburzenia molekularne, które mogły potencjalnie doprowadzić do rozwoju nowotworu u danego pacjenta.

Na podstawie tej analizy, dla każdego chorego przygotowywana jest indywidualnie szczepionka mRNA nakierowana na konkretny zestaw genetyczny.

Chory po zakończeniu chemioterapii otrzymuje tak przygotowaną szczepionkę razem ze stymulacją układu immunologicznego (immunoterapią). W tym badaniu jest *pembrolizumab* - lek immunokompetentny, co oznacza, że jest ono obecnie dedykowane chorym leczonym radykalnie jako element leczenia uzupełniającego, czyli mającego zwiększyć szansę trwałego wyleczenia z choroby nowotworowej.

Czy jest szansa na to, że taka szczepionka zmieni radykalnie obraz leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca?

Na razie jeszcze, ze względu na zbyt wczesny etap, nie możemy arbitralnie powiedzieć, czy zastosowanie tego typu leczenia poprawi znamienne wyniki leczenia w aspekcie przeżyć wieloletnich czyli całkowitego czasu przeżycia. Natomiast wyniki badania II fazy są bardzo zachęcające.

Skąd pomysł, by potraktować nowotwór szczepionką?

Kiedyś robiono tak zwane szczepionki niespecyficzne czyli dedykowane całej niedobieranej molekularnie populacji.

Uważano, że wszyscy chorzy z nowotworem płuca mają taki sam typ nowotworu, więc powinni odpowiedzieć na określoną stymulację. Z czasem, dzięki postępowi przede wszystkim w dziedzinie biologii

molekularnej, okazało się, że to nie jest prawda. Dziś potrafimy zidentyfikować te warianty patogenne niedrobnokomórkowego raka płuca i konkretnie im personalizować, dedykować odpowiednie leczenie.

To wynika z nowych możliwości technologicznych, które pojawiły się w ostatnich latach.

Czyli szczepionka, o której mówimy, jest szyta na miarę?

Tak, jest przygotowywana dla każdego pacjenta osobno. Indywidualnie sekwencjonujemy cały eksom, badamy go i patrzymy, które to geny są odpowiedzialne za rozwój nowotworu. Pamiętajmy, że każdy człowiek ma inny zestaw genów, które doprowadziły do rozwoju choroby nowotworowej i na te poszczególne białka, które są potencjalnie produkowane przez te geny, robimy szczepionkę.

Jaki jest mechanizm działania szczepionki? Czy ona coś naprawia czy wycina?

Nie, niczego nie naprawia i nic wycina. Geny, które są uszkodzone i prowadzą do transformacji nowotworowej, produkują na matrycy mRNA, na podstawie zapisu genetycznego, białka. Te białka działają w określony sposób - mogą pobudzać geny prowadzące do nadmiernego wzrostu albo hamować geny, które mają zapobiegać chorobie nowotworowej czyli odnajdywać i wycinać uszkodzone fragmenty. Szczepionka robiona jest na podstawie wspomnianej wcześniej matrycy mRNA.

Gdy pojawi się białko, produkowane przez te konkretne geny, to wówczas wytrenowany przez szczepionkę układ immunologiczny, podobnie jak w przypadku pojawienia się wirusa grypy u osób na nią zaszczepionych, zaczyna od razu je niszczyć.

Może więc okazać się, że badania nad tą formą leczenia obejmą również inne nowotwory?

Już w tej chwili tego samego typu badanie jest prowadzone u nas w klinice czerniaków, więc tak, myślę, że jest to kierunek, w którym będziemy podążać. Jest to na pewno jedna z niezwykle interesujących i bardzo dobrze rokujących, całkowicie nowych dróg w leczeniu nowotworów złośliwych.

Proszę zauważyć, że wszystkie leki ukierunkowane molekularnie w raku płuca (EGFR, ALK, ROS-1, BRAF, RET, KRAS, MET, NTRK, HER-2 i inne zaburzenia molekularne o niskim odsetku występowania) pojawiły się w ostatnich latach. Są to tak zwane terapie personalizowane, szyte na miarę dla każdego chorego. W przypadku szczepionki ta indywiduali-

zacja będzie jeszcze większa, bo będzie obejmowała nie tylko jeden, dwa czy trzy geny - tak zwane wiódące, ale szereg innych, które mogą być na przykład dodatkowymi kostymulantami.

Myślę, że w przypadku choroby nowotworowej, a szczególnie w przypadku niedrobnokomórkowego raka płuca, każda technologia, która poprawi możliwości przeżycia jest technologią bardzo dobrą i pożądaną. Leczenie personalizowane stosujemy już od wielu, wielu lat, a to jest po prostu kolejny krok w naszych możliwościach terapeutycznych.

Szczepionka to przyszłość, ale już teraz mamy do dyspozycji wiele terapii w tym trudnym nowotworze...

Ostatnie lata to czas wielkich zmian w onkologii, a rak niedrobnokomórkowy płuca, obok czerniaków, jest modelowym przykładem tego ogromnego postępu. Jeszcze 10-15 lat temu w niedrobnokomórkowym raku płuca nie mieliśmy praktycznie żadnego leczenia - była chemioterapia i radioterapia, chyba, że chory był zoperowany. Mediana przeżycia (czyli średni czas przeżycia - przyp. red.) u chorych w stadium rozsiałym (czyli chorych z przerzutami) wynosił około 6-8 miesięcy. Teraz chorzy z przerzutami odległymi przeżywają kilka-kilkanaście lat i to stało się dla nas normą.

Wciąż jednak najwięcej zależy od tego, kiedy i gdzie chory się zgłosi, jakiej diagnostyce będzie poddany i w jakiej kondycji będzie w momencie rozpoznania nowotworu. Jest tak dużo czynników prognostycznych i predykcyjnych, które my musimy uwzględnić przy kwalifikacji do poszczególnych rodzajów leczenia, że wciąż trudno mówić o tym, że każdy chory odniesie jakąś korzyść z leczenia. Staramy się tak dobierać terapię dla każdego pacjenta, by była ona najlepsza spośród metod, które mamy do wyboru.

Badania nad szczepionką to nie jedyne badanie kliniczne, prowadzone jest w klinice Instytutu w Warszawie?

Staramy się zapewnić w naszej klinice zestaw badań klinicznych, które są topowe na świecie i o których wiemy, że mają realną szansę poprawić sytuację naszych chorych. Przecież to, co obecnie jest standardem leczenia w raku niedrobnokomórkowym płuca czyli immunoterapia - my w tych badaniach uczestniczyliśmy kilka lat temu. Chorzy z tych badań, które wtedy były traktowane jako „eksperyment medyczny”, bo stosowano całkowicie nowy lek - nadal żyją.

Zbyt mało mówi się o tym, jakie możliwości daje współczesna medycyna a ścieżki pacjentów nadal są kręte. Czy jest szansa na to, by je wyprostować?

Wiele osób dzwoni do mnie po czasie, kiedy jest

już za późno. Byli leczeni w jednym, drugim a nawet trzecim ośrodku, wykorzystano wszystkie możliwości terapii lub nie leczono ich w sposób optymalny. Traktują telefon do mnie jako ostatnią deskę ratunku. Owszem, my możemy pomóc, tylko trzeba w odpowiednim momencie do nas trafić. Nie może być tak, że wszyscy rozkładają ręce, mówią „leczyliśmy półtora roku, nic więcej nie da się zrobić” i dopiero wtedy pacjent zjawia się u nas.

Chory w ośrodku referencyjnym, takim jak nasz, powinien być konsultowany pierwotnie.

Dlatego tak bardzo czekamy na Lung Cancer Units, które miejmy nadzieję pojawią się jeszcze w tym roku i pozwolą wyprostować ścieżki pacjentów.

Polska Grupa Raka Płuca została powołana do zespołu, który nad tą kwestią pracuje, i mogę powiedzieć, że zrobiliśmy naprawdę wszystko, co mogliśmy, by one powstały. Teraz piłeczka jest po stronie decydentów.



Polska Grupa Raka Płuca (PGRP) to stowarzyszenie zrzeszające ekspertów z różnych dziedzin medycyny – onkologów, torakochirurgów, pulmonologów i patologów – zaangażowanych w poprawę diagnostyki i leczenia raka płuca.

Celem organizacji jest integracja środowiska medycznego, rozwój wiedzy na temat tej choroby oraz edukacja zarówno lekarzy, jak i społeczeństwa. PGRP aktywnie działa na rzecz upowszechniania zachowań prozdrowotnych oraz poprawy wczesnej wykrywalności raka płuca w Polsce, dążąc do ograniczenia wysokiej umieralności z jego powodu.

Więcej o PGRP: <https://polgrp.org.pl>

Przeszczepienie domowe

co trzeba o nim wiedzieć?

W ostatnim numerze Głosu Pacjenta Onkologicznego przedstawiliśmy historię Grzegorza - pacjenta chorującego na szpiczaka plazmocytozy. Grzegorz, po przeszczepieniu szpiku dwukrotnie, podczas pobytu w szpitalu przeszedł sepsę. Podobne komplikacje ma za sobą wielu pacjentów. Czy jest sposób, by ograniczyć to ryzyko?

Okazuje się, że tak. Od niedawna w poznańskiej Klinice Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wykonywane są przeszczepienia szpiku, które pacjenci nazywają „domowymi”. Ten cudzysłów pojawia się dlatego, że procedura przeszczepienia nie odbywa się u pacjenta w domu, a w klinice. Jej „domowość” polega na tym, że pacjent jest wypisywany do domu już drugiego dnia po przeszczepieniu.

By zmniejszyć ryzyko infekcji

Pacjenci po przeszczepieniu szpiku mają znacząco obniżoną odporność. To sprzyja infekcjom, które niejednokrotnie prowadzą do sepsy (czym jest sepsa - piszemy w ramce) i to jest dla nas, z medycznego punktu widzenia, największy problem, bo drobno-ustroje, które bytują w szpitalu są często wieloopor-



Prof. dr hab. n. med. Dominik Dytfeld

Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego

ne na tradycyjne terapie. Leczenie zakażeń, do których dochodzi u pacjentów w szpitalu jest trudne, długotrwałe i obciążające dla organizmu. Niestety, nie zawsze też kończy się sukcesem.

Natomiast w domu pacjenta bytują bakterie, które nazywamy „dzikimi”. A one są wrażliwe na większość antybiotyków, więc infekcje, do których może dojść w warunkach domowych są łatwiejsze do opanowania.

By poprawić dobrostan pacjenta

W każdym szpitalu, w każdej klinice i na każdym oddziale panuje określony reżim, dotyczący w zasadzie wszystkich aspektów życia. Nasi pacjenci odczuwają go szczególnie mocno, ze względu na specyfikę swojej choroby. Przebywanie w surowych i pełnych rygorów i ograniczeń warunkach szpital-

nych jest dla wielu pacjentów trudne do zaakceptowania i nie wpływa dobrze na ich dobrostan.

Możliwość szybkiego opuszczenia szpitala znacząco zmienia nastawienie pacjenta.

Przebywanie w znajomym otoczeniu, pod opieką bliskiej osoby ma duży wpływ nie tylko na samopoczucie pacjenta, ale wpływa też na proces zdrowienia.

Na przykład jedną z bolączek pacjentów po transplantacji szpiku są problemy z odżywianiem, zaburzenia smaku i węchu. Chory może odczuwać duży głód, ale jednocześnie niechęć do szpitalnego jedzenia. Miewa natomiast „zachcianki” i te w domu zdecydowanie łatwiej spełnić. To tylko jeden przykład - każdy z naszych pacjentów dodałby tu prawdopodobnie kolejne argumenty.

Zasady opieki nad pacjentem w domu

Gdy dokonujemy przeszczepienia „domowego” to pacjent, zamiast przebywać w szpitalu 14-20 dni, spędza w nim niecałe 72 godziny i jest wypisywany do domu. Tu bezpośrednią opiekę nad nim przejmuje przeszkolony przez nas, tak samo jak pacjent, jego opiekun. Na tę rolę decydują się zazwyczaj najbliżsi pacjenta.

Do zadań opiekuna, który otrzymuje od nas rozpisany plan działań na cały dzień, należy na przykład mierzenie temperatury i ciśnienia oraz podawanie leków, przy czym wszystkie swoje działania dokumentuje. Oczywiście nie pozostawiamy pacjenta i opiekuna samych.

Dwa razy dziennie koordynator z naszego ośrodka czyli pielęgniarka z doświadczeniem w procedurach transplantacyjnych, kontaktuje się, by ocenić stan pacjenta na podstawie danych, zebranych przez opiekuna.

Koordynator odpowiada też na pytania i rozwiewa ewentualne wątpliwości, a gdy to konieczne podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do szpitala.

Przeszczepienie „domowe” - kto może skorzystać?

Z przeszczepienia „domowego” mogą korzystać chorzy na szpiczaka plazmocytomowego, mieszkający stosunkowo blisko naszego ośrodka. To dlatego, że zawsze może pojawić się konieczność szybkiej hospitalizacji - im krótsza droga do szpitala, tym większe bezpieczeństwo pacjenta.

Poza tym bierzemy pod uwagę szereg czynników. Wśród nich na czoło wysuwa się brak istotnych chorób współistniejących i to, czy pacjent ma bliską osobę, która będzie się nim opiekować przez całą dobę i współpracować z nami, by zapewnić choremu bezpieczeństwo.

Czym jest sepsa?

Sepsa (inaczej posocznica) nie jest chorobą, choć co roku umiera z jej powodu około 11 mln ludzi.

To specyficzna reakcja organizmu na zakażenie, w trakcie której dochodzi do uszkodzenia narządów wewnętrznych.

Mogą ją wywołać zarówno bakterie, jak wirusy czy grzyby.

Leczenie sepsy jest trudne, trwa długo i odbywa się najczęściej na oddziałach intensywnej terapii.

Po wyleczeniu pacjent często potrzebuje rehabilitacji, ze względu na szkody, jakie sepsa poczyniła w organizmie.

Choć sama sepsa nie jest zaraźliwa, to część chorób zakaźnych, w przebiegu których występuje - już tak.

Dlatego tak ważne jest, by korzystać z dostępnych szczepień - chronimy w ten sposób nie tylko siebie, ale i osoby, z którymi się na co dzień spotykamy.

DIABETOONKOLOGIA

gdy pacjent onkologiczny ma cukrzycę

Pacjenci onkologiczni dzięki nowym terapiom mają coraz większe szanse na pokonanie nowotworu. W związku z tym coraz częściej zdarza się, że w pewnym momencie choroby układu sercowo-naczyniowego i choroby metaboliczne, do których należy cukrzyca, stają się dla nich większym zagrożeniem zdrowotnym niż sam nowotwór. Dlatego dla tej grupy chorych w obrębie już istniejących specjalizacji, takich jak diabetologia czy kardiologia, powstają nowe - kardiatoonkologia czy właśnie diabatoonkologia.



Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Dzida

Specjalista chorób wewnętrznych, hipertensjolog, diabetolog,
Kierownik Oddziału Diabetologii Katedry i Kliniki Chorób
Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Cukrzyca może pojawić się jeszcze przed chorobą onkologiczną, może też wystąpić w trakcie jej leczenia a także po jego zakończeniu. Zawsze jednak wymaga odpowiedniej terapii, bo jak wiemy, jej powikłania mogą być bardzo groźne.

Leczenie onkologiczne bardzo często sprzyja zaburzeniom tolerancji węglowodanów i pojawieniu się cukrzycy.

U pacjentów, którzy są mu poddawani znacząco rośnie ryzyko zawałów serca, powikłań zakrzepowozatorowych. Uważa się na przykład, że dzieci, które przezwyciężyły chorobę nowotworową znajdują się w grupie bardzo wysokiego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Niektóre terapie onkologiczne zaburzają gospodarkę węglowodanową jedynie w czasie, gdy są podawane, ale są i takie, które zaburzają ją trwale.

Powikłania związane z leczeniem chemioterapią znamy dość dobrze i w ich przypadku mamy wypracowane schematy zapobiegania i leczenia. Jednak coraz to nowe terapie onkologiczne, szczególnie te oparte na immunoterapii, są z jednej strony bardzo skuteczne, jeśli chodzi o niszczenie nowotworu, ale z drugiej - wciąż potrafią nas zaskakiwać, jeśli chodzi o niekorzystne efekty metaboliczne.

Immunoterapie dają bardzo zróżnicowane efekty uboczne, w tym prowadzą do podwyższenia cukru we krwi, które rozpoznajemy jako cukrzycę. Tu

nie mamy ustalonego standardu postępowania, natomiast staramy się tak dopasować terapię, by była jak najbardziej skuteczna a zarazem jak najmniej obciążająca dla danego pacjenta. Staramy się unikać terapii iniekcyjnych i wyrównywać glikemię za pomocą leków doustnych. Mamy coraz szerszy wachlarz możliwości terapeutycznych, bo w diabetologii również pojawiają się nowoczesne leki.

Cukrzycę mogą wywołać również leki sterydowe, które towarzyszą różnym schematom leczenia w onkologii. Ich zastosowanie powoduje podwyższenie stężenia glukozy, a nawet może prowadzić do ujawnienia się tak zwanej cukrzycy sterydowej. Na szczęście mamy już spore doświadczenie w prowadzeniu takich chorych. Jeżeli glikemie nie są zbyt wysokie (nie przekraczają 400 mg/dl) możemy sobie z nimi poradzić lekami doustnymi, choć czasami niezbędne jest wdrożenie insulinoterapii.

Osobnym zagadnieniem jest leczenie nowotworów trzustki. Po pierwsze sam nowotwór daje zaburzenia typowe dla cukrzycy. Po drugi leczenie chirurgiczne, polegające na usunięciu trzustki pozbawia pacjenta wysp trzustkowych, które wydzielają insulinę. W tym przypadku mówimy o tak zwanej cukrzycy wtórnej o znanej przyczynie i będziemy ją leczyć insuliną, której organizm pacjenta po resekcji trzustki już nie wytwarza.

Większość pacjentów jest w różnych programach lekowych i mają w związku z tym przeprowadzane regularne badania wielu parametrów, w tym między innymi właśnie poziomu glukozy. Dzięki temu udaje nam się wychwycić wszelkie nieprawidłowości na dość wczesnym etapie i szybko

podjąć stosowne działania.

Gdy onkolog stwierdza u pacjenta wysokie cukry, konieczna jest konsultacja diabetologiczna. Zwykle nie jest konieczne umieszczanie chorego na oddziale szpitalnym, najczęściej konsultacja odbywa się tam, gdzie leczenie onkologiczne. W moim ośrodku odbywa się to w ten sposób, że onkolog prosi diabetologa o konsultację i ma od razu wdrażane leczenie. To dlatego, że zaburzenia węglowodanowe mają wpływ na skuteczność leczenia i kontrola glikemii jest po prostu konieczna. Onkolodzy są na tym punkcie wyczuleni i podejmują działania bez zwłoki.

Jako diabetolodzy, opiekując się pacjentem z chorobą nowotworową, u którego wystąpiły podwyższone cukry, zawsze ściśle współpracujemy z onkologami. Naszym zadaniem jest nie tylko opanować cukrzycę, ale również sprawić, że komfort życia pacjenta nie ulegnie pogorszeniu. Tu pojawia się też kwestia tego, że nie mamy dowodów na to, że ściśle przestrzeganie określonych zakresów glikemii jest niezbędne dla życia pacjenta, ale wiemy również, że zaburzenia węglowodanowe pogarszają rokowania w chorobie nowotworowej. Musimy więc postępować mądrze i z dużą rozważą.

Pacjenci, którzy przeszli chorobę nowotworową muszą pamiętać, że bardzo ważna jest też samokontrola glikemii, również po zakończeniu leczenia.

Pacjent, który pokonał chorobę nowotworową nadal znajduje się w grupie wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, nerkowego jak i metabolicznego. Dlatego osoby z tej grupy powinny raz na pół roku zbadać poziom cukru na czczo.

CUKRZYCA A NOWOTWORY

Cukrzyca to przewlekła choroba metaboliczna, charakteryzująca się podwyższonym stężeniem cukru we krwi. Szacuje się, że blisko 3 mln dorosłych Polaków żyje z cukrzycą, a prawie 2 mln pozostaje niezdiagnozowanych. W przypadku cukrzycy niezwykle istotne jest jej wczesne rozpoznanie oraz właściwa kontrola choroby, które pozwalają zapobiec powikłaniom i prowadzić aktywne życie. Do najczęstszych powikłań cukrzycy należą: nefropatia, choroba wieńcowa oraz niewydolność serca.

- U pacjentów zarówno z otyłością, jak i z cukrzycą ryzyko zachorowania na nowotwór jest nieco większe niż w populacji ogólnej. Badania wskazują, że dla nowotworów wątroby, trzustki i trzonu macicy to ryzyko wzrasta dwukrotnie, natomiast dla nowotworów jelita grubego, piersi i pęcherza wzrasta o około 20-50 proc. Ryzyko zachorowania na pozostałe nowotwory, w tym na raka płuca wydaje się natomiast podobne. Co ciekawe, cukrzyca wydaje się nieco obniżać ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego - mówi prof. Jacek Jassem w materiale opublikowanym na stronie Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Pomóż nam pomagać
#PacjentNieWykluczony

KRS 0000333981



**1,5% nadziei
dla Pacjenta
Wykluczonego**

Przekazywanie 1,5 procenta jest niezwykle proste, Twój mały gest to WIELKA pomoc.

Wystarczy wpisać nr KRS wybranej organizacji w PIT, a program do rozliczeń automatycznie obliczy kwotę i wskaże odpowiednie rubryki.

Dowiedz się, na co przeznaczamy wpłaty z 1,5%

www.pkpo.pl

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

TEGO POTRZEBUJEMY czyli rekonwalescencja onkologiczna w sanatorium

Postęp terapeutyczny w onkologii i hematologii wydłuża życie pacjentów, często wręcz uwalnia ich od choroby, ale też stawia przed nami nowe wyzwania zdrowotne. Jednym z nich jest zmiana spojrzenia na możliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego przez pacjentów onkologicznych. Teraz dostęp do tych świadczeń jest mocno ograniczony. Czy, kiedy i jak to się zmieni?

Pobyt w sanatorium w swoim założeniu powinien służyć rekonwalescencji, na przykład poszpitalnej czy pooperacyjnej, edukacji zdrowotnej i rehabilitacji, jak i wspomagać przewlekłe leczenie, np. farmakologiczne. Wydaje się więc, że to idealne rozwiązanie, szyte jakby na miarę dla pacjentów onkologicznych. Niestety, to właśnie ta grupa ma chyba najbardziej utrudniony dostęp do leczenia sanatoryjnego.

Dlaczego tak się dzieje?

O tym, kto może zostać otrzymać skierowanie do sanatorium decydują zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobów kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Od czasu jego wydania w onkologii i hematologii zmieniło się bardzo

dużo. Nowoczesne terapie sprawiły, że wiele nowotworów jest obecnie traktowanych podobnie jak „zwykłe” choroby przewlekłe.

Nie uwzględniają tego wspomniane wyżej, a nadal obowiązujące przepisy, zgodnie z którymi czynna choroba nowotworowa stanowi przeciwwskazanie do leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.

- Oprócz tego mamy też zapis mówiący o tym, że w przypadku białaczek, chłoniaków czy ziarnicy złośliwej musi upłynąć aż 5 lat, by pacjent mógł pojechać do sanatorium - mówi **Dominik Romiński**, prezes Stowarzyszenia „Kierunek Zdrowie”. - W tej ustawie paradoks goni paradoks. W przypadku innych nowotworów złośliwych ten okres karencji wynosi bowiem tylko 12 miesięcy, a w przypadku przeszczepu szpiku kostnego mowa jest o okresie



**Dr n. med.
Aleksandra Sędziak**

Konsultant krajowa w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej



Dominik Romiński

Prezes Stowarzyszenia „Kierunek Zdrowie”



**Prof. dr hab. n. med.
Dominik Dytfeld**

Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego



nie krótszym niż pół roku. Ani słowa nie ma natomiast o pacjentach leczonych przewlekle czy będących przez wiele lat po rozpoznaniu jedynie w obserwacji, tak jak na przykład pacjenci z przewlekłą białaczką limfocytową. Dla nich ścieżka sanatoryjna jest na zawsze zamknięta.

Konieczne są zmiany

Okazuje się, że już w 2017 r. grupa ekspertów sporządziła „Raport końcowy Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego”, ale niestety nie pociągnął on za sobą żadnych realnych zmian.

- *Propozycje zawarte w raporcie były omawiane z konsultantami wielu dziedzin medycyny i niosły liberalizację obowiązujących przepisów - wyjaśnia Dominik Romiński. - Obejmowały też wprowadzenie nowego świadczenia, które nazwano rekonwalescencją onkologiczną, a o możliwości skorzystania z niego decydować miałyby opinia lekarza a nie tylko kod choroby. Teraz, w ramach prac sejmowego Zespołu ds. Hematoonkologii wracamy do tego tematu. I nie ukrywam, że mamy wielkie nadzieje, że tym razem wspólne działania parlamentarzystów, organizacji pozarządowych, pacjentów, onkologów i hematoonkologów, dzięki wsparciu i zaangażowaniu Posła Marcina Skonieczki okażą się skuteczne. W sprawie wniosków z tego raportu złożona została interpelacja, zawierająca między innymi pytania o jego obecne wykorzystanie. Mam nadzieję, że nasze rozwiązanie, które obejmuje stworzenie całkiem nowej grupy chorych, jako XVIII w Ustawie Uzdrawiskowej pozwoli na precyzyjne określenie wskazań i przeciwwskazań oraz pozwoli przełamać legislacyjny impas trwający od lat.*

Konieczna jest weryfikacja przeciwwskazań...

Eksperci oraz pacjenci onkologiczni i hematoonkologiczni są zgodni co do tego, że konieczna jest weryfikacja, to jest aktualizacja przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego. Dotyczy to w szczególności pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego i chłonnego, którzy obecnie coraz częściej są leczeni przewlekle. Dlatego, wg hematoonkologów, ci pacjenci powinni także mieć możliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego, które poprawi jakość ich życia oraz umożliwi regenerację fizyczną.

- *Uważam, że zmiany są konieczne - podkreśla prof. dr hab. n. med. Dominik Dytfeld z Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego. - Zajmuję się przede wszystkim pacjentami ze szpiczakiem plazmocytowym i innymi agresywnymi chłoniakami i nowotworami krwi. Dla nich rehabilitacja jest, w wielu aspektach, kluczowa. Pacjenci po przeszczepieniu często doznają powikłań. Zwykle udaje się je pokonać, ale pacjent musi dojść do siebie, odbudować siłę mięśniową, wydolność. Nie zrobimy tego bez wsparcia rehabilitantów. To jest rzecz krytyczna i niezmiernie ważna. Kiedyś było tak, że rehabilitant czy specjalista rehabilitacji medycznej słyszał, że chory ze szpiczakiem mógł być kwalifikowany do różnych zabiegów rehabilitacyjnych, to zwyczajnie odmawiał. Teraz to się zmieniło. Są tworzone turnusy rehabilitacyjne i moi pacjenci są coraz częściej do takich turnusów kwalifikowani. To oczywiście wymaga edukacji po stronie niehematologicznej, bo nie wszyscy jeszcze wiedzą, że te nasze terapie są mniej toksyczne, a szanse na to, że chory będzie żył długo i dobrze są dużo większe, ale to się dzieje.*

... i nowe świadczenie uzdrowiskowe

- *Uważam, że dla pacjentów onkologicznych i hematoonkologicznych powinniśmy uruchomić zupełnie nowe świadczenie uzdrowiskowe czyli rekonwalescencję onkologiczną - mówi dr n. med. Aleksandra Sędziak, konsultant krajowa w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. - Z takich, niejako „wytchnieniowych” pobytów, korzystałoby pacjenci po zakończeniu pewnego etapu leczenia, czy to operacyjnego, czy chemioterapii lub radioterapii. Dzięki temu mogliby, tak jak wielu innych krajach, w uzdrowisku zadbać o formę fizyczną, uzyskać pomoc psychologiczną oraz dietetyczną i wzmocnić organizm przed dalszymi etapami terapii. Takie rozwiązanie mogłoby mieć wpływ nie tylko na poprawę jakości życia pacjentów onkologicznych, ale również na poprawę rokowań i wyniki końcowe leczenia.*

Konsultant krajowa zwraca uwagę, że konieczność stworzenia całkiem nowego świadczenia, specjalnie przeznaczonego dla pacjentów leczonych onkologicznie, wynika ze specyfiki leczenia uzdrowiskowego.



- Jest ono z założenia leczeniem bodźcowym, bo wykorzystujemy w jego trakcie nie tylko klasyczne metody fizjoterapeutyczne i właściwości lecznicze klimatu, ale w szczególności właściwości lecznicze surowców naturalnych, tzn. leczniczych wód, gazów i peloidów - wyjaśnia dr Aleksandra Sędziak. - A w przypadku schorzeń onkologicznych leczenie bodźcowe mogłyby przynieść odwrotny skutek. By osiągnąć zamierzony cel, program uzdrowiskowej rekonwalescencji onkologicznej powinien być opracowany, oczywiście wspólnie z onkologami i hematoonkologami, w taki sposób, by ograniczyć działanie bodźcowe, a w pełni wykorzystać pozostałe możliwości uzdrowisk. Kinezyterapia, terenoterapia, hydroterapia, określone formy fizykoterapii, leczenie dietetyczne i wsparcie psychologiczne oraz regeneracja sił w miejscu temu sprzyjającym to elementy, które powinny być w takim programie dominujące.

A na razie pacjenci organizują się sami

- Nasze Stowarzyszenie już od 18 lat organizuje turnusy rehabilitacyjne dla osób wykluczonych z tej formy leczenia - mówi Dominik Romiński. - Od samego początku obserwowaliśmy, jak te 7 dni wpływa na uczestników. Muszę przyznać, że zmiany zachodzące w ich zachowaniu, podejściu do życia i choroby niejednokrotnie budzą wzruszenie i napędzają nas do dalszego działania. Nikt tak nie zrozumie chorego jak drugi chory, nikt też go tak dobitnie nie przekona, żeby zachował aktywność i nie dał się chorobie. Dlatego w przyszłym roku mamy już zaplanowane 4 turnusy, na które środki udało się już w zasadzie zebrać wśród naszych sponsorów. Wspomaga nas m.in. Fundacja CARITA, Fundacja DKMS, Fundacja na Rzecz Hematoonkologii oraz firmy farmaceutyczne, bo widzą te pozytywne efekty naszych działań. Za ten projekt dostaliśmy też w zeszłym roku dwie nagrody - Rodzynki z Pozarządówki i Nagrodę Specjalną Rady Działalności Pożytku Publicznego.



KIERUNEKZDROWIE.org®
na przekór nowotworom!

Więcej informacji na:

kierunekzdrowie.org/turnus

Inicjatywa na Rzecz REHABILITACJI HEMATOONKOLOGICZNEJ

Dominik Romiński,
prezes Stowarzyszenia „Kierunek Zdrowie”

Inicjatywa na Rzecz Rehabilitacji Hematoonkologicznej to porozumienie pomiędzy różnymi organizacjami założone przez Kierunek Zdrowie i Fundację DKMS. Chcemy dotrzeć do jak największej grupy pacjentów z wiedzą merytoryczną ze sprawdzonego źródła, przygotowaną przez ekspertów.

Postulujemy wprowadzenie kompleksowej rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych. Wiąże się to oczywiście z wypracowaniem standardów, przede wszystkim w czterech głównych obszarach opieki związanej z rehabilitacją czyli prehabilitacji, rehabilitacji szpitalnej, rehabilitacji bezpośrednio po wyjściu ze szpitala i rewitalizacji społecznej.

Ten ostatni obszar - rewitalizacja społeczna - to właśnie turnus rehabilitacyjny, pobyt w sanatorium, stałe zajęcia fizykoterapeutyczne. Celem jest jak najszybszy powrót pacjenta do stanu zdrowia najbliższego temu sprzed rozpoznania choroby.

Chcemy też, by ustawa regulująca zasady leczenia sanatoryjnego i balneologii w swoim nowym kształcie uwzględniała konieczność pewnej specjalizacji ośrodków, by pacjenci z danym nowotworem trafiali tam, gdzie otrzymają dokładnie taką pomoc, jakiej potrzebują. Jesteśmy pewni, że nie tylko będzie miało to pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne, ale i dobrostan psychiczny naszych pacjentów.

W tej chwili tworzymy właśnie projekt takiego pierwszego specjalistycznego ośrodka sanatoryjnego-rehabilitacyjnego i terapeutycznego w Ciechocinku. Jesteśmy na etapie założeń, ale już planujemy przyjmować kilka tysięcy pacjentów rocznie. Będziemy starali się uzyskać finansowanie w ramach pilotażu lub wykazania zasadności takich działań. Eksperti są zgodni w tej chwili co do tego, że tego typu ośrodki powinny być specjalistyczne, bo tylko wtedy pacjenci uzyskają najlepszą dla nich pomoc.

Szczegóły na: **hematorehabilitacja.pl**

ŻYWIENIE DOJELITOWE

ratuje życie

Niedożywienie dotyczy ponad połowy pacjentów onkologicznych, dlatego tak ważne jest, by mu zapobiegać. Nie zawsze się to jednak udaje i wtedy trzeba podjąć bardziej stanowcze kroki, by utrzymać pacjenta w jak najlepszej formie. Na czym polega żywienie dojelitowe i kiedy się jest stosuje?



Dr hab. n. med. Przemysław Matras, prof. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Specjalista chirurgii i żywienia klinicznego z I Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnieniowego UM w Lublinie, prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego

Leczenie żywieniowe dojelitowe to podaż diet przemysłowych przez sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego. Może to być albo zgłębnik założony do żołądka, albo zgłębnik założony poza dwunastnicą lub gastrostomia założona do żołądka. Dzięki nim podajemy diety przemysłowe w objętości takiej, jakiej w danym momencie pacjent potrzebuje.

Najpierw stawiamy na żywienie doustne

Jest kilka rodzajów interwencji żywieniowych w żywieniu klinicznym. Przede wszystkim te najbardziej fizjologiczne czyli interwencje doustne, których mamy trzy rodzaje. Pierwsza z nich polega na modyfikacji diety i najlepiej, gdy jest przeprowadzona przez dietetyka. W przypadku, gdy to nie wystarcza, zwiększa się kaloryczność i białkowość diety preparatami doustnych diet przemysłowych – drinków odżywczych. Jeżeli natomiast pacjent spożywa bardzo małe objętości pokarmu, stosujemy trzeci rodzaj interwencji - doustne leczenie żywieniowe. Przechodzimy wtedy całkowicie na doustne preparaty diet przemysłowych, tak aby podać pacjentowi w pełni zbilansowaną dietę zawierającą absolutnie wszystko, co potrzebne jest człowiekowi do życia.

Kiedy wprowadza się żywienie dojelitowe?

Dopóki pacjent przyjmuje pokarmy doustnie i tą drogą możemy dostarczyć wszystkie niezbędne składniki pokarmowe, to ograniczamy się do interwencji doustnych. Gdy przestają one przynosić efekty lub nie można ich zastosować, lekarze sięgają po leczenie żywieniowe dojelitowe.

Dzieje się tak na przykład wtedy, gdy pacjent cierpi na zaburzenia połykania lub ma przeszkodę

w gardle czy przełyku, co najczęściej może wynikać z zaburzeń neurologicznych i chorób nowotworowych. W takich sytuacjach musimy ominąć „problematyczny” odcinek przewodu pokarmowego. Zwykle staramy się dotrzeć bezpośrednio do żołądka.

W takim przypadku nie stosujemy diet „mikso-wanych” - stosujemy wyłącznie diety przemysłowe, bo tylko one są w stanie dostarczyć pacjentowi wszystko, co jest potrzebne. Są one zbilansowane i znamy dokładnie zawartość konkretnych substancji odżywczych w mililitrze, co pozwala nam ustalić ściśle ich dawkowanie i dopasować je do potrzeb konkretnego pacjenta.

W leczeniu żywieniowym dojelitowym bardzo ważne jest szybkie założenie dostępu do przewodu pokarmowego. Zgłębnik, który zakłada się przez nos, można umieścić już przy pierwszej wizycie w ambulatorium. Jest to wstęp do stałego dostępu jakim jest gastrostomia. Gastrostomii w warunkach ambulatoryjnych nie da się założyć. Wykonuje się ją w warunkach szpitalnych podczas zabiegu endoskopowego (pod kontrolą endoskopu). Najprościej mówiąc, jest to rurka wsadzona do żołądka, dzięki której możemy bezpośrednio dożołądkowo podawać dietę przemysłową.

Jak zakłada się zgłębnik a jak zakłada gastrostomię?

Zakładanie zgłębnika odbywa się przy użyciu żelu z lignokainą - środkiem znieczulającym. Nie jest to zabieg bolesny, ale też nie należy do przyjemnych. Jednak wykonany przez doświadczony personel naprawdę da się przeżyć. Zgłębnik przechodzi przez nos, gardło i przełyk, a jego końcówka znajduje się albo w żołądku (najczęściej) albo dalej w zależno-

ści od tego, które piętro przewodu pokarmowego mamy zamiar osiągnąć. Gdy zakładamy zgłębnik służący do odżywiania pacjenta czyli zgłębnik poliuretanyowy lub silikonowy, to poczucie ciała obcego znika w pierwszej lub drugiej dobie. Zdarza się, że niektórzy, nie mając dostępu do takich zgłębników zakładają zgłębniki chirurgiczne (sondy) z PCV, które nie służą do żywienia a do odbarczenia żołądka. W takim przypadku pacjent odczuwa dyskomfort znacznie dłużej. Jeśli pacjent trafi do naszej placówki z tego typu zgłębnikiem to go usuwamy i zakładamy właściwy, służący do żywienia.

Zabieg założenia gastrostomii można porównać do gastrokopii, która jest elementem tego zabiegu. Podczas gastrokopii zakładamy gastrostomię. Jest to zabieg wykonywany w analgosedacji, która ma obniżyć u pacjenta poziom niepokoju. Przed rozpoczęciem procedury znieczula się też miejscowo powłoki brzuszne. Nie jest to więc zabieg bolesny, choć na pewno można poczuć pewien dyskomfort.

Jak usuwa się gastrostomię?

Zanim dojdzie się do momentu usunięcia gastrostomii, bardzo ważne jest sprawdzenie, czy na pewno nie jest już ona pacjentowi potrzebna.

Panuje więc taka zasada, że jeżeli przez trzy miesiące nie używa się gastrostomii ani do odżywiania, ani do podawania płynów i leków, to można ją usunąć.

Zabieg usunięcia gastrostomii polega prawie na tym samym, co zabieg jej założenia ale trochę w odwróconej kolejności. Również należy wykonać gastrokopię, wewnętrzną część drenu gastrostomijnego usuwa się gastroskopem. Jest to zabieg jednodniowy.

Kto decyduje o konieczności żywienia dojelitowego?

Niestety, nie mamy systemowej ścieżki pacjenta, która wskazywałaby jednoznacznie, kto powinien kierować pacjenta do poradni żywieniowej.

Do poradni leczenia żywieniowego kierować może każdy lekarz.

To dlatego, że niedożywienie może dotknąć każdego pacjenta, a pacjenta onkologicznego dotyka szczególnie często - cierpi na nie od 20 do 60 proc. pacjentów z tej grupy. Co ważne, niedożywienie może doprowadzić nawet do konieczności przerwania leczenia, a w efekcie do śmierci pacjenta.

Dlatego lekarz, widząc u pacjenta niedożywienie lub zaburzenia odżywiania powinien skierować go

bądź do poradni dietetycznej bądź bezpośrednio do poradni leczenia żywieniowego.

W przypadku pacjentów przebywających w szpitalu, w którym pracuję (USK nr 4 w Lublinie) przyjęliśmy zasadę, że to dietetyk, który jest przy pacjencie najczęściej (przynajmniej powinien być) inicjuje dalszą drogę pacjenta, by lekarz mógł skierować pacjenta do poradni żywieniowej.

Gdy pacjent trafi już do poradni żywieniowej, lekarz w niej pracujący podejmuje decyzję o kwalifikacji pacjenta do określonej formy leczenia żywieniowego. Potem kolejne etapy realizowane są już w tej poradni.

Jakie są możliwe powikłania?

Zgłębnik może powodować odczyn na ciało obce w dowolnym odcinku przewodu pokarmowego, przez który przechodzi. Mówimy tu o ewentualnych krwawieniach z nosa, zapaleniu gardła czy przełyku. Jednak te powikłania zdarzają się naprawdę bardzo, bardzo rzadko.

Natomiast najważniejszą rzeczą, na którą pacjenci muszą uważać, to przypadkowe usunięcie zgłębnika. Nie jest ono groźne, ale trzeba ponownie przejść procedurę jego założenia.

Nasi pacjenci dostają od nas takie zgłębniki i w razie czego, gdy dojdzie do przypadkowego usunięcia, mogą sobie założyć nowy albo sami, albo przy pomocy opiekunów. Nasi pacjenci są bardzo świadomi, a my uczymy ich, jak taką procedurę przeprowadzić samodzielnie.

Przy zgłębniku u pacjentów leżących może dochodzić do cofania się treści z żołądka, która może wpadać do dróg oddechowych i powodować zapalenie płuc. Dlatego należy dbać o właściwą pozycję takiego pacjenta, a wezgłowie jego łóżka powinno być zawsze uniesione.

Założenie zgłębnika jest zwykle rozwiązaniem czasowym, stosowanym do momentu, w którym mamy możliwość przyjąć pacjenta do szpitala, by założyć mu gastrostomię.

W przypadku gastrostomii może dojść do jej nieszczelności, może dojść do krwawienia i również może dojść do tego, że pacjent w sposób niezamierzony usunie sobie dren gastrostomijny. Powikłania w przypadku gastrostomii zdarzają się częściej niż w przypadku zgłębników - stanowią 1-2 proc. wszystkich założonych gastrostomii. Najwięcej problemów wynika z nieodpowiedniej pielęgnacji lub są one związane z chorobą, na którą pacjent choruje.

Czy są problemy z dostępem do poradni leczenia żywieniowego?

Nie tak duże, jak niektórzy sądzą, jednak występują widoczne różnice pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Zdarza się, że pacjent musi pokonać sporą odległość, by dostać się do poradni leczenia żywieniowego, ale z drugiej strony mamy w niektórych województwach po 20 placówek.

CZYM JEST żywienie pozajelitowe?

To interwencja żywieniowa, którą stosuje się, gdy mamy do czynienia z niewydolnością przewodu pokarmowego.

Leczenie żywieniowe pozajelitowe jest to podaż mieszaniny żywieniowej, która składa się z aminokwasów, glukozy, lipidów, pierwiastków śladowych i witamin drogą dożylną.

Jest to najmniej fizjologiczny sposób żywienia i powinien być wybierany w ostatniej kolejności.

Jeśli szukasz najbliższej poradni leczenia żywieniowego, skorzystaj z **wyszukiarki Narodowego Funduszu Zdrowia:**

terminyleczenia.nfz.gov.pl

Wystarczy wpisać „poradnia żywieniowa”, a także wybrać województwo, aby sprawdzić dostępne placówki i orientacyjne terminy wizyt.

Bardzo dynamicznie rozwija się sektor prywatny, który ma oczywiście podpisane kontrakty z NFZ.

Warto przypomnieć, że pacjenci korzystający z leczenia żywieniowego w warunkach domowych mają raz na trzy miesiące wizytę domową lekarsko-pielęgniarską lub ośrodek sprowadza pacjenta do jednostki macierzystej, gdy taka wizyta nie jest możliwa.

Nasz ośrodek ma pod opieką około 400 pacjentów, którzy mieszkają na terenie całego województwa lubelskiego. Do każdego z tych pacjentów docieramy, a jak istnieje potrzeba, to sprowadzamy do szpitala.

Oczywiście aspekt odległości jest ważny przy pierwszej wizycie, ale na przykład dużo ośrodków prywatnych świadczy usługę polegającą na tym, że po przyjęciu zgłoszenia przez infolinię, lekarz w czasie 2-3 dni dojeżdża do pacjenta, by go zakwalifikować do leczenia.

Terapia żywieniowa jest bardzo droga. Jesteśmy w tym szczęśliwym położeniu, że NFZ od bardzo dawna refunduje zarówno leczenie dojelitowe jak i pozajelitowe, dzięki czemu pacjenci mają do nich dostęp. Pozostaje oczywiście problem limitowania świadczeń przez NFZ, który szczególnie mocno dotyka podmioty prywatne, które zostały przez to zmuszone do kolejkwania pacjentów.

MOŻNA MIEĆ SZCZĘŚCIE w nieszczęściu

Moja historia zaczęła się w kwietniu 2010 roku, przed Wielkanocą. W tym czasie córka przygotowywała się do koncertu i chciała, żebym przysłuchiwała się, jak gra na fortepianie. Instrument stał na pierwszym piętrze i zauważyłam, że bardzo ciężko jest mi wchodzić po schodach. Początkowo byłam przekonana, że to chwilowy spadek formy, bo do tej pory byłam bardzo aktywna fizycznie. Córka zaproponowała, żebym w ramach jej karnetu zaczęła chodzić na zajęcia fitnessowe. Okazało się, że mam duże problemy z wykonywaniem ćwiczeń – wspomina Małgorzata Krzywicka.

Jednocześnie ani ja, ani nikt z domowników nie zauważył, że jestem nienaturalnie blada.

Niepokojące było też to, że o ile na czczo czułam się świetnie, to w ciągu dnia sytuacja się pogarszała. Po każdym posiłku, nawet najskromniejszym, miałam ogromne wzdęcia. Przerzuciłam się więc na ubrania sportowe. Do tego zauważyłam, że mój kał stał się czarny. Trwało to na tyle długo, że nie mogłam już zrzucić winy za ten stan rzeczy na dietę.

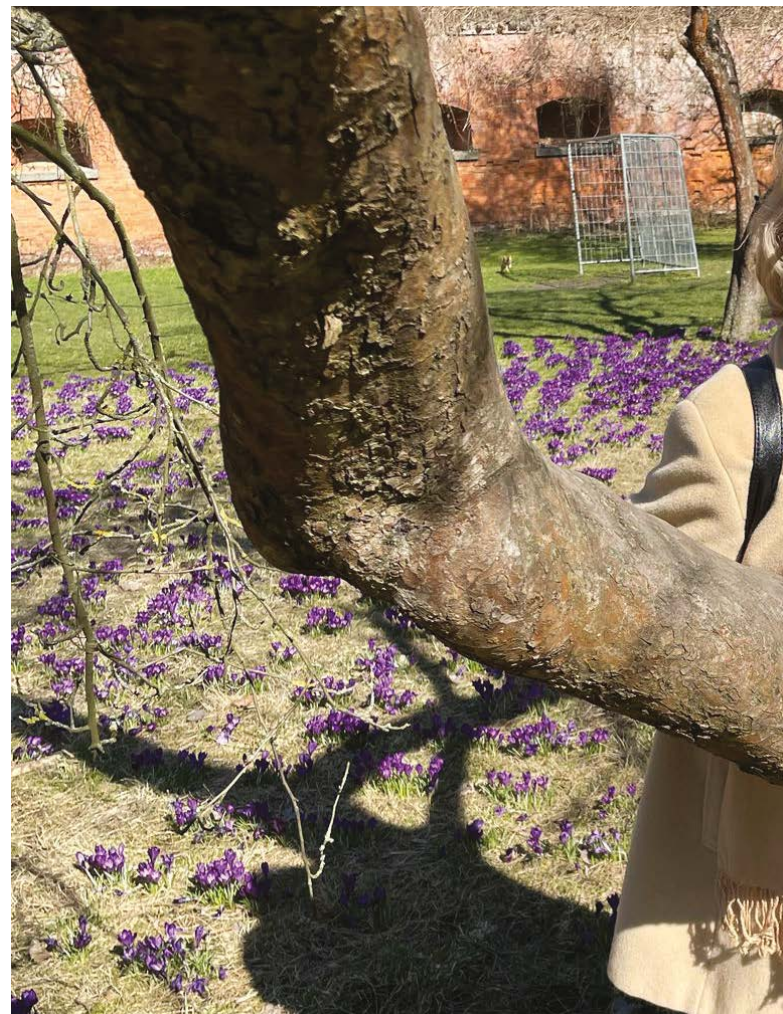
Wszystko to dało mi do myślenia i stwierdziłam, że czas na coroczny „przeгляд” u lekarza, ale do przychodni przy Wojskowym Instytucie Medycy Lotniczej dotarłam dopiero 6 maja. Oddałam krew i mocz do badania, wyniki miały być następnego dnia. Od lekarza pierwszego kontaktu dostałam skierowanie i tego samego dnia poszłam do gastroenterologa - dr Lecha Mariusza Winnickiego, który niestety już nie żyje. Ponieważ w placówce trwał remont, doktor początkowo stwierdził, że gastroskopię wykona na kolejnej wizycie, ale potem zmienił zdanie. Być może przyczyną była ta moja nienaturalna bladość. Za tę niezwykłą onkologiczną czujność będę mu dozgonnie wdzięczna. Skontaktował się z laboratorium, by przyspieszyć badania krwi i moczu. Gdy je otrzymał, poprosił ekipę remontową, by przerwała pracę i włączyła prąd, by mógł wykonać mi gastroskopię.

To był ten moment, kiedy zaczęłam czuć prawdziwy niepokój - prośba o przyspieszenie badań laboratoryjnych, zakaz oddalania się od gabinetu i teraz to?

Do tego gastroenterolog wykonujący badania poprosił pielęgniarkę by natychmiast skontaktowała się z innym lekarzem, który już opuścił szpital. Pomyślałam, że to jednak chyba nie jest zwykła anemia ani

ewentualnie polip. Okazało się, że tuż poniżej wpustu żołądka miałam polipowatą zmianę wielkości około 2 cm o dość gładkiej powierzchni, która była prawdopodobnie przyczyną krwawienia, bo krwi w żołądku lekarz znalazł sporo. To właśnie to krwawienie było przyczyną mojej poważnej anemii. Na moje pytanie po badaniu „Czy to jest polip?” Doktor odpowiedział „Dziecko, chciałbym, żeby to był polip”.

Wtedy po raz pierwszy padło słowo „onkologia”. Chciałam zostać w szpitalu Wojskowego Instytutu Medycy Lotniczej, bo tu była „moja” przychodnia



i szpital i tu robiono mi badania, ale okazało się, że problem jest na tyle poważny, że muszę natychmiast znaleźć się w placówce o najwyższej referencyjności. Po tym badaniu już do domu nie wróciłam - lekarz wezwał karetkę, która przewiozła mnie do szpitala na Szaserów (Wojskowy Instytut Medyczny). Tu jeszcze raz przeprowadzono badania, pobrano wycinek z tej polipowatej zmiany, zaopatrzone krwawienie i położono mnie na oddziale.

Nie zdawałam sobie wtedy sprawy, jaka choroba mnie dotknęła i byłam zaskoczona tym, że do mojego łóżka przychodziły całe pielgrzymki lekarzy i studentów.

Medycy już wtedy podejrzewali, że mam GIST (więcej informacji o GIST znajdziesz pod tekstem), który jest bardzo rzadkim nowotworem. Okazało się, że operacja nie może być wykonana w trybie natychmiastowym, bo nie pozwala na to mój stan zdrowia. Konieczne były między innymi przetoczenia krwi. Z oddziału wyszłam po 8 dniach z zaleceniem wypoczynku i wzmocnienia organizmu przed czekającą mnie za 3 tygodnie operacją.

Ponownie w szpitalu stawiałam się 18 czerwca na usunięcie zmiany w żołądku, która już osiągnęła rozmiar 4 cm. Operację usunięcia 1/3 żołądka wykonano mi laparoskopowo, dzięki czemu dość szybko wróciłam do aktywności. Przy odbieraniu wypisu po

operacji poproszono mnie, bym poszła na oddział onkologii. Stamtąd przekierowano mnie do prof. Piotra Rutkowskiego (wtedy jeszcze doktora) do Instytutu Onkologii. Udało mi się dostać do niego na wizytę już 5 sierpnia.

Do tego czasu, mając wyniki histopatologiczne i epikryzę, zdążyłam zebrać nieco informacji na temat GIST i przyznam szczerze, byłam przerażona. W korytarzu przed gabinetem prof. Rutkowskiego był tłum pacjentów, od których dodatkowo nasłuchiwałam się różnych strasznych, ale i często wzruszających historii. Po powrocie do domu napisałam testament, bo byłam przekonana, że jestem już u kresu życia.

Moja rozmowa z prof. Rutkowskim była krótka, ale bardzo konkretna. Zapytałam się o to czy mogłabym być leczona nowym lekiem (*imatynib*), o którym tyle dobrego usłyszałam na korytarzu od innych pacjentów. Profesor spojrzął na mnie karcącym wzrokiem i powiedział, że „*Glivec* to nie cukierki, jak będzie potrzeba, to pani go będzie brała, ale pani operacja była radykalna i nie ma takiej potrzeby”. Wyzaczył mi kolejną wizytę za 3 miesiące, a na kontrole przychodziłam w sumie przez 5 lat. Przez te wszystkie lata, aż do dzisiaj, nie pojawiły się żadne przerzuty i nic złego się nie dzieje.

To od prof. Rutkowskiego dowiedziałam się o istnieniu Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST i poznałam wspaniałych ludzi, którzy stali się moją drugą rodziną.

W tym pierwszym momencie choroby możliwość porozmawiania o tym, co mnie spotkało była mi niezwykle potrzebna. Może to truizm, ale nikt tak dobrze nie zrozumie pacjenta jak inny pacjent.

Oczywiście nie oznacza to, że nie miałam wsparcia rodziny. Córki i zięciowie byli i są moim oparciem. Towarzyszą mi w chorobie od początku i zawsze mogę na nich liczyć.

Dowiedziałam się też o Akademii Walki z Rakiem i chodziłam na organizowane w jej ramach cotygodniowe spotkania, gdzie wraz z innymi pacjentami, przy wsparciu m.in. psychologa i psychoonkologa, uczyliśmy się żyć z chorobą. Życie w tym czasie toczyło się dalej. Doczekałam się wnuczki, cieszyłam się rodziną a przy tym czynnie uczestniczyłam w działaniach Stowarzyszenia - weszłam nawet do jego zarządu. Moje grono przyjaciół i znajomych znacząco się poszerzyło.

Uczestniczyłam w wielu konferencjach naukowych i spotkaniach międzynarodowych. To dzięki temu nabrałam pewności, że nasza onkologia,



szczególnie leczenie GIST jest naprawdę na światowym poziomie, a nasi lekarze cieszą się dużym uznaniem wśród swoich zagranicznych kolegów.

W czasie jednej z konferencji wpadła mi w ręce broszura zatytułowana „Odchodzenie”. Wywarła ona na mnie wielkie wrażenie, przeczytałam ją jeszcze w samolocie. Byliśmy z Piotrem Fonrobertem, prezesem naszego Stowarzyszenia przekonani, że ze względu na tematykę, wzbudzi ona równie duże zainteresowanie wśród innych pacjentów. Okazało się, że niekoniecznie. Każdy z nas ma inne podejście do choroby i do odchodzenia, z którym ona się wiąże. W naszej kulturze staramy się unikać tematu śmierci i dotyczy to również pacjentów onkologicznych i ich rodzin. Rozumiem to, choć sama należę do tej grupy osób, które uważają, że chowanie głowy w piasek niczego nie da i warto wiedzieć z czym przyjdzie nam się zmierzyć na końcu drogi.

Moje życie towarzyskie i rodzinne kwitło, byłam też bardzo aktywna fizycznie, chodziłam na wielokilometrowe spacerory bez względu na pogodę.

W tym czasie trochę zamieszania wprowadził pieprzyk na twarzy, który zaniepokoił prof. Rutkowskiego, ale po jego usunięciu okazało się, że nie było to nic groźnego, a jedynie znamię błękitne.

Kolejne zamieszanie wokół mojego zdrowia powstało w 2020 roku. Zauważyłam, że w trakcie moich ulubionych długich spacerów coraz szybciej się męczę. Odczuwałam też ból w klatce piersiowej.

Najpierw myślałam, że to lewa pierś, ale badanie nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Po długich perypetiach i już w trakcie pandemii zdiagnozowano u mnie chorobę wieńcową. I ponownie, szczęśliwie okazało się, że nie jest ona bardzo zaawansowana, ale cierpię na zespół metaboliczny i powinnam brać leki. Przekonałam jednak lekarza, że jestem zdyscyplinowanym pacjentem i stanę na głowie, by poprawić wyniki i uniknąć brania kolejnych leków. I tak się stało - odpowiednia dieta i duża dawka ruchu, który tak lubię, zrobiły swoje. Oczywiście jestem pod stałą opieką kardiologa i regularnie chodzę na kontrole.

Jednak, żeby nie było tak różowo, w trakcie diagnostyki choroby wieńcowej radiolog zwróciła uwagę na lekki cień na płucu (zjawisko szyby matowej) i z całego serca doradziła mi konsultację pulmonologiczną. W styczniu 2022 roku w opisie badania TK napisano, że "w segmencie trzecim prawego płuca widoczny jest obraz matowej szyby około 26x17 mm". Potraktowano to, co prawda ze znakiem zapytania, jako zmianę pozapalną. Muszę powiedzieć, że ani ja ani co dziwniejsze lekarze nie zwrócili uwagi



na to, że takie zmiany powyżej 1 cm powinny być traktowane jako guz. Kolejne badanie wykonano w maju 2022 roku - zmiana nie powiększyła się. Dopiero w sierpniu 2024 roku badanie pokazało, że zmiana powiększyła się, ale w opisie można przeczytać, że nie widać znaczących różnic w porównaniu z poprzednim badaniem. Trudno mi było przyjąć ten opis, bo różnica 4 mm nie jest mała. Moja pulmonolog również się zaniepokoiła i skierowała mnie na bronchoskopię na *cito*. Trafiłam na Izbę Przyjęć na Płocką.

Lekarz, który mnie przyjął, zadał mi szereg pytań, na które odpowiedziałam zgodnie z prawdą, że nie mam żadnych niepokojących objawów, nie palę i nigdy nie paliłam papierosów, nie odczuwałam duszności, nie kasłałam, nie gorączkowałam, nie schudłam, apetyt miałam w normie, a jedyną czerwoną flagą było to, że mój tata zmarł na raka płuca.

W trakcie badania nie znaleziono u mnie powiększonych węzłów chłonnych, a w płucach nie było słychać szmerów. Nic nie wskazywało na konieczność nagłej hospitalizacji. To spowodowało, że doktor określił mój stan jako dobry i decyzję o przeprowadzeniu nieprzyjemnego badania, jakim jest bronchoskopia przekazał torakochirurgowi.

Od tego momentu sprawy potoczyły się bardzo szybko. Operację udało się wykonać małoinwazyjną techniką VATS – *video-assisted thoracoscopic surgery*. Dzięki temu nie otwierano mi klatki piersiowej i uniknęłam długotrwałej rekonwalescencji. W trakcie operacji usunięto mi cały górny płąt prawego płuca, a badania histopatologiczne i genetyczne potwierdziły, że ta zmiana była rakiem gruczołowym płuca. Dowiedziałam się przy tym, że uważa się, że gruczolakorak rozwija się z komórek gruczołowych zlokalizowanych w nabłonku wyściełającym drogi oddechowe. Często rozwija się na zewnętrznej przestrzeni płuca i niekiedy już na wczesnym etapie może dawać przerzuty do węzłów chłonnych lub innych miejsc w organizmie. Rak gruczołowy może występować u osób niepalących lub o niewielkiej ekspozycji na dym tytoniowy, częściej u kobiet, nierzadko w wieku 30-40 lat.

Diagnoza przerażająca, ale ponownie miałam szczęście - jak powiedział mi mój niezwykle empatyczny i zaangażowany lekarz prowadzący - dr Piotr Maria Rudziński - operacja przebiegła pomyślnie, a zmianę udało się usunąć radykalnie. Badanie kontrolne miałam po trzech miesiącach czyli pod koniec

stycznia i nadal czekam na wynik. Oczywiście strach pozostał, bo rak płuca to nie żarty i dopiero niedawno pojawiły się nowe terapie, które dają szansę pacjentom.

W trakcie badań wykonywanych przed operacją wycięcia płuca znaleziono podejrzaną zmianę w jelicie grubym. To skłoniło mnie do wykonania kolonoskopii, bo ostatnią robiłam 10 lat wcześniej. Znalaziono tłuszczaka w jelicie grubym, więc teraz czas zająć się kolejnym problemem. Czekam na dalsze badania, ale staram się, by te wędrówki po lekarzach nie zdominowały mojego życia. W tym, by tak się nie stało, wielką rolę odgrywają moi przyjaciele ze Stowarzyszenia.

Chciałabym, by pacjenci, szczególnie ci, którzy dopiero wchodzą na ścieżkę pacjenta, nie bali się szukać wsparcia w organizacjach pacjentów. Jest ich naprawdę wiele i każdy znajdzie coś dla siebie.





Z własnego doświadczenia wiem, że wsparcie „towarzyszy w niedoli” jest nie do przecenienia. Wiele osób odradzało mi kontakt z innymi chorymi, bojąc się, że będzie to miało zły wpływ na moje samopoczucie. A jest wręcz przeciwnie. Działanie w naszym Stowarzyszeniu daje wielką radość i jest odskocznią od wszystkich problemów. Wspólnie przeżywamy radości, ale i smutki. Otwierając się na drugiego człowieka, sami wiele zyskujemy. Uczymy się mówić o swojej chorobie, dzielić obawami, wzajemnie wspierać i dawać nadzieję.

Co roku organizujemy spotkania naszych pacjentów (przy czym niektórzy przyjeżdżają z bliskimi) z całej Polski, w których uczestniczy „nasz” prof. Rutkowski. W ich trakcie korzystamy z wykładów zaprzyjaźnionych specjalistów, ale znajdujemy też czas na zabawę - organizujemy ogniska i potańcówki. Choć czasem łezka się oku zakręci, to jest i dużo radości. My naprawdę lubimy spędzać ze sobą czas. Życzę wszystkim pacjentom, by tak jak ja znaleźli w tym trudnym dla siebie czasie przyjaciół wśród podobnych sobie, bo dzięki temu łatwiej jest iść przez chorobę.

Chciałabym też zaapelować o to, byście się Państwo wsłuchiwali w swój organizm, badali regularnie i pamiętali o prześwietleniach płuc. Moja historia pokazuje, że wczesne wykrycie nowotworu naprawdę ma znaczenie. Jeśli tak się uda, to jest właśnie „szczęście w nieszczęściu”.

Stowarzyszenie Pomocy Chorym na GIST działa od 2004 roku. Jego główne, niezmiennie od lat działania skupiają się na pomocy pacjentom w zakresie przewycięzania bardzo rzadkiego nowotworu sadowiącego się w podścielisku przewodu pokarmowego. Właśnie od angielskiego skrótu fachowego terminu tej lokalizacji nowotworu przyjęto nazwę Stowarzyszenia - GIST.

Słowo GIST jest akronimem angielskiej nazwy patologii: *gastrointestinal stromal tumors*, która w Polsce znana jest jako nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego. GIST jest nowotworem rzadkim i należy do grupy nowotworów zwanych mięsaki. Mięsaki są nowotworami pochodzenia mezenchymalnego, wywodzącymi się z tkanek podporowych ciała, na przykład tkanki łącznej, kostnej, chrzęstnej, tłuszczowej i mięśni. Nowotwory GIST stanowią odrębną grupę najczęstszych nowotworów mezenchymalnych przewodu pokarmowego i najprawdopodobniej wywodzą się ze śródmiąższowych komórek Cajala (uważanych za komórki „rozsusznikowe” odpowiedzialne za ruch perystaltyczny jelit), lub ich prekursorów. GIST-u nie należy mylić z innymi typami nowotworów, które w polskim nazewnictwie noszą miano raków, a wywodzą się najczęściej z komórek nabłonka lub tkanki gruczołowej i są umiejscowione w tych samych co GIST obszarach anatomicznych.

Zachorowalność na GIST w przeliczeniu na liczbę mieszkańców wynosi od 1 do 1,4 na 100.000. To oznacza, że statystycznie każdego roku na tę chorobę zapada ok. 400 Polaków a diagnozuje się ok. 200-300 osób. Obecnie w Rejestrze Klinicznym GIST odnotowano ponad 1500 pacjentów, a nasze Stowarzyszenie zrzesza ponad 270 członków.

- Ponieważ występowanie naszej choroby nie jest częste, dlatego skupiliśmy działania na szerzeniu informacji o GIST, jego możliwych terapiach i przewycięzaniu skutków ubocznych stosowanych leków. Bardzo ważnym obszarem pracy Stowarzyszenia jest troska o przeprowadzenie właściwej diagnozy u osób z podejrzeniem GIST. Przypadki błędnego rozpoznania GIST niestety nie zostały jeszcze wyeliminowane. Nadal zdarzają się źle postawione diagnozy, choć - dzięki badaniom molekularnym - możemy łatwiej zdiagnozować tę chorobę i wytyczyć cel jej terapii - mówi Piotr Fonrobert, pacjent a zarazem Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST.



KONTAKT:

Stowarzyszenie Pomocy Chorym na GIST

ul. Potocka 14, Warszawa
tel: 22 832 21 03, 503 158 624

mail: stowarzyszenie@gist.pl

www.gist.pl

OBRZĘK LIMFATYCZNY

krótka ściągawka

Światowy Dzień Obrzęku Limfatycznego obchodzimy co roku 6 marca. To problem zdrowotny, który stosunkowo często dotyka pacjentów onkologicznych. Do jego pojawienia może przyczynić się leczenie przeciwnowotworowe, ale może też być wynikiem postępu choroby. Co trzeba wiedzieć o obrzęku limfatycznym?

Mimo, że obrzęk limfatyczny jest dość częstym problemem, to nadal niewiele się o nim mówi, a i świadomość społeczna na temat tego problemu nie jest duża.

Pacjent z obrzękiem często zbyt długo ignoruje objawy lub bezskutecznie szuka pomocy, a obrzęk w tym czasie powiększa się z każdym dniem, by z czasem osiągnąć monstrualne rozmiary.

W Polsce i w krajach europejskich najczęstszą (około 70 proc. przypadków) przyczyną obrzęków limfatycznych jest uszkodzenie układu limfatycznego w przebiegu leczenia chorób nowotworowych. Może do niego dojść czy to na skutek limfadenektomii (usunięcia węzłów chłonnych), czy też w trakcie radioterapii. Obrzęk limfatyczny kończyny powoduje pogorszenie jej funkcji, negatywnie wpływając na jakość życia. Nieleczony obrzęk limfatyczny może powodować dotkliwe zniekształcenia kończyn, prowadząc nawet do inwalidztwa.

Około 70 proc. chorych dotkniętych obrzękiem limfatycznym w naszym kraju to kobiety po leczeniu operacyjnym raka piersi i chorzy leczeni z powodu nowotworów innych niż rak piersi. Pozostałe 30 proc. przypadków to pacjenci z pierwotnymi obrzękami limfatycznymi (w tym dzieci z wrodzonymi obrzękami limfatycznymi) oraz pacjenci z obrzękami limfatycznymi pourazowymi i pozapalnymi. Zdaniem ekspertów, obrzęk limfatyczny dotyczy blisko 15 proc. wszystkich chorych na nowotwory.

Usunięcie węzłów chłonnych u pacjentów onkologicznych może prowadzić do rozwoju niewydolności układu limfatycznego, a w konsekwencji do powstania obrzęku limfatycznego. Jest to spowodowane utrudnionym przepływem chłonki oraz gromadzeniem się jej w tkance podskórnej kończyny po stronie operowanej.

U pacjentów leczonych z powodu raka piersi i czerniaka obrzęk limfatyczny obejmuje kończynę

górną. Obrzęk limfatyczny kończyny dolnej może pojawić się u pacjentów leczonych z powodu czerniaka, raka sromu, raka szyjki macicy, raka prostaty czy raka pęcherza moczowego. Natomiast leczenie nowotworów głowy i szyi może prowadzić do obrzęków limfatycznych okolicy głowy.

Cztery stadia obrzęku limfatycznego

- **Stadium pierwsze** - obrzęk jest dla pacjenta niewidoczny, cechuje się zmniejszoną objętością transportową chłonki i wywołuje subiektywne, negatywne odczucia u chorego.
- **Stadium drugie** - pojawia się miękki, widoczny gołym okiem obrzęk, który tworzy się na skutek gromadzenia się płynu bogatobiałkowego.
- **Stadium trzecie** - obrzęk staje się twardy, trwa gromadzenie się płynu bogatobiałkowego i zaczynają tworzyć się zwłóknienia.
- **Stadium czwarte** - obrzęk jest twardy i bolesny, towarzyszą mu zmiany skórne i zwłóknienia.

Terapia przeciwobrzękowa

Terapia przeciwobrzękowa opiera się na fizjoterapii, której celem jest odprowadzenie nadmiaru chłonki, pobudzenie tworzenia się krążenia obocznego i regeneracji naczyń i węzłów chłonnych, przywrócenie równowagi odpływu chłonki i zapobieganie następstwom obrzęku.

Program ćwiczeń jest zawsze dopasowywany do każdego pacjenta indywidualnie i obejmuje: rozgrzewkę, ćwiczenia udrażniające, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia rozluźniające w obrębie kończyn i ćwiczenia rozciągające. Ćwiczenia nie powinny być ani zbyt intensywne ani zbyt szybkie. Poza tym zaleca się je wykonywać w bandażach lub wyrobach uciskowych.

Elementy terapii przeciwobrzękowej

MANUALNY DRENAŻ LIMFATYCZNY

zmniejsza obrzęk, bo wspomaga przenikanie płynu tkankowego do naczyń limfatycznych i przyspiesza odtransportowanie chłonki.

KOMPRESJOTERAPIA (bandażowanie) to pierwsza faza (tzw. udrażniająca) terapii kompresyjnej. Jej zadaniem jest podtrzymanie efektów uzyskanych podczas drenażu limfatycznego. Kompresjoterapia ułatwia wnikanie płynu tkankowego do naczyń chłonnych, aktywizuje działanie pompy mięśniowej, przyspiesza regenerację zwłókniałych tkanek, zmniejsza aktywność stanu zapalnego i zmniejsza rozmiar obrzęku. Ta faza terapii obrzękowej, w zależności od potrzeb danego pacjenta, trwa 3-6-9 tygodni.

NOSZENIE BIELIZNY KOMPRESYJNEJ

to faza druga, utrwalająca, terapii przeciwobrzękowej. Trwa ona przez całe życie, a jej celem jest utrwalenie osiągniętych efektów zmniejszenia obrzęku oraz zapobieganie nawrotom.

TERAPIA RUCHEM ma na celu aktywizację mięśni szkieletowych do pracy, a co za tym idzie wzmożenie oddziaływania pompy mięśniowej na naczynia chłonne - wpływa na przyspieszenie transportu chłonki oraz poprawę upośledzonej ruchomości w stawach.

PIELĘGNACJA SKÓRY czyli stosowanie specjalnych kosmetyków o neutralnym dla skóry PH.

Poza tym pacjenci z obrzękami limfatycznymi w trakcie fizjoterapii mogą korzystać z **ZABIEGÓW FIZYKALNYCH** m.in. prądów o niskiej częstotliwości (TENS), ultradźwięków czy lasera biostymulacyjnego.

Jak żyć z obrzękiem?

OGÓLNE WSKAZÓWKI

- Dbaj o skórę, odpowiednio ją myj i nawilżaj
- Nie mierz ciśnienia krwi na obrzękniętej kończynie
- Nie pozwól nikomu pobierać krwi czy wykonywać iniekcji oraz wlewów kroplowych w obrębie obrzękniętej kończyny
- Nie noś obcisłej bielizny
- Dbaj o swoją wagę, jedz dużo warzyw i owoców, ogranicz sól
- Chroń obrzękniętą kończynę przed ugryzieniami i ukąszeniami owadów i zwierząt oraz przed skaleczeniami
- Unikaj wysokich temperatur, opalania się i sauny
- Po zabiegu manualnego drenażu z bandażowaniem wykonuj ćwiczenia ruchowe i wszystkie, możliwe do wykonania, czynności życia codziennego, ale unikaj dużych wysiłków
- W dzień noś specjalistyczną odzież kompresyjną (rękawy, rękawiczki, pończochy, podkolanówki, rajstopy, skarpetki) i wykonuj zalecone ćwiczenia
- W nocy układaj obrzękniętą kończynę w pozycji drenażowej (na podwyższeniu), by wspomagać odpływ chłonki i nie zapominaj o bandażowaniu
- Pamiętaj o samokontroli całego ciała, a szczególnie przynależnych do obrzękniętej kończyny, regionalnych węzłów chłonnych
- Sprawdzaj też węzły w dole nadobojczykowym, w okolicy uszu, żuchwy, pachwin i pach, a ewentualne wykryte nieprawidłowości szybko konsultuj z lekarzem
- Pamiętaj też o wizytach kontrolnych u lekarza prowadzącego

DLA PACJENTÓW

**Dofinansowanie na wyroby kompresyjne**

Pacjenci z obrzękiem limfatycznym mogą uzyskać dofinansowanie na wyroby kompresyjne zlecone do leczenia obrzęku limfatycznego - zarówno na produkty uciskowe na zamówienie (szyte na miarę), jak i na produkty produkowane seryjnie, np. rękawy uciskowe, rękawiczki uciskowe, odzież uciskową na stopę, pończochy, podkolanówki czy rajstopy. Zlecenie refundacji, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, można uzyskać od podmiotów uprawnionych do ich wystawiania, czyli m.in. lekarzy NFZ, ale też w trakcie wizyty w prywatnym gabinecie.

Wyroby medyczne refundowane są w różnej wysokości, na określony czas. Refundowany ze środków publicznych wyrób medyczny (oznaczony daną grupą i liczbą porządkową), wysokość refundacji, okres użytkowania, kryteria przyznawania oraz wykaz osób uprawnionych do wystawiania zlecenia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (t.j. Dz. U. 2019 r., poz. 1267.)

Limfa i układ limfatyczny

Chłonka, inaczej limfa (łac. *lympha*), to płyn krążący w układzie limfatycznym, który składa się z:

- naczyń limfatycznych,
- węzłów chłonnych,
- wątroby,
- śledziony,
- migdałków,
- naczyń chłonnych.

Głównym zadaniem chłonki w organizmie człowieka jest transport białek oraz limfocytów z powrotem z tkanek do układu krążenia.

Fizjologicznie w organizmie człowieka wytwarzanych jest od dwóch do czterech litrów chłonki na dobę, natomiast jej ilość jest znacznie większa (aż 4-15 razy), a odpływ sprawniejszy u osób prowadzących aktywny tryb życia.

Limfa przepływa w naczyniach chłonnych dzięki trzem mechanizmom: rytmicznym kurczom dużych naczyń chłonnych, skurczom mięśni szkieletowych oraz ujemnemu ciśnieniu w klatce piersiowej, a na jej powstawanie wpływ mają między innymi czynniki nerwowe, hormonalne, niedotlenienie tkanek, temperatura otoczenia, a także inne czynniki fizyczne.

Z punktu widzenia pacjenta onkologicznego istotne może być to, że układ limfatyczny jest jedną z dróg przetrwania nowotworów, a rokowanie pacjentów oraz metodę leczenia często ustala się na podstawie objęcia procesem chorobowym okolicznych węzłów chłonnych.

Nie bójmy się FENTANYLU

Fentanyl jest lekiem przeciwbólowym z grupy leków opioidowych. Jest pochodną morfiny, ale działa od niej sto razy silniej. Znosi ból bardzo zróżnicowany, od np. bólu urazowego, poopercyjnego, czy bólu towarzyszącego zawałowi mięśnia sercowego po ból przewlekły - w tym ból związany z chorobami nowotworowymi.



Dr hab. Anna Staniszevska

Adiunkt w Katedrze i Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani, przewodnicząca Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego

Mechanizm działania fentanylu opiera się na tym, że łączy się on z receptorami opioidowymi, znajdującymi się w organizmie i pobudza je. Fentanyl dobrze rozpuszcza się w tłuszczach, dobrze wchłania się przez skórę, przez śluzówki nosa i jamy ustnej.

To, jak szybko po podaniu lek zadziała zależy w dużej mierze od jego postaci i drogi podania. Gdy podamy lek podpoliczkowo czy donosowo to zadziała już po kilku minutach, a gdy zastosujemy plastry, to na pełny efekt przeciwbólowy trzeba poczekać, bo jego stężenie będzie wzrastać stopniowo przez pierwsze 12 do 24 godzin, a potem (do 72 godzin) utrzymywać na stałym poziomie.

W XXI wieku skazywanie pacjenta na odczuwanie bólu, przy obecnych osiągnięciach medycyny jest po prostu niehumanitarne, jednak z tych możliwości należy korzystać w sposób rozsądny i przemyślany.

Ważne przy tym jest, by dostosowywać terapię do potrzeb pacjenta. Stąd Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała w 1986 r. schemat, wg którego stosuje się leki przeciwbólowe w zależności od tego, jak intensywny ból odczuwa pacjent (patrz tabela). Zgodnie z tym schematem, leczenie bólu zaczynamy od leków łagodniej działających i dopiero, gdy okazują się one nieskuteczne, ból się nasila, to sięgamy po leki silniejsze. Oczywiście są od tej reguły wyjątki, jeżeli pacjent odczuwa od początku silny ból, wtedy od razu podaje się leki wykazujące

silniejsze działanie przeciwbólowe.

Fentanyl znajduje się na III szczeblu drabiny analgetycznej - jest lekiem wypisywanym przez lekarza, który pacjent może kupić wyłącznie na receptę. Jest dostępny w różnych formach podania, dzięki czemu pacjent i lekarz mogą wybrać taką, która jest w danym momencie najbardziej optymalna.

Do wyboru są:

- tabletki podjęzykowe i podpoliczkowe,
- roztwór do wstrzykiwań,
- system transdermalny (plastry),
- aerozole do nosa.

Jak każdy lek, tak i fentanyl ma swoje plusy, czyli wskazania i minusy, czyli działania niepożądane.

Zaletą fentanylu jest to, że bardzo dobrze niweluje silny ból, a także to, że dzięki dokładnemu dawkowaniu i różnorodnym formom, w których występuje, można ściśle dopasować dawkę do potrzeb pacjenta.

Natomiast długotrwałe, niekontrolowane stosowanie, gdy pacjent przyjmuje lek niezgodnie z zaleceniami lekarza, na przykład modyfikując dawki czy podając je sobie zbyt często, może oczywiście doprowadzić do uzależnienia albo do rozwoju tolerancji czyli sytuacji, w której trzeba przyjmować coraz większe dawki leku, by był on skuteczny.

Uzależnienie może być zarówno fizyczne, gdy pacjent zaczyna silniej odczuwać ból i potrzebuje większych dawek leku, ale może być też psychiczne, gdy sięga po kolejną dawkę, mimo, że nie odczuwa bólu.

Racjonalne stosowanie się do zalecenie terapeutycznych ogranicza ryzyko jakichkolwiek tego typu problemów. Wielu pacjentów na tyle zna swoje ciało i ból, który odczuwa, że wie, kiedy sięgnąć po środ-

ki łagodniejsze, a kiedy konieczne jest skorzystanie z siły przeciwbólowej fentanylu.

Zła sława fentanylu

Opioidy działają na ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy. Z tego względu nie tylko znoszą ból, ale mogą też powodować inne działania, m.in. euforię i pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych (potocznie mówimy o narkotykach czy dopalaczach), takich jak morfina z czasem wykształcają tolerancję na substancje psychoaktywne, z których korzystają i zaczynają poszukiwać coraz mocniej-

szych środków. A jak wcześniej wspomniałam, działanie fentanylu jest 100 razy silniejsze od morfiny, więc doskonale wpisuje się w ten schemat uzależnienia.

Podkreślę jednak raz jeszcze, że pacjent, który odczuwa bardzo silny, przewlekły ból, stosując się do zaleceń lekarza, może bezpiecznie sięgać po ten lek. Fentanyl, stosowany racjonalnie, zdecydowanie poprawia jakość życia pacjentów. Nie zapominajmy, że fentanyl pomógł milionom pacjentów i tego faktu nie powinny nam przesłaniać sensacyjne doniesienia prasowe opisujące jego stosowanie przez osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych.

Standardy postępowania w leczeniu bólów nowotworowych według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

Stopień bólu	Stosowane leki	Leki stosowane dodatkowo	Leki wspomagające
I stopień	analgetyki nieopiodowe: <ul style="list-style-type: none"> • paracetamol • metamizol • nefopam • niesteroidowe leki przeciwzapalne 	<ul style="list-style-type: none"> • ewentualnie lek wspomagający 	<ul style="list-style-type: none"> • trójcykliczne leki przeciwdepresyjne • leki przeciwdepresyjne o budowie innej niż trójpierścieniowa <ul style="list-style-type: none"> » mianseryna » citalopram » fluoksetyna » sertralina » paroksetyna • leki przeciwpadaczkowe <ul style="list-style-type: none"> » karbamazepina » okskarbazepina » gabapentyna » lamotrygina • baklofen • kortykosteroidy • leki uspokajające <ul style="list-style-type: none"> » hydroksyzyna » diazepam » klonazepam • bisfosfoniary • klonidyna • antagonisty receptora n-metylo-d-asparginianu • leki znieczulające miejscowo
II stopień	słaby opioid: <ul style="list-style-type: none"> • dihydrokodeina • kodeina • tramadol • małe dawki*: morfina, oksykodon, hydromorfon 	<ul style="list-style-type: none"> • ewentualnie analgetyki nieopiodowe • ewentualnie lek wspomagający 	
III stopień	silny opioid: <ul style="list-style-type: none"> • morfina • fentanyl • buprenorfina • oksykodon • metadon • tapentadol 	<ul style="list-style-type: none"> • ewentualnie analgetyki nieopiodowe • ewentualnie lek wspomagający 	Inne metody: <ul style="list-style-type: none"> • blokady, neurolizy, • metody operacyjne • metody psychologiczne i fizjoterapeutyczne • neuromodulacja, masaż, akupunktura, akupresura

* II stopień – małe dawki tzn: morfina do 30mg/dobę; oksykodon do 20mg/dobę; hydromorfon do 4g/dobę (dawki dla doustnej drogi podania) – wg zaleceń EAPC (European Association for Palliative Care)

RAK JELITA GRUBEGO

jak działają zespoły interdyscyplinarne?

Leczenie wszystkich nowotworów, nie tylko nowotworów przewodu pokarmowego, ma charakter interdyscyplinarny. Oznacza to, że pacjent potrzebuje w trakcie leczenia ekspertyzy z więcej niż jednej dziedziny medycyny. Trudno bowiem oczekiwać, by jeden lekarz orientował się równie dobrze we wszystkich dziedzinach - chirurgii, radioterapii, patomorfologii, radiologii i wielu innych, których pacjent potrzebuje w trakcie leczenia. W związku z tym leczenie powinno planować i prowadzić jeden lekarz, a zespół lekarzy różnych specjalizacji, potrzebnych pacjentowi w trakcie procesu terapeutycznego.



Dr n. med. Paweł Potocki

Asystent w Katedrze i Klinice Onkologii Collegium Medicum UJ w Krakowie w ramach kampanii Fundacji EuropaColon Polska „Nie miej tego gdzieś! Wszystko na temat raka jelita grubego”

W onkologii taki zespół nazywamy właśnie zespołem interdyscyplinarnym leczenia nowotworów lub zespołem narządowym, a w literaturze anglojęzycznej - *Tumor Board* czy *Comprehensive Cancer Center*. W przypadku zespołów specjalizujących się w leczeniu nowotworów jelita grubego utarło się także zespoły nazywać *Colorectal Cancer Unit*.

Ścieżka poszczególnych pacjentów od początku do końca diagnostyki i momentu zaplanowania leczenia może być różna w zależności od tego, jak zmanifestuje się u nich choroba.

Część pacjentów trafia do szpitala w trybie pilnym. Rak jelita grubego potrafi bowiem doprowadzić do krwawień czy nawet przebiccia jelita. Pacjent, u którego dojdzie do takiej sytuacji zwykle przywożony jest do SOR naszego szpitala. Tam udzielana jest pomoc doraźna i stawia się wstępną diagnozę

co do przyczyny, która doprowadziła do tej sytuacji. Po ustabilizowaniu stanu chorego dalsza diagnostyka toczy się już zwykłym torem. Na szczęście w ten sposób rozpoznawana jest mniejszość naszych chorych.

Dużo większą grupę pacjentów stanowią chorzy, których diagnostykę prowadzimy w sposób planowy. Każdy zespół wielodyscyplinarny powinien mieć tak zwany punkt wejścia. W naszym szpitalu takim punktem jest poradnia chirurgii bądź poradnia chirurgii onkologicznej, do której pacjent może zgłosić się ze skierowaniem albo sam, albo zostać do niej pokierowany przez innego lekarza, stawiającego podejrzenie nowotworu jelita grubego. W tej poradni lekarze chirurdzy z naszego zespołu oceniają wstępnie pacjenta i zlecają odpowiednie badania diagnostyczne.

Pamiętaj! Im wcześniej zostanie wykryty rak jelita

grubego, tym większa szansa na wyleczenie.

Rak jelita grubego wykryty odpowiednio wcześniej

może zostać skutecznie usunięty operacyjnie.

Dlatego naprawdę warto wykonać kolonoskopię.

W leczeniu nowotworów, w trakcie ich diagnostyki, obowiązuje coś, co ja nazywam „onkologicznym ABC”. Zawsze musimy dowiedzieć się, z jakim rakiem mamy do czynienia, z jak zaawansowanym procesem mamy do czynienia i z jakim pacjentem mamy do czynienia czyli na jakie interwencje terapeutyczne organizm pacjenta nam pozwoli.

W związku z tym zawsze będziemy chcieli zdobyć fragment tkanki guza. W przypadku raka jelita grubego najczęściej służy nam do tego kolonoskopia. W naszym szpitalu mamy bardzo dużą i nowoczesną pracownię endoskopii, do której kierujemy pacjenta. Zdarza się też, że choroba jest odkrywana w stadium przerzutowym - wtedy źródłem fragmentu tkanki guza jest biopsja igłowa któregoś z przerzutów. Mamy zakład radiologii, dysponujący sprzętem umożliwiającym wykonanie takiej biopsji czy to pod kontrolą USG czy to pod kontrolą tomografu komputerowego.

W zakładzie diagnostyki obrazowej pracują dedykowani do naszego zespołu radiolodzy, którzy specjalizują się w obrazowaniu zmian nowotworowych i różnicowaniu ich ze zmianami nienowotworowymi. Ci radiolodzy biorą udział w spotkaniach naszego zespołu interdyscyplinarnego.

Zespół interdyscyplinarny spotyka regularnie raz lub dwa razy w tygodniu. W trakcie tych spotkań omawiamy przypadek każdego pacjenta.

Każdy pacjent, po rozpoznaniu nowotworu ma wykonywane odpowiednie badania obrazowe, w celu określenia stopnia zaawansowania choroby. W przypadku wszystkich nowotworów wykonywana jest tomografia klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, która pozwala na wykluczenie lub stwierdzenie obecności przerzutów. W przypadku guzów zlokalizowanych w odbytnicy niezbędne jest również badanie rezonansu magnetycznego miednicy, które pokazuje nam, jakie są stosunki guza do sąsiednich narządów w miednicy i umożliwia zaplanowanie odpowiedniego postępowania przedoperacyjnego i operacyjnego.

Nasz zespół interdyscyplinarny korzysta również ze wsparcia innych specjalistów, którzy pracują w naszym szpitalu. Gdy sytuacja zdrowotna pacjenta jest

skomplikowana, jeśli poza nowotworem ma wiele innych chorób, możemy zwrócić się z prośbą o konsultację do kardiologów, pulmonologów i wszystkich innych specjalistów, pracujących w klinikach naszego szpitala. Dzięki temu, jeśli tylko pacjent wymaga odejścia od standardowej ścieżki, to jesteśmy w stanie taką indywidualną ścieżkę, wymuszoną obecnością innych problemów zdrowotnych, dla niego wypracować.

Kiedy diagnostyka jest zakończona, odbywa się kolejne spotkanie czyli konsylium. Nasz zespół zbiera się na żywo lub on-line, by przedyskutować przypadek każdego pacjenta, który został zdiagnozowany od poprzedniego spotkania zespołu. Wspólnie wypracowujemy najlepszy plan terapeutyczny dla danej osoby. Niektórzy chorzy są przedstawiani na takim spotkaniu więcej niż jeden raz. Dzieje się tak wtedy, gdy leczenie jest wieloetapowe lub ścieżka pacjenta komplikuje się. Ostatecznie pacjent trafia na leczenie do odpowiedniej kliniki. Gdy konsylium zdecyduje o leczeniu chirurgicznym - do kliniki chirurgicznej, gdy zapadnie decyzja o radioterapii - do zakładu radioterapii, a jeżeli konsylium zdecyduje o leczeniu systemowym - to dysponujemy również pełnoprofilowym leczeniem systemowym.

Europejski Miesiąc Świadomości Raka Jelita Grubego

Marzec jest Europejskim Miesiącem Świadomości Raka Jelita Grubego. Niestety, rak jelita grubego może rozwijać się nawet do 10 lat, nie dając wczesnych objawów. Objawy wczesnego nowotworu jelita grubego często mogą nie być odczuwalne (zwłaszcza w bardzo wczesnej fazie), a jeśli występują, nie są swoiste dla raka jelita grubego. Oznacza to, że występują także przy innych schorzeniach, jak hemoroidy, infekcje czy zapalne choroby jelit. Jednak połączenie dolegliwości, takich jak ból brzucha, naprzemienne zaparcia i biegunki, krew w kale, osłabienie, nieplanowany spadek masy ciała - zwłaszcza gdy utrzymują się przez dłuższy czas, powinno wzbudzić podejrzenie raka jelita grubego i stanowić podstawę do szerszej diagnostyki, której podstawą jest kolonoskopia.

Jeśli chcesz poszerzyć swoją wiedzę na temat raka jelita grubego i innych nowotworów przewodu pokarmowego zajrzyj na stronę Fundacji EuropaColon Polska - europacolompolska.pl

Więcej o kampanii „**Nie miej tego gdzieś!**”
Wszystko na temat raka jelita grubego.”
- europacolompolska.pl/kampania-nie-miej-tego-gdzies



EuropaColon
Polska

RAK SZYJKI MACICY

Mamy nowoczesne badania, nowoczesne leczenie i szczepienia

Ministra Izabela Leszczyna podpisała rozporządzenie, na mocy którego program profilaktyki raka szyjki macicy został poszerzony o dwa nowoczesne badania: test HPV HR oraz cytologię na podłożu płynnym (LBC).

Test HPV HR pomaga wykryć wywołujące raka szyjki macicy szczepy wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV 16 i 18), a cytologia na podłożu płynnym jest dokładniejsza od cytologii tradycyjnej i pozwala lepiej ocenić stan zdrowia szyjki macicy. Oba te badania pozwolą skuteczniej wykrywać zmiany nowotworowe już na wczesnym etapie. Zostaną nimi objęte kobiety w wieku 25-64 lata.

- *Skuteczniejsza diagnostyka raka szyjki macicy, czyli testy HPV HR oraz cytologia na podłożu płynnym w koszyku świadczeń gwarantowanych to kontynuacja działań na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa kobiet. Jednocześnie trwa program szczepień przeciwko HPV dla młodzieży w szkołach, a do refundacji weszły dwie nowoczesne terapie stosowane w leczeniu raka szyjki macicy. I na tym na pewno nie koniec - mówi ministra Izabela Leszczyna.*



PRZYPOMNIJMY:

Rak szyjki macicy to jeden z częstszych nowotworów występujących u kobiet. Długo rozwija się bezobjawowo, dlatego jest tak trudny do wykrycia i dlatego tak ważna jest profilaktyka. Na wczesnym etapie jest wyleczalny w ponad 90 proc. przypadków. Niewykryty i nieleczony może prowadzić do śmierci.

Dlatego każda kobieta powinna regularnie zgłaszać się na badania, m.in. wykonywać profilaktyczne badania cytologiczne. To one, wraz ze szczepieniami przeciwko wirusowi HPV stanowią podstawę skutecznej profilaktyki tej choroby.



Jak wygląda badanie?

Wymaz z szyjki macicy jest pobierany na podłoże płynne, co umożliwia wykonanie testu molekularnego HPV HR i oceny mikroskopowej (LBC) z jednej próbki (*triage*). W przypadku ujemnego wyniku testu HPV HR, badanie będzie wykonywane co 5 lat. W przypadku dodatniego wyniku HPV HR, z tej samej próbki, bez konieczności powtarzania wizyty zostanie wykonana cytologia na podłożu płynnym (LBC). Jeśli cytologia wykryje zmiany na szyjce macicy, pacjentka zostanie skierowana na dodatkowe badania w ramach etapu pogłębionej diagnostyki.

Szczepienia HPV w szkołach - chrońmy nasze dzieci

Wirus HPV odpowiada za niemal 100 proc. zachorowań na raka szyjki macicy, ale również za nowotwory sromu i pochwy oraz nowotwory odbytu, jamy ustnej i gardła. Na część z nich mogą zachorować także mężczyźni. Najskuteczniejszym i najprostszym sposobem ochrony przed zakażeniem HPV oraz chorobami wywołanymi przez HPV jest szczepienie. Dlatego we wrześniu 2024 roku Ministerstwo Zdrowia wraz z Ministerstwem Edukacji rozpoczęło akcję edukacyjną oraz umożliwiło organizację szczepień przeciwko HPV w szkołach podstawowych dla chłopców i dziewczynek w wieku 9-14 lat. Tylko w szkołach od uruchomienie programu do 3 marca 2025 roku wykonano ponad 73 000 szczepień. Dodatkowo w tym samym czasie w POZ wykonano 172 911 szczepień. Szczepienia przeciwko HPV są dobrowolne i bezpłatne.

Nowe możliwości w leczeniu raka szyjki macicy

W 2024 oraz 2025 roku Ministerstwo Zdrowia wprowadziło dwie nowoczesne terapie dla pacjentek chorujących na raka szyjki macicy. Obecnie w ramach programu lekowego „Leczenie chorych na raka szyjki macicy (ICD-10:C53)” dostępne są:

1. *Pembrolizumab* w połączeniu z chemioterapią, z lub bez *bewacyzumabu* w pierwszej linii leczenia systemowego.

Pembrolizumab jest dostępny od 1 kwietnia 2024 r.

2. *Cemiplimab* stosowany samodzielnie (monoterapia) w drugiej lub trzeciej linii leczenia systemowego, po wcześniejszym leczeniu chemioterapią lub chemioterapią z *bewacyzumabem*.

Cemiplimab jest dostępny od 1 stycznia 2025 r.

Dodatkowo w ramach leczenia chemioterapią dostępny jest *bewacyzumab*, który stosuje się w leczeniu przetrwałego, nawrotowego lub pierwotnie przerzutowego (stadium IVB) raka szyjki macicy u pacjentek, które nie kwalifikują się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii.

Program ten daje możliwość skorzystania z nowoczesnych metod leczenia, które mogą poprawić efektywność terapii i zwiększyć szanse na wyleczenie.

Nowoczesne formy podania leków TO LEPSZE ŻYCIE PACJENTA

Pacjenci, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową i są na samym początku ścieżki leczenia i zdrowienia często nie mają świadomości, jak bardzo wiele zmian zaszło w onkologii. Nowoczesne leczenie nowotworów to nie tylko tradycyjna chemioterapia, ale bardzo wiele leków, z których część nie wymaga podawania w szpitalu, bo można je przyjmować w ambulatorium lub nawet we własnym domu.

Od lat rozwijane są doustne formy leczenia. Pacjent podczas wizyty otrzymuje leki w postaci tabletek na określony czas i stosuje je w domu. Nowoczesne leki biologiczne, do niedawna stosowane tylko w postaci wlewów dożylnych, mogą być obecnie podawane w postaci wstrzyknięć podskórnych, co skraca czas pobytu pacjenta w jednostce leczącej, bo podanie iniekcji podskórnej jest znacząco krótsze, niż przy wlewie dożylnym - zastrzyk podskórny trwa kilka minut, a kroplówkę podaje się przez ok. 60 min. Coraz szerzej stosuje się też infuzory pozwalające na realizację wielogodzinnych wlewów chemioterapii w warunkach domowych. Wszystkie te rozwiązania mają na celu czynić leczenie jak najmniej uciążliwym i poprawić jakość życia pacjenta.

- *Pacjenci często nie zdają sobie sprawy, że forma podania leku może istotnie wpłynąć na ich codzienne życie. Dzięki edukacji chcemy wspierać zarówno chorych, jak i lekarzy w podejmowaniu decyzji, które najlepiej odpowiadać będą na potrzeby pacjenta. Kluczem do sukcesu jest dialog między lekarzem a pacjentem. Każdy pacjent ma inne potrzeby i styl życia, dlatego tak ważne jest, aby decyzje dotyczące terapii były podejmowane wspólnie, uwzględniając nie tylko medyczne wskazania, ale także codzienne wyzwania, z którymi pacjenci się mierzą* - zwraca uwagę psychoonkolog **Adrianna Sobol**, inicjatorka kampanii „Podanie ma znaczenie”.

Dzięki nowym formom podania leku pacjenci nie muszą spędzać czasu w szpitalu, oszczędzają na kosztach (często dość dalekich) podróży do ośrodka prowadzącego leczenie. Jeśli ich samopoczucie pozwala na aktywność zawodową, to unikają konieczności brania zwolnienia lub urlopu. W przypadku pacjentów niesamodzielnych, zmniejsza się obciążenie opiekuna. A przede wszystkim zaoszczędzony w ten sposób czas mogą spędzić tak, jak mają ochotę. A czas dla pacjenta onkologicznego jest bardzo ważny.

W przypadku pacjentek z rakiem piersi nowoczesne rozwiązania, które pozwalają oszczędzić od 1 do 3,5 godziny podczas wizyty, znacząco wpływają na ich codzienność. Korzyści w dostępie do form podskórnych widzą również pacjenci z rakiem płuca, dla

których czas ma kolosalne znaczenie. Zarówno dla nich jak i ich rodzin każda minuta spędzona poza szpitalnym łóżkiem, w otoczeniu najbliższych jest na wagę złota.

- *Pacjenci onkologiczni, tak jak pacjenci z rakiem płuca to pacjenci, którzy z chorobą nowotworową żyją wiele lat. Taki pacjent mimo choroby chce nadal być aktywny zawodowo, żyć w miarę normalnie. Tymczasem uciążliwości związane z systematycznymi dojazdami na podanie leku skutecznie im to uniemożliwiają. Co więcej, wpływają na życie całej rodziny, bo niejednokrotnie pacjentowi towarzyszą bliscy, spędzając z nim całe dni na szpitalnych korytarzach. Podanie pacjentowi leku w bardziej przyjaznej formie wiąże się też z mniejszym stresem dla chorego, gdyż nie wymaga wkłucia się w żyły, które, szczególnie u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, potrafią się „zapadać”, są mniej widoczne, a przez to wkłucie się bywa kłopotliwe i nawet u doświadczonych pielęgniarek wymaga wielu prób. Podanie podskórne zatem jest znacznie mniej traumatyczną procedurą niż wkłucie dożylnie* - zwraca uwagę **dr hab. n. med. Barbara Radecka**, specjalistka onkologii klinicznej, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym Opolskiego Centrum Onkologii.

Ważnym aspektem, przemawiającym za tym, by uelastyczniać formy leczenia jest to, że coraz więcej chorób onkologicznych można traktować jak choroby przewlekłe, a leczenie trwa przez kilka czy nawet kilkanaście lat.

Tak jest między innymi w przypadku wielu nowotworów hematologicznych. Pacjenci bardzo sobie chwalą możliwość przyjeżdżania do ośrodka prowadzącego raz na kwartał, po to, by spotkać się z lekarzem i odebrać tabletki.

- *Z doświadczenia z pacjentami onkologicznymi,*

wiemy, że preferują oni podskórne formy leczenia, ponieważ wiążą się one z krótszym czasem pobytu w szpitalu. Dodatkowo 8-10 min podania to czas, w którym cała uwaga pielęgniarki przekierowana jest na pacjenta. Może on zadać pytania, których nie chciał bądź nie miał okazji zadać lekarzowi, może opowiedzieć o swoich obawach, czy pojawiających się objawach. Bardzo ważny jest też aspekt psychologiczny - chociażby to, że pacjent gdy przechodzi na podanie podskórne nie musi przebieierać się np. w piżamę, nie musi być hospitalizowany przez kilka godzin, co wyłącza go na ten czas z jego życia społecznego. Pacjent po przyjęciu leku w formie podskórnej wraca do swoich czynności zawodowych, społecznych, rodzinnych - tłumaczy mgr **Mirosława Duszak**, pielęgniarka onkologiczna, koordynatorka badań klinicznych w Warmińsko-Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.

Nowoczesne formy podawania leków onkologicznych to również oszczędności wynikające z redukcji zaangażowania personelu medycznego, obłożenia szpitali i zużycia materiałów niezbędnych do podań dożylnych.

- Każda godzina, którą pacjentka oszczędza, to także godzina zaoszczędzona przez personel medyczny i szpital. Skrócenie czasu leczenia oznacza większą przepustowość ośrodków onkologicznych oraz szybszy dostęp do terapii dla kolejnych pacjentów - mówi **dr Joanna Kufel-Grabowska** z Kliniki Onkologii Radioterapii UCK w Gdańsku.

podanie ma
znaczenie



Chcesz wiedzieć więcej?
Zajrzyj na stronę kampanii
„Podanie ma znaczenie”

www.wtrosce.pl

Źródło: materiały prasowe
kampanii Podanie ma znaczenie

Prof. Rutkowski: Narodowy Portal Onkologiczny będzie gotowy w maju

- Narodowy Portal Onkologiczny będzie gotowy w maju - powiedział przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego prof. Piotr Rutkowski w Światowym Dniu Walki z Rakiem. Dzięki portalowi pacjenci i pracownicy medyczni mają mieć dostęp do aktualnej i rzetelnej wiedzy o leczeniu choroby.

W Narodowym Portalu Onkologicznym znajdą się m.in. informacje o sposobach terapii oraz o miejscach, w których prowadzona jest terapia onkologiczna.

Prof. Rutkowski poinformował, że obecnie rozpoczynane są testy funkcjonalności Narodowego Portalu Onkologicznego. Podkreślił, że do testowania zaproszone zostały m.in. organizacje pacjentów, ale każda chętna osoba może sprawdzić funkcjonalność portalu, zgłaszając się na adres mailowy: nso@nio.gov.pl.

- Chcemy mieć przekonanie, że portal spełni

swoją rolę dla pacjentów, bliskich i ich rodzin - podkreślił. Prof. Rutkowski powiedział PAP, że portal będzie gotowy i dostępny dla każdego w maju.

Narodowy Portal Onkologiczny będzie dostosowany m.in. do smartfonów. Znajdą się tam informacje o kolejnych krokach w terapii onkologicznej, profilaktyce, możliwości wsparcia psychologicznego. Informacje będą podawane m.in. w formie animacji i filmów.

Źródło: Serwis Nauka w Polsce
- naukawpolsce.pl

Medyczna Racja Stanu

O związku otyłości

Otyłość jest czynnikiem ryzyka wielu nowotworów złośliwych, w tym raka nerki i jelita grubego. Przyczynia się też do opóźnienia diagnostyki nowotworów i zwiększa ryzyko zgonu z ich powodu, dlatego niezbędne jest inwestowanie w profilaktykę otyłości i jej leczenie - oceniają eksperci.



Prof. Lucyna Ostrowska

Prezes Polskiego
Towarzystwa Leczenia
Otyłości

Specjaliści rozmawiali o tym w trakcie debaty Medycznej Racji Stanu, zorganizowanej w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem.

Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości **prof. Lucyna Ostrowska** przypomniała, że otyłość może potencjalnie powodować ponad 200 różnych powikłań i schorzeń, w tym choroby nowotworowe.

Badania potwierdziły jej związek z zachorowaniami na m.in.: raka endometrium (śluzówki macicy), raka przełyku, nerek, piersi czy raka jelita grubego, a także trzustki.

Prof. Ostrowska przypomniała, że problem otyłości dotyczy obecnie 9 mln dorosłych Polaków, jak również 3-4 mln dzieci. Uwzględniając dane epidemiologiczne eksperci szacują, że z otyłością powiązane jest około 40 proc. nowotworów. - *Niedawno na kongresie onkologicznym usłyszałam, że ok. 60 proc. nowotworów w Polsce nie występowałoby, gdyby nie było choroby otyłościowej* - powiedziała prof. Ostrowska.

otyłości z nowotworami

Ekspertka wyjaśniła, że wynika to z kilku przyczyn. Powikłaniem otyłości brzusznej (powiązanej z otłuszczeniem narządów wewnętrznych) jest insulinooporność, czyli oporność tkanek na insulinę - hormon odpowiedzialny za regulację metabolizmu glukozy i jej poziomu we krwi. Ta z kolei może pobudzać procesy prowadzące do rozwoju nowotworów. Ponadto, otyłości towarzyszy ogólnoustrojowy stan zapalny, który nasila się wraz z przyrostem trzewnej tkanki tłuszczowej i również wpływa na procesy nowotworzenia.

- *Przynajmniej u części pacjentów występuje też zjawisko hiperestrogenizmu w organizmie, ponieważ w tkance tłuszczowej zachodzi konwersja androgenów do estrogenów, a to sprzyja rozwojowi nowotworów zależnych od estrogenów takich jak rak endometrium czy rak piersi* - tłumaczyła specjalistka.

Wśród czynników, które mogą nasilać procesy prowadzące do rozwoju nowotworów u osób otyłych prof. Ostrowska wymieniła również dietę charakterystyczną dla krajów zachodnich - wysokotłuszczową, wysokobiałkową i ubogą w błonnik pokarmowy. - *Stąd częstsze występowanie w tej grupie pacjentów chociażby nowotworów jelita grubego* - podkreśliła.

Zwróciła uwagę, że otyłości towarzyszą zmiany składu mikrobioty jelitowej, co również może mieć udział w rozwoju tego nowotworu. - *Nieprawidłowy skład i funkcjonowanie mikroflory jelitowej układu pokarmowego może sprzyjać zarówno zjawisku insulinooporności, jak i pogłębieniu się stanu zapalnego w tkance tłuszczowej. Czynniki te zaczynają się wzajemnie napędzać* - wyjaśniała specjalistka.

Kolejnym problemem jest to, że u pacjentów z otyłością dochodzi do istotnych opóźnień w diagnostyce nowotworów.

- *Dzieje się tak choćby dlatego, że nasze pacjentki chorujące na otyłość, zwłaszcza otyłość drugiego czy trzeciego stopnia, rzadziej chodzą na kontrole,*

np. ginekologiczne, ze względu na stygmatyzację, której tam mogą doświadczać, i na którą się skarżą - podkreśliła prof. Ostrowska. Poza tym diagnostyka obrazowa (USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) u pacjenta z otyłością jest utrudniona ze względu m.in. na przezierność tkanek. - *Nie zawsze też jesteśmy w stanie tego pacjenta umieścić w maszynie i go zdiagnozować* - powiedziała prezes PTLO. Dlatego u pacjentów otyłych nowotwory są wykrywane w wyższych stadiach zaawansowania, a chorzy mają gorsze rokowania i mniejsze szanse na wyleczenie.

Z tego powodu, jak uznała, konieczne jest edukowanie pacjentów jak i lekarzy w zakresie profilaktyki otyłości, jej wczesnego diagnozowania i skutecznego leczenia. - *Jest to ogromna grupa, dla której musimy opracować lepszą ścieżkę diagnostyczną i terapeutyczną* - zaznaczyła prezes PTLO. Przypomniała, że obecnie istnieją bardzo skuteczne narzędzia w postaci nowych leków (*liraglutyd, semaglutyd* i najnowszy *tirzepatyd*), które - w połączeniu z metodami nefarmakologicznymi - pozwalają uzyskiwać wysoką skuteczność w leczeniu otyłości.

Tymczasem w Polsce leczonych jest tylko 800 tys. dorosłych osób z otyłością, czyli ok. 1 proc. wszystkich chorujących.

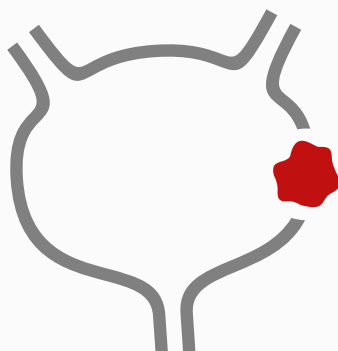
- *Największym wyzwaniem obecnie jest wypracowanie ścieżki terapeutycznej dla pacjenta z chorobą otyłościową. Jesteśmy na początku tej drogi* - oceniła. Przypomniała, że pod koniec 2024 r. przy Ministerstwie Zdrowia został powołany Zespół do spraw przeciwdziałania otyłości, który ma zaproponować dalsze działania.

Źródło:

Serwis Nauka w Polsce
naukawpolsce.pl



RAK PECHERZA - WYKRYJ I LECZ. PL



RAK PECHERZA 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