



GŁOSPACJENTA ONKOLOGICZNEGO

BEZPŁATNE CZASOPISMO POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

1/26 (67)

marzec 2026
glospacjenta.pl

MOJA HISTORIA

*Moja historia - Radzę sobie
chyba całkiem nieźle*

Aleksandra Szczepańska

Leczenie personalizowane

dr Paweł Potocki

*Chłoniak chłoniakowi
nierówny*

prof. Jan Maciej Zaucha

*Dlaczego sok z buraka
nie wyleczy z anemii?*

dr Katarzyna Różycka

ABC cholesterolu

prof. Anna Staniszewska

*Jak dbać o skórę w trakcie
leczenia?*

dr Ewa Stypczyńska



**Pacjent ma prawo
WYRAŻAĆ SWOJE ZDANIE**

Wspólna droga do zdrowia

- 3** LECZENIE PERSONALIZOWANE. Głos pacjenta ma znaczenie
dr n. med. Paweł Potocki
- 7** CHŁONIAK CHŁONIAKOWI NIERÓWNY. Jak i gdzie skutecznie leczyć ten nowotwór?
prof. Jan Maciej Zaucha
- 10** CZY SKÓRA POMAGA diagnozować nowotwory krwi? *dr n. med. Ewa Stypczyńska*
- 11** INICJATYWA, KTÓRA STAWIA NA JAKOŚĆ życia pacjentów hematologicznych
- 14** ŻELAZNY BURAK A NOWOTWORY. Dlaczego sok z buraka nie wyleczy z anemii?
dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Różycka
- 16** ABC CHOLESTEROLU. Co trzeba wiedzieć o nim i o lekach, które go obniżają?
prof. Anna Staniszevska
- 20** RADZĘ SOBIE CHYBA CAŁKIEM NIEŻLE, choć nie było łatwo być najmłodszą osobą w kolejce do radioterapii
- 24** SKÓRA PACJENTA ONKOLOGICZNEGO wymaga szczególnej troski
dr n. med. Ewa Stypczyńska
- 26** CZY ENDOSKOPOWA REKONSTRUKCJA piersi ma szansę zastąpić klasyczną chirurgię?
- 28** TO NIE WYŚCIG, NIE WALKA, nie egzamin z siły – każdy ma prawo oswoić chorobę we własnym tempie
mgr Elwira Zakrzewska
- 30** NOWA LISTA REFUNDACYJNA to aż 14 nowych terapii dla onkologii
- 31** CZY WARTO ROBIĆ badanie „onkopierwiastków”?
- 32** CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA – jakie badania wykrywają nowotwory?
- 33** CENTRALNA E-REJESTRACJA. Jak z niej korzystać?
- 34** NOWY STANDARD ŻYWIENIA to lepsze posiłki w szpitalu



3 LECZENIE PERSONALIZOWANE. Głos pacjenta ma znaczenie

14 ŻELAZNY BURAK A NOWOTWORY. Dlaczego sok z buraka nie wyleczy z anemii?

20 RADZĘ SOBIE CHYBA CAŁKIEM NIEŻLE, choć nie było łatwo być najmłodszą osobą w kolejce do radioterapii



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

Zdjęcia: okładka – Aleksandra Pilarska
Freepik, Magdalena Tarach, archiwum domowe

Czasopismo „Głos Pacjenta Onkologicznego” ma charakter edukacyjny i informacyjny, nie stanowi i nie zastępuje porady lekarskiej. Redakcja dokłada wszelkich starań, aby informacje w nim zawarte były poprawne merytorycznie, jednakże decyzja dotycząca leczenia należy do lekarza.

Żaden utwór zamieszczony w czasopiśmie nie może być powielany i rozpowszechniany lub dalej rozpowszechniany w jakikolwiek sposób (w tym także elektroniczny) na jakimkolwiek polu eksploatacji w jakikolwiek formie, włącznie z umieszczaniem w Internecie bez pisemnej zgody właściciela praw. Jakiegokolwiek użycie lub wykorzystanie utworów w całości lub w części z naruszeniem prawa, tzn. bez właściwej zgody, jest zabronione.

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę zamieszczonych ogłoszeń i reklam, a także za błędne stosowanie prezentowanych w magazynie preparatów.

LECZENIE PERSONALIZOWANE.

Głos pacjenta ma znaczenie

Personalizacja leczenia raka jelita grubego opiera się na szczegółowej diagnostyce molekularnej i klinicznej. Dobór terapii zależy od unikalnych cech genetycznych guza oraz indywidualnej wrażliwości pacjenta na leki, co pozwala unikać groźnych powikłań. Jednak ostateczna decyzja o tym, którą z zaproponowanych przez zespół interdyscyplinarny ścieżek leczenia wybrać, powinna spoczywać w rękach pacjenta i być dopasowana do jego życiowych priorytetów oraz wyznawanych wartości.



Dr n. med. Paweł Potocki

onkolog kliniczny, asystent w Katedrze i Klinice Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Współczesna onkologia dąży do tego, aby profilowanie molekularne było standardowym krokiem przed podjęciem jakiegokolwiek decyzji terapeutycznej, co pozwala uniknąć leczenia „w ciemno”. Wszystkie te informacje powinny być omawiane i brane pod uwagę podczas konsylium interdyscyplinarnego, gdzie zespół specjalistów wybiera spersonalizowaną ścieżkę dla pacjenta.

Charakterystyka biologiczna i molekularna nowotworu

Aby wybrać optymalną kombinację leków dostępnych w standardzie leczenia, badamy mutacje w genach KRAS, NRAS, BRAF oraz mutacje w genie kinazy fosfatydyloinozytolu (PI3KCA) i AKT, status białka HER2. Ważnym elementem diagnostyki jest oznaczenie statusu mechanizmów naprawy DNA. To ważne, bo immunoterapia (np. ipilimumab, niwolumab, pembrolizumab) działa fenomenalnie (guzy często wchodzi w głęboką remisję przy niewielkich działaniach niepożądanych) u około 5 proc. pacjentów, u których w nowotworach stwierdzono niestabilność mikrosatelitarną (MSI) lub ekwiwalentny biomarker – niedobór mechanizmów naprawy źle sparowanych zasad (MMR); u pozostałych chorych (bez tych cech) ta forma leczenia zazwyczaj nie przynosi korzyści. Mutacja BRAF V600 jest szczególnie istotna, ponieważ wskazuje na bardzo agresywną postać nowotworu, wymagającą już od samego początku odmiennego podejścia terapeutycznego. Jej wykrycie pozwala na zastosowanie terapii ukierunkowanej molekularnie (np. enkorafenibem i cetuksymabem). Mutacja BRAF, wraz z częstszymi mutacjami KRAS i NRAS stanowi ponadto czynnik sygnalizujący nieskuteczność cetuksymabu i patinumumabu.

Dla bezpieczeństwa terapii duże znaczenie mają badania farmakogenomiczne, które pozwalają przewidzieć indywidualną wrażliwość na toksyczność chemioterapii. Na przykład badanie niedoboru dehydrogenazy dihydropiryminy jest warunkiem koniecznym przed podaniem fluorouracylu lub kapecytabiny. U około 3 proc. populacji występuje niedobór tego enzymu, co przy standardowej dawce leku może prowadzić do ciężkich powikłań, w tym sepsy. Z kolei pacjenci z niedoborem UGT1A1 (zespół Gilberta) są nadwrażliwi na irynotekan, co wymaga dostosowania dawek, aby uniknąć nadmiernych działań niepożądanych.

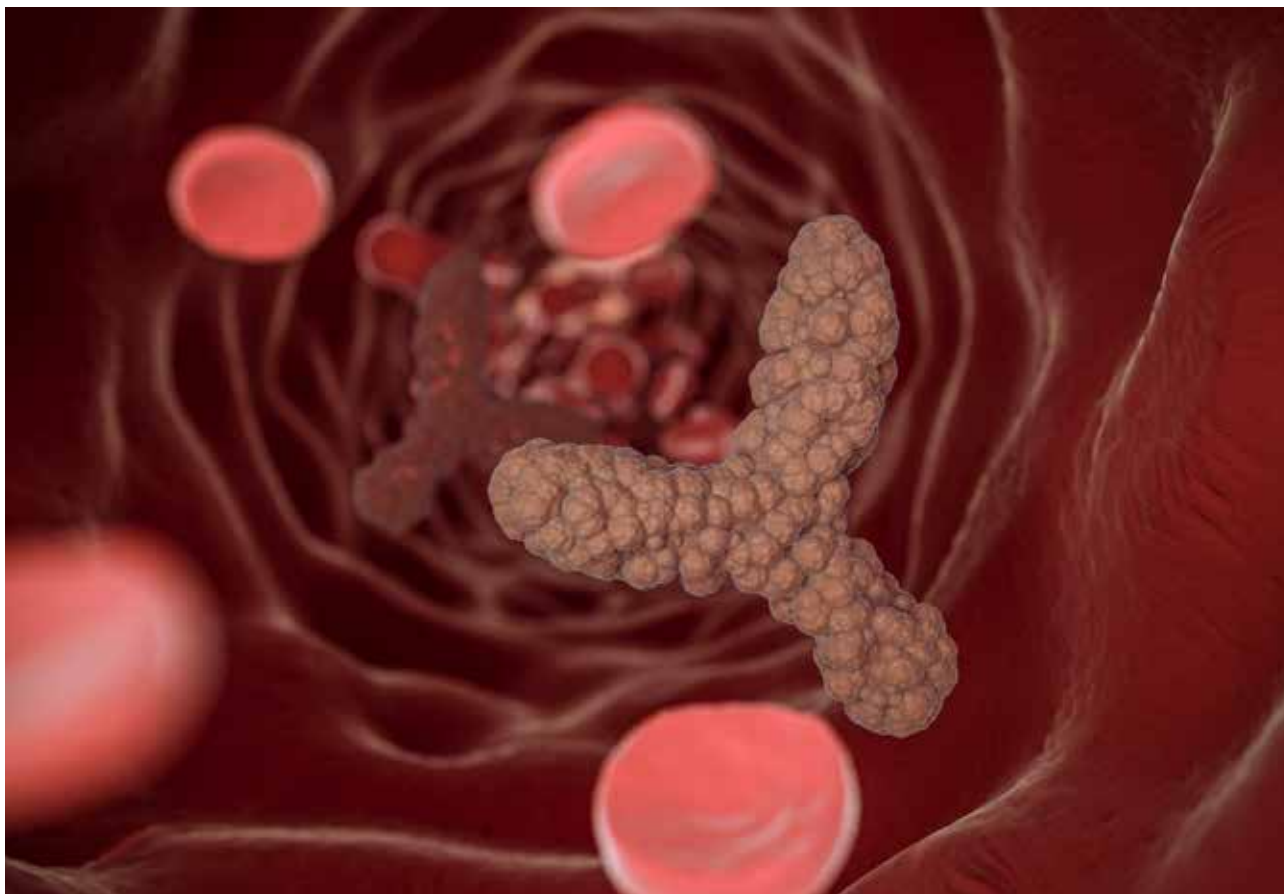
Badamy również pacjentów, u których wiek zachorowania, rodzaj nowotworu, wywiad rodzinny lub inne czynniki wskazują na obecność dziedzicznego zespołu predysponującego do nowotworów. Taka sytuacja dotyczy mniej niż 1 proc. Polaków, ale rozpoznanie takiego zespołu u pacjenta onkologicznego, pozwala objąć jego rodzinę poradnictwem prewencyjnym w ramach poradni genetycznych.

Parametry kliniczne i anatomiczne

Lekarz, planując ścieżkę terapeutyczną, musi też uwzględnić położenie i wielkość guza, stopień zaawansowania nowotworu i umiejscowienie ewentualnych przerzutów oraz stan ogólny i choroby współistniejące u danego pacjenta.

Sytuacja pacjenta, u którego guz umiejscowiony jest w okrężnicy (rak okrężnicy), jest odmienna od sytuacji pacjenta, u którego guz wykryto w odbytnicy (rak odbytnicy).

Główną różnicą między rakiem odbytnicy a rakiem okrężnicy jest ich lokalizacja anatomiczna, która determinuje stopień trudności leczenia oraz



ryzyko nawrotu choroby. Guz zlokalizowany w odbytnicy jest znacznie trudniej poddać definitywnemu leczeniu chirurgicznemu niż guz okrężnicy o podobnej wielkości. Wynika to z faktu, że miednica jest ciasną przestrzenią, w której znajduje się wiele gęsto upakowanych narządów. Chirurg ma tam mniej pola manewru i trudniej jest mu preparować tkanki. Dodatkowo, ze względu na bliskość innych struktur w miednicy, duży guz odbytnicy często nacieka sąsiednie narządy, podczas gdy analogicznej wielkości guz w okrężnicy pozostaje jedynie guzem jelita. Historycznie rak odbytnicy wiązał się z wyraźnie wyższym odsetkiem nawrotów i niepowodzeń leczenia operacyjnego niż rak okrężnicy.

Ze względu na wspomniane trudności anatomiczne i ryzyko nawrotu, w raku odbytnicy opracowano protokoły leczenia skojarzonego, które obejmują naświetlanie guza (radioterapię) i chemioterapię, podawane jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. Protokoły te stały się w ostatnich latach tak skuteczne, że u wybranych, nielicznych na razie pacjentów, można podjąć próbę leczenia bez udziału zabiegu operacyjnego.

Wspólną cechą raka esicy i odbytnicy jest natomiast możliwość miejscowego leczenia przerzutów, pod warunkiem niewielkiej ich ilości i dogodnego położenia, co rzadko przynosi dobre efekty w przypadku większości pozostałych rodzajów nowotworów. Izolowane przerzuty (najczęściej do

wątroby) mogą być usunięte chirurgicznie, podane wysoko precyzyjnej radioterapii, w niektórych przypadkach leczone nawet przy pomocy przeszczepu wątroby.

Ogólna kondycja zdrowotna pacjenta

Onkolog musi tak dobierać leczenie, aby skutecznie uderzyć w nowotwór, a jednocześnie nie doprowadzić do zaostrzenia innych chorób, na które cierpi pacjent. Oczywiście zdecydowanie łatwiej prowadzi się terapię u osób, które mają mało schorzeń dodatkowych lub są one dobrze kontrolowane, ale dzięki postępowi medycyny pacjentom w gorszym stanie ogólnym również mamy coś do zaoferowania.

Szczególnym wyzwaniem są pacjenci w bardzo podeszłym wieku z tzw. zespołem kruchości. Są to osoby, które wyjątkowo łatwo „wytrącić ze zdrowia” – każda interwencja medyczna niesie u nich ryzyko gwałtownego pogorszenia stanu ogólnego i dekompensacji innych narządów, więc wymagają szczególnego podejścia terapeutycznego.

Bardzo ważnym elementem całego procesu leczenia są interwencje nakierowane na poprawę stanu ogólnego chorego, określane zbiorczo jako „prehabilitacja”. W ramach prehabilitacji dba się o optymalne leczenie pozostałych chorób pacjenta, typowych konsekwencji choroby nowotworowej (np. niedożywienia czy zaburzeń lękowych) oraz o profilaktykę najczęstszych powikłań. Na

przykład każdy mój pacjent, jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, otrzymuje instrukcje zawierającą listę między innymi szczepień zalecanych dla chorych onkologicznych zgodnie z polskimi wytycznymi i wskazującą na konieczność leczenia uzębienia by jego stan nie powikłał przebiegu chemioterapii i inne interwencje.

Podsumowując – onkolog przy wyborze ścieżki musi widzieć nie tylko nowotwór i jego stopień zaawansowania, ale przede wszystkim to, jakiego ma przed sobą pacjenta – czy jest on sprawny fizycznie, czy obciążony kardiologicznie, nefrologicznie lub genetycznie. To pozwala uniknąć leczenia „w ciemno”, niepotrzebnego narażania zdrowia pacjenta i uzyskać optymalne wyniki terapii.

Jak pogodzić cele medyczne onkologa z osobistymi priorytetami pacjenta?

Współczesna medycyna uznaje autonomię pacjenta za kluczową. Jeśli doszło do pełnej wymiany informacji, pacjent ma prawo wybrać opcję, którą lekarz uważa za drugą lub trzecią w kolejności pod względem skuteczności, o ile jest ona bardziej spójna z wartościami pacjenta.

Pogodzenie celów medycznych onkologa z osobistymi priorytetami pacjenta to proces, który wymaga głębokiego dialogu oraz wzajemnego zrozumienia różnych definicji tego, co jest dla chorego „najlepsze”. Wszak pacjent to człowiek z konkretną sytuacją życiową, lękami i potrzebami, które kształtują przebieg choroby i leczenia na równi z sytuacją kliniczną.

Dla onkologa nadrzędnym celem medycznym jest zazwyczaj maksymalna skuteczność terapii, czyli uzyskanie najwyższej szansy na całkowite wyleczenie. Nie mogę jednak zapominać, że choć mam większą wiedzę medyczną, to pacjent zna siebie lepiej.

Pacjent oczywiście najczęściej chce się wyleczyć, ale nie zawsze jest gotowy zaakceptować wszystkie skutki uboczne i inne aspekty terapii. Tu przykładem może być np. rezygnacja pacjenta z operacji radykalnej w raku odbytnicy, by uniknąć stomii, nawet za cenę wyższego ryzyka nawrotu, czy wybór leczenia oszczędzającego zamiast mastektomii w raku piersi. Zdarza się, że na decyzję pacjenta wpływa potrzeba zachowania atrakcyjności fizycznej czy sprawności seksualnej. Bywa też, że o ostatecznym kształcie leczenia decydują względy światopoglądowe i religijne, czego najbardziej chyba znanym w przestrzeni publicznej przykładem są Świadkowie Jehowy, odmawiający przetoczenia krwi, nawet jeśli jest ono niezbędne do ratowania życia.

Podstawowym narzędziem godzenia tych dwóch światów jest szczerą rozmowa między lekarzem a pacjentem, tak by pacjent rozumiał konsekwencje swojej decyzji i wiedział, na co się pisze. Moim obowiązkiem, jako lekarza, jest więc

przedstawienie racji medycznych, przemawiających za wyborem zaproponowanej przez zespół ścieżki leczenia. Muszę jasno określić, co pacjent zyska, a co może stracić (np. szansę na wyleczenie), decydując się na opcję zgodną z jego priorytetami, ale mniej skuteczną medycznie.

Jest jeszcze jeden bardzo ważny aspekt, związany z wyborem terapii, o którym często wszyscy zapominamy – to sytuacja życiowa pacjenta. Leczenie onkologiczne wiąże się z ogromnymi kosztami pośrednimi, takimi jak wydatki na opiekę nad dziećmi lub starszymi rodzicami podczas pobytu w szpitalu, dojazdy czy utrata dochodów. Zrozumienie tych obciążeń przez lekarza to kolejny element układanki w planowaniu optymalnej ścieżki terapeutycznej, która będzie możliwa do udźwignięcia przez pacjenta i jego rodzinę.

Jest oczywiście jeszcze druga strona medalu – w Polsce mamy około 1300 zarejestrowanych onkologów, choć faktycznie w zawodzie pracuje około 2/3 tej liczby. Pacjentów onkologicznych (pozostających w trakcie diagnostyki, leczenia lub obserwacji po leczeniu) jest u nas około 1000 razy więcej. Uwzględnienie wszystkich aspektów choroby i leczenia wymaga czasu, co często stawia nas przed dylematem – czy leczyć jednego pacjenta uwzględniając wszystkie wymienione aspekty, czy w tym samym czasie leczyć trzech – uwzględniając jedynie aspekty kluczowe dla lekarza. Do tego różni pacjenci mają różne, często sprzeczne oczekiwania. Doświadczeniem wspólnym dla wielu lekarzy jest bycie między „młotem a kowadłem” – z jednej strony oczekuje się, że będziemy szybko przyjmować pacjentów, z drugiej - że każdemu poświęcimy odpowiednio dużo czasu w gabinecie. To paradoks – jeśli wizyta trwa długo by wyczerpać wszystkie tematy towarzyszące leczeniu, to kolejka przed gabinetem będzie długa. Jeśli zaś kolejka posuwa się szybko – to wizyty są krótkie – ograniczone do kluczowych spraw.

Praca „na zapleczu” zabiera nam czas dla pacjentów

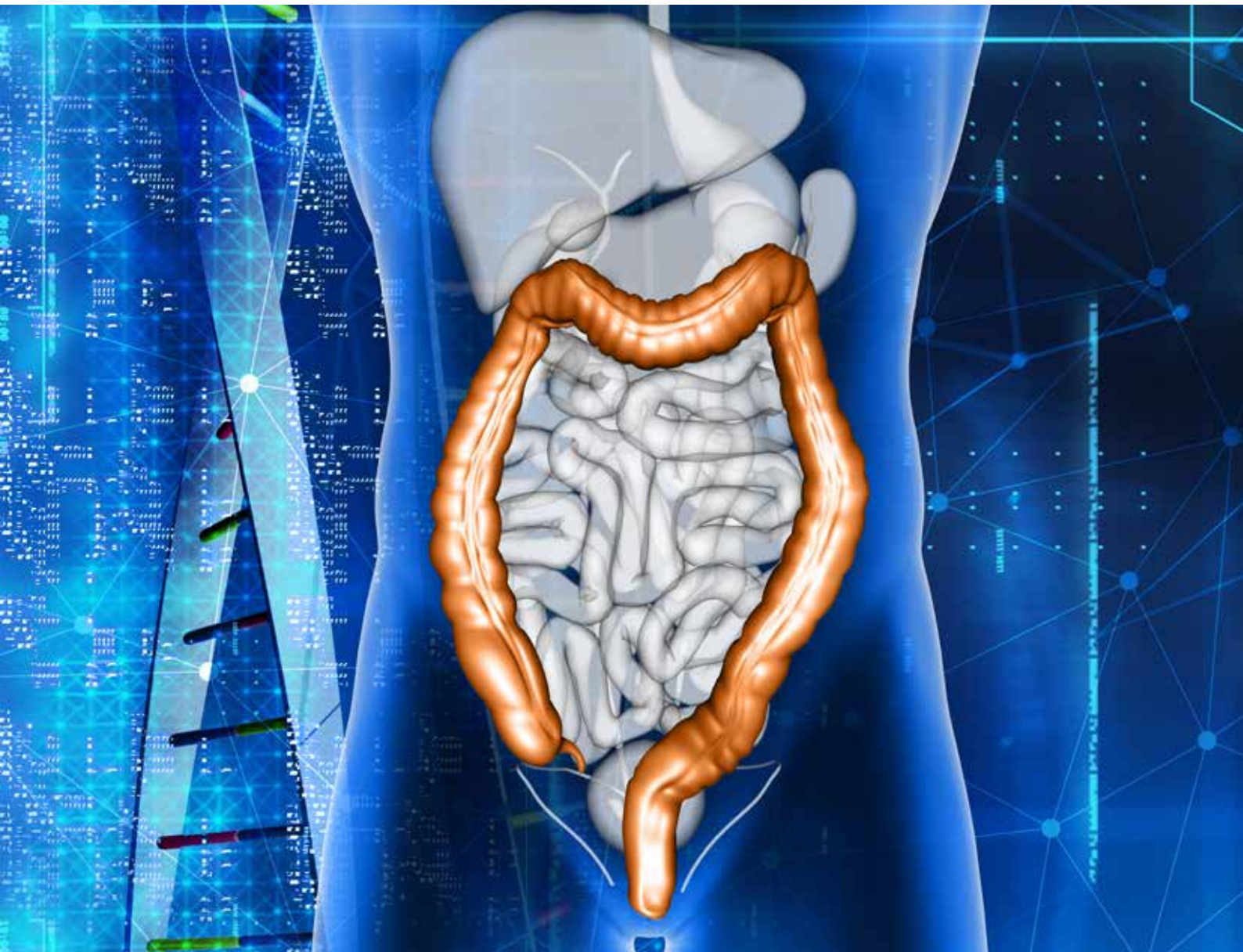
Pacjenci często skarżą się, że lekarz poświęca im tylko kilkanaście minut w czasie wizyty. To prawda, że czas, który możemy spędzić bezpośrednio z pacjentem, często jest zbyt krótki. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że te kilkanaście minut rozmowy to mniej niż połowa całkowitego czasu, jaki lekarz poświęca na prowadzenie terapii danego chorego. Dużej części naszych działań pacjenci nie widzą, ba – nawet o nich nie wiedzą, bo dzieją się one niejako „na zapleczu”. To czas, który spędzamy na analizowaniu wyników badań, szukaniu opcji terapeutycznych, uzupełnianiu skomplikowanej dokumentacji.

Co więcej, my często wykorzystujemy nasze prywatne kontakty i działamy po godzinach pracy, by na przykład zapewnić pacjentowi udział w badaniach klinicznych, z których wiemy, że mógłby

odnieć korzyść. Zamiast korzystać z oficjalnych, długich ścieżek, onkolog często po prostu dzwoni do kolegi z innego ośrodka, by szybko ustalić, czy dany pacjent kwalifikuje się do badania klinicznego. Taka „partyzantka” oparta na wzajemnym zaufaniu i znajomościach pozwala na znalezienie pomocy dla pacjenta znacznie szybciej niż standardowe procedury. Z kolei zdobywanie leków nierefundowanych (np. w trybie RDTL) wiąże się nie tylko z wyzwaniem biurokratycznymi, ale też z ogromnym stresem i frustracją, bo goni nas czas i nie zawsze uda się otrzymać terapię odpowiednio szybko.

W onkologii mierzymy się z tzw. asymetrią skali – na jednego lekarza pracującego w oddziale dziennym, gdzie prowadzi się większość leczenia, przypada 30-40 pacjentów dziennie i nie zanoszą się na szybką poprawę, bo liczba wizyt i chorych przyrasta w tempie znacznie szybszym niż liczba

nowych specjalistów. Rozwiązaniem mogłyby być zmiany systemowe, wprowadzające na szeroką skalę asystentów lekarza i sekretarki medyczne, którzy przejęliby obowiązki biurokratyczne, dając nam więcej czasu na bezpośredni kontakt z pacjentami. Kluczowym, moim zdaniem aspektem jest jednak konieczność wyszkolenia większej ilości kadr. Jeśli przyjąć, że spośród 1300 zarejestrowanych onkologów pracuje 900, każdy na pełny etat, czyli 1800 godzin w roku – daje to ok. 1,6 miliona osobo-godzin pracy, którą trzeba obdzielić 1,3 miliona pacjentów. To daje budżet 1 godziny i 15 minut na pacjenta rocznie. Pacjent w kontroli to 2-4 wizyty rocznie – spokojnie do wykonania w wyżej wymienionym czasie. Pacjent w leczeniu odwiedza lekarza z grubszą 5-10 razy częściej. Moim zdaniem powinniśmy patrzeć w przyszłość – by zdobycze współczesnej onkologii były realnie dostępne dla polskich pacjentów, również za kolejną dekadę.



CHŁONIAK CHŁONIAKOWI NIERÓWNY. Jak i gdzie skutecznie leczyć ten nowotwór?

Chłoniaki złośliwe to bardzo zróżnicowana grupa nowotworów układu chłonnego, które mimo wspólnej nazwy różnią się między sobą biologią, przebiegiem klinicznym oraz sposobem leczenia. Dobrą wiadomością jest to, że w Polsce dostęp do nowoczesnego leczenia chłoniaków jest obecnie na bardzo wysokim poziomie, a w niektórych przypadkach wyprzedzamy pod tym względem nawet kraje Europy Zachodniej.



Prof. dr. hab. n. med Jan Maciej Zaucha

specjalista z zakresu hematologii i transplantologii, Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Transplantologii i Terapii Komórkowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków

Chłoniaki to nowotwory układu chłonnego, które z nazwy jak i swojej natury są zawsze, choć z różnych powodów, złośliwe. Z różnorodności chłoniaków i różnego rodzaju ich złośliwości wynika też różnorodność metod postępowania – od jedynie obserwacji, poprzez chemioterapię a właściwie immunochemioterapię czy wreszcie inne nowoczesne formy leczenia w przypadku postaci opornych.

Jak dzielimy chłoniaki?

Chłoniaki dzielimy według kilku różnych kryteriów. Możemy je podzielić:

- klinicznie – ze względu na dynamikę przebiegu na:
 - chłoniaki indolentne (wolnorosnące)**, których złośliwość polega na tym, że są trudne do całkowitego wyleczenia i mają tendencję do nawracania po pewnym czasie choć zwykle nie stanowią zagrożenia co do życia w momencie ich rozpoznania. W niektórych przypadkach lekarze mogą zdecydować się na samą obserwację pacjenta zamiast natychmiastowego wdrażania terapii
 - i
 - chłoniaki agresywne**, które charakteryzują się zwykle gwałtownym przebiegiem, co sprawia, że pacjent bez szybkiego wdrożenia leczenia nie jest w stanie poradzić sobie z narastającymi objawami. Leczenie w tym przypadku jest niezbędne od momentu postawienia rozpoznania.
- lub biologicznie na:
 - chłoniaka Hodgkina**, który został wyodrębniony jako osobna jednostka chorobowa ze względu na swój bardzo nietypowy obraz mikroskopowy oraz specyficzny przebieg kliniczny

i **chłoniaki nie-Hodgkina**, które obejmują wszystkie pozostałe typy chłoniaków.

Chłoniaki nie-Hodgkina z kolei dzielimy na chłoniaki B lub T komórkowe ze względu na pochodzenie komórek:

Chłoniaki B-komórkowe, występują w Polsce częściej i charakteryzują się lepszymi rokowaniami. Medycyna dysponuje szerokim wachlarzem metod ich leczenia, w tym nowoczesnymi terapiami celowanymi, co pozwala na uzyskanie odpowiedzi na leczenie u około 70-80 proc. pacjentów.

Chłoniaki T-komórkowe występują w Polsce rzadziej. Ich leczenie jest znacznie trudniejsze i zazwyczaj ogranicza się do tradycyjnej chemioterapii lub transplantacji szpiku. Rokowanie w tej grupie jest zazwyczaj gorsze.

Precyzyjne zróżnicowanie podtypu chłoniaka jest kluczowe, ponieważ determinuje ono wybór odpowiedniej strategii terapeutycznej – od obserwacji poprzez chemioterapię o różnym stopniu intensywności po nowoczesne formy leczenia w postaciach opornych.

Czy chłoniaka da się łatwo i szybko rozpoznać? Niespecyficzne objawy nie pomagają...

W początkowej fazie choroba może nie dawać żadnych sygnałów lub jej objawy bywają bardzo niespecyficzne i łatwo im przypisać inne źródło lub w ogóle je zlekceważyć.

Niemniej jednak, można wyróżnić pewne dolegliwości, które powinny wzbudzić szczególny niepokój i skłonić do wizyty u lekarza:

- **nieintencjonalna utrata masy ciała** – to jeden z kluczowych objawów, ale należy zachować czujność, gdyż współcześnie stosowane leki oddechujące mogą maskować ten symptom, opóźniając właściwe rozpoznanie
- **zlewne poty nocne** (wymagające zmiany piżamy) – choć nie są one cechą wyłącznie chłoniaków, zazwyczaj sugerują jakiś poważniejszy proces chorobowy i zawsze wymagają pogłębionej diagnostyki lekarskiej
- **nawracająca gorączka bez uchwytnej przyczyny** – sygnałem ostrzegawczym jest sytuacja, w której gorączka występuje bez powodu, szczególnie porą popołudniową lub wieczorem, nie ustępuje lub szybko nawraca po zakończeniu kuracji takiej podejrzanej infekcji antybiotykiem i lekami przeciwgorączkowymi, które przyniosły jedynie chwilową poprawę. Taki przebieg infekcji bez wyraźnych objawów infekcji może wskazywać, że przyczyną nie jest infekcja, lecz nowotwór w tym chłoniak
- **powiększone węzły chłonne** – pacjent może je wyczuć sam, lub mogą być one znalezione przypadkowo podczas wizyty u lekarza lub w trakcie badań obrazowych wykonywanych z innych powodów. W przypadku stwierdzenia powiększonych węzłów chłonnych najlepszym badaniem do sprawdzenia podejrzanych węzłów jest nieinwazyjne badanie USG, które pozwala ocenić strukturę i wielkość węzła, co pomaga zdecydować o dalszych krokach diagnostycznych
- **uporczywy świąd skóry** – w niektórych przypadkach chłoniaka pacjenci mogą odczuwać silny świąd, którego nie udaje się złagodzić standardowymi lekami i który nie ma jasnej przyczyny
- **dolegliwości bólowe i ucisk** – rozrastający się guz może uciskać nerwy, powodując bóle utrudniające codzienne funkcjonowanie, na przykład zmiany zlokalizowane w klatce piersiowej mogą powodować ból podczas leżenia na boku lub utrudniać sen
- **przewlekłe zmęczenie** – choć jest to objaw powszechny w dzisiejszym społeczeństwie, u pacjentów z chłoniakiem uczucie zmęczenia może być narastające i związane z rozwojem choroby

Precyzyjna diagnoza

W przypadku podejrzenia chłoniaka kluczowe jest przeprowadzenie szeregu badań, które pozwolą nie tylko potwierdzić chorobę, ale przede wszystkim precyzyjnie określić jej podtyp, co ma decydujące znaczenie dla wyboru dalszego leczenia. Z tego powodu diagnostyka powinna być prowadzona w ośrodkach specjalistycznych, które dysponują doświadczonym zapleczem patomorfologicznym, co pozwala szybko uzyskać najważniejsze dla dalszych losów pacjenta odpowiedzi. Proces diagnostyczny zazwyczaj obejmuje następujące etapy:

■ Badanie fizykalne i wywiad

Pierwszym krokiem jest wizyta u lekarza (np. POZ), który zbada pacjenta pod kątem powiększonych węzłów chłonnych oraz przeprowadzi wywiad dotyczący objawów, takich jak gorączka, poty nocne czy utrata wagi.

■ Ultrasonografia (USG) węzłów chłonnych

Jest to proste, nieinwazyjne badanie, które pozwala doświadczonemu specjalście ocenić strukturę oraz wielkość węzła. Wynik USG jest bardzo pomocny w ustaleniu dalszych kroków postępowania – pomaga podjąć decyzję o zakończeniu diagnostyki lub jej pogłębieniu, czyli np. skierowaniu na pobranie węzła chłonnego.

■ Badanie histopatologiczne

Jest ono uznawane za niezwykle istotne i kluczowe dla ustalenia właściwego rozpoznania. Polega na pobraniu materiału (zazwyczaj całego węzła chłonnego) przez chirurga i poddaniu go szczegółowej ocenie przez patomorfologa. W sprawnie działającym systemie ochrony zdrowia optymalny czas oczekiwania na taki wynik powinien wynosić około tygodnia – do 10 dni, niestety w naszych realiach trwa to zwykle dłużej. To właśnie to badanie pozwala różnicować podtyp chłoniaka, co ma fundamentalne znaczenie dla wyboru leczenia.

■ Badania krwi

Często są to pierwsze badania, na które kieruje lekarz POZ przy podejrzeniu nieprawidłowości.

W Polsce pacjenci z podejrzeniem nowotworu są objęci kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), która narzuca określone rygory czasowe na przeprowadzenie badań i zwołanie konsylium.

Leczenie na wysokim poziomie

W Polsce dostęp do nowoczesnych terapii chłoniaków jest obecnie na bardzo wysokim poziomie, a w niektórych przypadkach wyprzedzamy pod tym względem nawet kraje Europy Zachodniej. Dzięki wysiłkom ekspertów, przede wszystkim konsultant krajowej w dziedzinie hematologii prof. Ewy Lech-Marańdy, polscy pacjenci mają dostęp do wielu sposobów nowoczesnego leczenia chłoniaków.

Trzeba przy tym pamiętać, że ze względu na zróżnicowanie chłoniaków, nie ma jednego, uniwersalnego leku dla wszystkich chorych.

Najszerzy wachlarz nowoczesnych metod leczenia dotyczy chłoniaków B-komórkowych, w których leczenie pierwszej linii jest relatywnie efektywne u około 70 proc. pacjentów

W przypadku chłoniaków T-komórkowych możliwości są wciąż skromniejsze i opierają się głównie na typowej chemioterapii lub transplantacji szpiku.

W leczeniu chłoniaków dostępne są:

- **chemioterapia** lub immunochemioterapia o różnym stopniu intensywności – stosuje się ją w leczeniu pierwszej linii chłoniaków
- **w przypadkach opornych można stosować intensywniejszą chemioterapię II linii z następową transplantacją własnych komórek krwi, a w niezwykle rzadkich przypadkach transplantację komórek pozyskanych od dawcy** – w naszym kraju funkcjonuje dobrze rozwinięty i podlegający państwowej akredytacji system ośrodków transplantologicznych, wykonujących zarówno przeszczepy autologiczne (własne komórki), jak i allogeniczne (komórki od dawcy)
- **przeciwciała dwuswoiste i terapia CAR-T dostępne w ramach programów lekowych NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje szereg nowoczesnych terapii w ramach programów lekowych, szczególnie istotnych dla chorych opornych na leczenie pierwszej linii

Czy czegoś jeszcze brakuje?

Chyba nie, bo od 1 kwietnia mamy dostęp do nowoczesnego stosowania przeciwciał dwuswoistych już w drugiej linii leczenia (np. glofitamabu w połączeniu z chemioterapią GemOx). Jest to opcja szczególnie istotna dla pacjentów, którzy nie kwalifikują się do terapii CAR-T lub do autologicznej transplantacji szpiku. Zastosowanie przeciwciał dwuswoistych pozwala na znaczącą poprawę odpowiedzi na leczenie, a w niektórych przypadkach daje nawet szansę na całkowite wyleczenie z chłoniaka.

Wyspecjalizowane ośrodki to klucz do sukcesu

Jednak kluczem do sukcesu terapeutycznego jest nie tylko dostęp do leków, ale też prowadzenie leczenia w wyspecjalizowanych ośrodkach referencyjnych. Dlaczego jest to tak ważne?

Ośrodki specjalistyczne posiadają wiedzę i doświadczenie niezbędne do prawidłowego postawienia rozpoznania oraz zróżnicowania konkretnego podtypu (np. czy jest to chłoniak B-komórkowy, czy T-komórkowy, czy jest to chłoniak indolentny czy agresywny), co ma fundamentalne znaczenie dla wyboru terapii na samym początku leczenia. Trzeba bowiem pamiętać, że jeśli pierwotne leczenie zostanie włączone w sposób niewłaściwy lub nietrafiony w ośrodku bez odpowiedniego doświadczenia, to istnieje poważne niebezpieczeństwo, że pacjent i tak z czasem trafi do ośrodka referencyjnego, ale już z chorobą oporną. Leczenie takich osób jest znacznie trudniejsze niż gdyby od początku otrzymały one poprawną terapię z korzyścią dla siebie w pierwszej linii.

Pamiętajmy też, że ustalenie właściwego rozpoznania wymaga sprawnej współpracy z chirurgami

pobierającymi materiał oraz z doświadczonym ośrodkiem patomorfologicznym. W ośrodkach referencyjnych, o czym już wyżej wspominałem, czas oczekiwania na wynik badania histopatologicznego powinien wynosić około tygodnia, bo czas dla dużej części pacjentów ma ogromne znaczenie.

Poza tym specjalistyczne placówki mają dostęp do pełnego zakresu nowoczesnych metod leczenia, które są w Polsce finansowane przez NFZ. Dysponują odpowiednimi narzędziami i wiedzą, jak się nimi posługiwać, co jest szczególnie istotne w przypadku chorych wysokiego ryzyka, nie uzyskania odpowiedzi na leczenie I linii lub postaci opornych na leczenie.

Dlatego wybór ośrodka specjalistycznego zapewni pacjentowi dostęp do kompleksowej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, co minimalizuje ryzyko błędów na wczesnym etapie i daje największe szanse na skuteczne wyleczenie.

Pacjent jak dziecko we mgle

Problemem jest to, że pacjent nie ma narzędzi, by samodzielnie sprawdzić, czy ośrodek do którego trafił jest dla niego najlepszy i jaki ma stopień referencyjności. Wynika to z tego, że obecnie nie istnieją powszechnie dostępne certyfikaty lub akredytacje (poza transplantologią), które jednoznacznie informowałyby pacjenta o kompetencjach ośrodka w leczeniu chłoniaków. Ośrodki nie mają też obowiązku raportowania i upubliczniania wyników leczenia konkretnych typów chłoniaków. Gdyby takie dane były dostępne, pacjenci mogliby porównać skuteczność różnych placówek i „zagłosować nogami”, wybierając te z najlepszymi efektami.

Problemem jest również to, że pacjenci często nie wiedzą, jakie są rygory czasowe karty DiLO lub jaki jest optymalny czas oczekiwania na wynik badania histopatologicznego (który powinien – powtórzę raz jeszcze – wynosić około tygodnia), przez co nie potrafią ocenić, czy proces diagnostyczny w ich ośrodku przebiega sprawnie.

Natomiast intuicyjne kierowanie się tym, że ośrodek jest „kliniczny” lub znajduje się w dużym mieście, nie zawsze gwarantuje najwyższą jakość opieki; zdarzają się przypadki, w których pacjenci są traktowani nieprofesjonalnie nawet w dużych centrach leczenia.

Wszystko to sprawia, że obecnie jedynym źródłem informacji, jakim dysponują pacjenci, są opinie innych chorych lub sugestie lekarzy kierujących, co jednak nie zastępuje rzetelnej oceny medycznej.

Dlatego wszyscy tak bardzo czekamy na pełne wdrożenie Krajowej Sieci Hematologicznej, która zdefiniowałaby poziomy referencyjne ośrodków, czyniąc je rozpoznawalnymi dla pacjenta.

CZY SKÓRA POMAGA diagnozować nowotwory krwi?

Wczesne skórne objawy chorób krwi (w tym nowotworów układu krwiotwórczego) mogą wyprzedzić postawienie diagnozy hematologicznej i często są pierwszym powodem, dla którego pacjent zgłasza się do dermatologa.



dr n. med. Ewa Stypczyńska

doc. Bydgoskiej Szkoły Wyższej, specjalista dermatolog-wenerolog z Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy

Zmiany, które mogą wskazywać na nowotwory krwi można podzielić na kilka kluczowych grup:

► **Skórne markery nowotworowe (zespoły paraneoplastyczne)**

Są to zmiany, które pojawiają się w związku z chorobą narządów wewnętrznych lub krwi:

- **rybia łuska nabyta** – objawia się bardzo suchą skórą pokrytą jasnobrunatnymi łuskami, która zajmuje całe ciało z wyjątkiem twarzy oraz zgięć łokciowych i podkolanowych. Charakterystyczne są tzw. „ichtiotyczne ręce” z pogłębionymi bruzdami na dłoniach; występuje m.in. w chłoniaku Hodgkina
- **zespół Lesera-Trelata** – jest to nagłe pojawienie się licznych brodawek łojotokowych, szczególnie u osób młodych powinno ono budzić niepokój i skłonić do poszerzenia diagnostyki
- **rogowacenie ciemne** – wygląda jak „brudna szyja” – w fałdach skóry, pachach i pachwinach występują ciemne przebarwienia, często z licznymi włókniakami i brodawkami. Poza nowotworami współistnieje z otyłością, cukrzycą
- **rogowacenie Bazexa** – to nasilone zmiany hiperkeratotyczne (zrogowacenia) na dłoniach i podszewkach stóp

► **Objawy ostrej białaczki i zaburzeń morfologii**

Niektóre symptomy wynikają bezpośrednio z nieprawidłowych parametrów krwi:

- bladość skóry – związana jest z niedokrwistością
- siniaki i krwawienia – łatwość powstawania siniaków oraz krwawienia z dziąseł są objawami małopłytkowości
- nadżerki w jamie ustnej – nawracające zakażenia i nadżerki mogą świadczyć o neutropenii (obniżeniu poziomu białych krwinek)

- guzki i nacieki – w skórze mogą pojawiać się nacieki nowotworowe w postaci wyczuwalnych zmian

► **Świąd skóry i suchość**

- uporczywy świąd bez towarzyszących zmian skórnych – może być objawem chłoniaków, ale także niedokrwistości z niedoboru żelaza lub witaminy B12
- nadmierna suchość – często towarzyszy chorobom hematologicznym i może prowadzić do wtórnych uszkodzeń bariery ochronnej skóry

► **Zakażenia i obniżona odporność**

Ze względu na spadek odporności w przebiegu chorób krwi, pacjenci mogą częściej zmagać się z:

- infekcjami grzybiczymi np. drożdżycą jamy ustnej (biały nalot) czy łupieżem pstrym (odbarwienia i przebarwienia na plecach i klatce piersiowej)
- infekcjami wirusowymi, takimi jak liczne brodawki (HPV) czy mięczak zakaźny
- infekcjami bakteryjnymi np. różą lub zapaleniem mieszków włosowych

► **Genodermatozy**

Niektóre rzadkie choroby genetyczne współistnieją z częstszym występowaniem białaczek i chłoniaków. Przykładem jest zespół Blooma, gdzie obok niskiego wzrostu występują: wysypka w kształcie motyla na nosie i policzkach, wrażliwość na słońce oraz poszerzone naczynka (telangiektazje). Choroba dziedziczy się autosomalnie recesywnie.

Pojawienie się nagłych, nietypowych zmian skórnych, które nie reagują na standardowe leczenie, powinno być sygnałem do rozszerzenia diagnostyki o badania krwi.

INICJATYWA, KTÓRA STAWIA NA JAKOŚĆ życia pacjentów hematologicznych



– Inicjatywa na Rzecz Rehabilitacji Hematologicznej to projekt mający na celu stworzenie standardów rehabilitacji dla dorosłych pacjentów z chorobami krwi. Działania obejmują prehabilitację, rehabilitację fizyczną, wsparcie psychologiczne oraz edukację, poprawiając jakość życia i zmniejszając ryzyko powikłań – mówią zgodnie przedstawiciele Stowarzyszenie Kierunek Zdrowie i Fundacji DKMS, inicjatorzy przedsięwzięcia. Skąd ten pomysł?

W Polsce rośnie liczba pacjentów z nowotworami hematologicznymi. To z jednej strony wynik starzenia się społeczeństwa, z drugiej – postępów współczesnej medycyny. Nowoczesne terapie sprawiają, że pacjenci żyją coraz dłużej, a eksperci podkreślają, że coraz częściej możemy o wielu z nich mówić jako o chorobach przewlekłych.

– Te zmiany stawiają przed nami nowe wyzwania, ponieważ wraz z rozwojem terapii ewoluują również potrzeby pacjentów. Skoro mamy coraz lepszy dostęp do nowoczesnego leczenia i skutecznie z niego korzystamy, na pierwszy plan wysuwają się kwestie związane z jakością życia – w tym przede wszystkim dostęp do rehabilitacji – mówi Dominik Romiński, prezes Stowarzyszenia Kierunek Zdrowie.

Prawo nie nadąża za medycyną

Niestety, obowiązujące obecnie przepisy mówią, że czynna choroba nowotworowa jest przeciwwskazaniem do leczenia lub rehabilitacji uzdrowiskowej. Jest też zapis mówiący o tym, że w przypadku białaczek, chłoniaków czy ziarnicy złośliwej musi upłynąć aż 5 lat, by móc pojechać do sanatorium.

– W tej ustawie paradoks goni paradoks. W przypadku innych nowotworów złośliwych ten okres karencji wynosi bowiem tylko 12 miesięcy, a w przypadku przeszczepienia szpiku kostnego mowa o okresie nie krótszym niż pół roku. Ani słowa nie ma natomiast o pacjentach leczonych przewlekle czy przez wiele lat po rozpoznaniu będących jedynie w obserwacji, jak choćby pacjenci z przewlekłą białaczką limfocytową. Dla nich ścieżką sanatoryjną na zawsze jest zamknięta – podkreśla Dominik Romiński.

Stowarzyszenie Kierunek Zdrowie już od 18 lat z powodzeniem organizuje turnusy rehabilitacyjne dla osób wykluczonych z tej formy leczenia.

Wspólne doświadczenia

– 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 rozumie chorego jak drugi chory, nikt też go tak dobitnie nie przekona, żeby zachował aktywność i nie dał się chorobie. Te doświadczenia sprawiły, że postanowiliśmy przejść od skali mikro do skali makro i podjąć próbę wprowadzenia zmian systemowych, na których skorzystają wszyscy pacjenci. Naturalną kolejną rzeczą było poszukiwanie sojuszników, stąd nasza współpraca z Fundacją DKMS i zaproszenie do działania innych organizacji pacjentów – tłumaczy Dominik Romiński.

– Fundacja DKMS działa w Polsce od 2008 roku. Jesteśmy przede wszystkim Ośrodkiem Dawców Szpiku, ale od początku istnienia rozwijamy nasze wsparcie dla pacjentów i ich bliskich, na każdym etapie choroby. To właśnie rozmowy i spotkania z chorymi ich rodzinami, ale też z personelem medycznym zainspirowały nas do działania na rzecz poprawy dostępu do rehabilitacji dla tej grupy chorych. Inicjatywa na Rzecz Rehabilitacji Hematologicznej pozwala nam ten cel realizować – wyjaśnia Monika Mizerska-Gryko z Fundacji DKMS.

– Jako Ośrodek Dawców Szpiku organizujemy również akcje rejestracji potencjalnych dawców szpiku, w tym akcje dedykowane pacjentom. Przy tej okazji nawiązaliśmy współpracę z Piotrem Bursiewiczem, ekspertem rehabilitacji medycznej i sportowej, który zaprosił nas do współrealizowania badania dotyczącego rehabilitacji pacjentów hematologicznych. Realizacja tego wciąż trwającego projektu znacząco pogłębiła nasze rozumienie potrzeb pacjentów hematologicznych – dodaje Ewa Nawrot z Fundacji DKMS.

Praca od podstaw i na wielu frontach

– Choć temat, o którym mówimy znany jest od dawna, to nikt przed nami nie podszedł do niego tak kompleksowo jak my. Prowadzimy działania bezpośrednio wśród pacjentów, lekarzy i fizjoterapeutów, ale też badamy, jak do tego zagadnienia podchodzi się w innych państwach – zgodnie podkreślają członkowie Inicjatywy.

Przez wiele lat panowało powszechne przekonanie, że pacjent z chorobą hematologiczną jest pacjentem szczególnym, któremu może zaszkodzić prawie wszystko, zarówno rehabilitacja jak i aktywność fizyczna, więc by nie dopuścić do postępu choroby najlepiej wstrzymać się od jakichkolwiek działań. Ten sposób myślenia niestety nadal pokutuje nie tylko wśród części personelu medycznego, ale też pacjentów.

– Naszym celem jest przełamanie utrwalonych przekonań na temat chorób hematologicznych, ponieważ nowoczesne leczenie całkowicie zmieniło ich obraz. Dziś czas terapii może być bardzo różny. Niektórzy pacjenci poddawani są leczeniu przez określony czas, inni korzystają z niego sekwencyjnie, a jest też grupa osób, które pozostają w terapii w sposób ciągły przez wiele lat. Potrzeby pacjentów różnią się więc nie tylko ze względu na specyfikę choroby, ale również rodzaj stosowanego leczenia. Każda z tych grup wymaga indywidualnego podejścia, jednak wszyscy pacjenci – niezależnie od sytuacji – potrzebują całościowego, kompleksowego i długofalowego wsparcia. Jeśli je otrzymają, mogą nie tylko żyć dłużej, ale także lepiej – podkreśla Monika Mizerska-Gryko.

To już się dzieje

– Stworzyliśmy stronę internetową, która, cieszy się dużym powodzeniem. Widzimy to w rozmowach z pacjentami oraz przedstawicielami środowiska medycznego, którzy podkreślają, że takie materiały są potrzebne. To pozytywne przyjęcie znajduje również odzwierciedlenie w statystykach odwiedzin. Publikowane na stronie treści tworzą specjaliści. Jest ona połączona z kanałem w serwisie YouTube, gdzie umieszczamy filmy nagrywane z fizjoterapeutami, pokazujące jak prawidłowo ćwiczyć, jak prowadzić autorehabilitację w domu i na co zwracać uwagę podczas rehabilitacji w szpitalu – mówi Dominik Romiński.

– Chcemy, by strona Inicjatywy była miejscem, w którym pacjent znajdzie rzetelną i dobrze udokumentowaną wiedzę na temat rehabilitacji i praktyczne wskazówki, jak z niej skorzystać. To, że Stowarzyszenie Kierunek Zdrowie bardzo aktywnie działa w województwie kujawsko-pomorskim, pozwala naszej Inicjatywie prowadzić działania pilotażowe w ośrodkach z tego regionu – dodaje Ewa Nawrot.

– Pacjenci przebywający w szpitalnych izolatkach otrzymują od nas RehaBoxy – zestawy do autorehabilitacji. W ich skład wchodzi książeczka z kodami



QR, które przekierowują do filmów z proponowanymi ćwiczeniami, a także niezbędne przyrządy, takie jak wałki, piłki czy taśmy do ćwiczeń. Dzięki temu osoby, które mają ograniczony bezpośredni kontakt z fizjoterapeutą, mogą samodzielnie prowadzić rehabilitację. W razie potrzeby mają również możliwość zdalnej konsultacji ze specjalistą, aby rozwiązać pojawiające się wątpliwości – wyjaśnia Dominik Romiński.

Argumenty płyną z twardych danych

– Nasze działania prowadzimy również w oparciu o badania naukowe. Powołaliśmy dwa zespoły badawcze, które opracowały przeglądy systematyczne wraz z metaanalizą danych dotyczących rehabilitacji oraz dostępu do leczenia uzdrowiskowego dorosłych pacjentów hematoonkologicznych. Z niecierpliwością czekamy na ich publikację w wysoko punktowanych czasopismach naukowych, która – mamy nadzieję – nastąpi już wkrótce – mówi Ewa Nawrot.

– O samym badaniu oraz wstępnych wnioskach mówiliśmy szerzej podczas jednego z paneli Ogólnopolskiego Kongresu Hematologicznego, który odbył się w pierwszy weekend marca. Pełne wyniki zostaną udostępnione po publikacji artykułu, która, jak spodziewamy się, nastąpi w maju lub czerwcu – dodaje Dominik Romiński.

– Naszą intencją jest, aby zebrane dane stały się punktem wyjścia do rozmów z Krajową Izbą Fizjoterapeutów na temat wypracowania standardów

rehabilitacji dla pacjentów hematologicznych, a następnie ich systemowego wdrożenia – mówi Monika Mizerska-Gryko

Dyskusja systemowa

– Udało nam się zainteresować ekspertów i decydentów nie tylko obecną sytuacją, lecz także wspólnie wypracowaną, spójną propozycją zmian, opartą na danych naukowych. Temat rehabilitacji był już poruszany podczas obrad sejmowej Komisji Zdrowia oraz w trakcie posiedzeń Parlamentarnego Zespołu ds. Hematologii. Twarde dane merytoryczne płynące z przygotowanych przeglądów będą dla nas istotnym argumentem w toczących się rozmowach.

To proces wymagający – obejmuje wypracowanie nowych standardów, przygotowanie odpowiednich zmian legislacyjnych, a także zabezpieczenie środków na ich wdrożenie. Rozmowa o finansowaniu bywa trudna, jednak proponowane rozwiązania nie powinny być postrzegane wyłącznie w kategorii kosztów. Inwestycja w rehabilitację pacjentów hematologicznych może przynieść wymierne korzyści w stosunkowo krótkim czasie. Dzięki

niej wielu pacjentów ma szansę zachować samodzielność, uniknąć stałej zależności od opiekunów, a nawet wrócić do aktywności zawodowej, realnie współtworząc życie społeczne i gospodarcze – podkreśla Dominik Romiński.

– Naszym celem w obszarze rehabilitacji jest zmiana myślenia i nastawienia. Wyleczenie pacjenta to jedno, ale równie ważne jest stworzenie mu warunków do powrotu do sprawności możliwie zbliżonej do tej sprzed choroby. Czasy, w których liczyło się wyłącznie przeżycie, minęły. Jesteśmy dojrzałym społeczeństwem – stać nas na nowoczesne terapie, ale nie powinno nas być stać na porzucanie dużych grup pacjentów, którzy mogą i chcą pozostać aktywni zawodowo i społecznie.

Pamiętajmy, że za każdym chorym stoi cała rodzina. Apatia i wykluczenie, których doświadczają wszyscy jej członkowie, mogą prowadzić do narastającego kryzysu. Czas to zmienić – i temu właśnie służą nasze wspólne działania – podsumowują rozmówcy, zapraszając do współpracy wszystkie organizacje pacjentów zainteresowane rozwojem rehabilitacji.



ŻELAZNY BURAK A NOWOTWORY.

Dlaczego sok z buraka nie wyleczy z anemii?

Niemal każdy pacjent po usłyszeniu diagnozy „niedokrwistość” otrzymuje od bliskich lub sam sięga po sok z buraka. Jest to silnie zakorzeniony klasyk wśród domowych sposobów na anemię, który z leczeniem ma jednak niewiele wspólnego, natomiast może przyczynić się do wystąpienia nieprzyjemnych objawów ze strony przewodu pokarmowego.



Dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Różycka

dietetyk kliniczny w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie. Przewodnicząca Grupy roboczej ds. dietyki przy POLSPEN. Członkini Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu ESPEN

Czy niedokrwistość jest częstym problemem pacjentów onkologicznych?

Niedokrwistość w chorobie nowotworowej to niezwykle powszechny problem, który może dotyczyć od 30 do 90 proc. pacjentów. Bez wątplenia obniżona hemoglobina przyczynia się do pogorszenia jakości życia, osłabienia, zawrotów głowy, bledności skóry, duszności, kołatania serca czy problemów z koncentracją. Co ważne, bardzo często nie jest to problem braku żelaza w diecie. Niedokrwistość związana z rakiem (CRA – Cancer-related anemia) może być wynikiem leczenia przeciwnowotworowego, np. chemioterapii, a także pojawić się jako konsekwencja samej choroby. Nowotwór może powodować niedokrwistość poprzez hamowanie produkcji krwinek czerwonych (erytrocytów) w szpiku kostnym, przewlekłe krwawienia oraz niedobory składników odżywczych. Nowotwór sam z siebie powoduje stan zapalny organizmu, co zaburza wchłanianie żelaza, stąd niezadko widzimy umiarkowane lub słabe efekty suplementacji doustnej.

Skąd wzięło się głębokie przekonanie, że na „słabą krew” najlepszy jest burak?

W dawnych systemach medycznych (np. w medycynie ludowej) buraki z uwagi na czerwony kolor były uznawane za dobre na krew, gdyż intensywnie czerwony kolor kojarzy się z krwią. Podobnie jak z uwagi na kształt orzechy uznawane są jako dobre dla mózgu, a fasola dla nerek. Jest w tym sporo prawdy – buraki zawierają kwas foliowy niezbędny do produkcji czerwonych krwinek, witaminę C, przeciwutleniacze oraz azotany, które rozszerzają naczynia krwionośne, co jest pomocne przy nadciśnieniu.

Wszystkie te związki wykazują pozytywne działanie na układ krążenia, jednak nie mają zbyt wiele wspólnego z leczeniem niedokrwistości. Buraki w przeciwieństwie do wątroby, czerwonego mięsa, pestek dyni czy soczewicy zawierają niewielkie ilości żelaza.

Aby dostarczyć 18 mg żelaza, czyli dzienne zapotrzebowanie kobiety do 50. roku życia – przy uwzględnieniu przyswajalności żelaza niehemoowego na poziomie 2–5 proc. – należałoby spożyć w ciągu dnia około 21–52 kg buraków lub wypić kilkadziesiąt litrów soku z buraka, co w praktyce jest oczywiście niemożliwe.

W trakcie terapii przeciwnowotworowej obciążony przewód pokarmowy rządzi się swoimi prawami. Leki cytostatyczne uszkadzają delikatny nabłonek jelit i żołądka, obniżając jego tolerancję na czynniki drażniące – w tym na surowe soki. Wypijanie ich w większych ilościach to częsty błąd, który może skutkować bolesnymi wzdęciami, zgagą oraz nasileniem biegunek i odwodnieniem z utratą cennych elektrolitów.

Podobną do buraków sławą cieszy się szpinak – powszechnie uznawany za żelazną roślinę. Niestety przyswajalność żelaza ze szpinaku jest bardzo niska i wynosi zaledwie około 1 proc. Nie zmienia to jednak faktu, że szpinak stanowi świetne źródło kwasu foliowego oraz witaminy K, które odgrywają ważną rolę w procesie powstawania krwinek czerwonych.

W jakich produktach znajdziemy żelazo?

Żelazo znajdziemy zarówno w produktach zwierzęcych, jak i roślinnych, jednak żelazo żelazu nie jest równe. To z produktów odzwierzęcych (hemowe) jest dla naszego organizmu jak „gotowiec”, z uwagi



na to, że jego przyswajalność jest wysoka i wynosi około 15-30 proc. Dlatego mięso i podroby są klinicznie najskuteczniejszym dietetycznym sposobem na uzupełnianie tego pierwiastka. Żelazo pochodzenia roślinnego nie jest już tak skuteczne – wchłania się w zaledwie 2-5 proc. Mimo że rośliny wydają się być niesamowicie dobrym źródłem żelaza (niektóre mają go więcej niż wołowina!), haczyk tkwi w biodostępności. Aby skutecznie wykorzystać żelazo z roślin, zawsze trzeba podać je w towarzystwie witaminy C (np. papryki, cytrusów czy natki pietruszki).

10 najbogatszych źródeł zwierzęcych (zawartość żelaza w 100 g surowego/nieprzetworzonego produktu):

- ◆ Wątroba wieprzowa: ~ 17,0 mg (to absolutny rekordzista, choć ze względu na smak i wysoką zawartość witaminy A zalecane jest umiarkowane spożycie, np. raz na tydzień)
- ◆ Wątroba drobiowa (z kurczaka): ~ 9,5 mg
- ◆ Wątroba cielęca: ~ 7,9 mg
- ◆ Żółtko jaja kurczego: ~ 7,2 mg (uwaga: całe jajo to ok. 1,5 – 2,0 mg/100g, ponieważ białko niemal nie zawiera żelaza)
- ◆ Ostrygi i małże: ~ 6,0 – 7,0 mg
- ◆ Sardynki z puszki (w sosie pomidorowym): ~ 2,9 mg
- ◆ Wołowina (np. polędwica, pręga, rostbief): ~ 2,5 – 3,2 mg
- ◆ Ciemne mięso z indyka (udo, bez skóry): ~ 1,5 mg
- ◆ Wieprzowina (np. schab): ~ 1,2 mg
- ◆ Mięso z piersi kurczaka: ~ 0,7 – 1,0 mg (białe mięso ma stosunkowo niewiele żelaza)

10 najbogatszych źródeł roślinnych (zawartość żelaza w 100 g suchego/surowego produktu):

- ◆ Soja: ~ 8,9 mg
- ◆ Mak: ~ 8,1 mg
- ◆ Komosa ryżowa: ~ 8,9 mg
- ◆ Pestki dyni: ~ 8,8 mg

- ◆ Amarantus: ~ 7,6 mg
- ◆ Fasola biała: ~ 6,9 mg
- ◆ Sezam niełuskany (lub pasta tahini): ~ 5,9 mg
- ◆ Soczewica czerwona / zielona: ~ 5,8 – 7,6 mg
- ◆ Natka pietruszki: ~ 5,0 mg (jej podwójna moc polega na tym, że zawiera i żelazo, i mnóstwo witaminy C ułatwiającej jego wchłanianie)
- ◆ Kasza jaglana: ~ 4,8 mg
- ◆ Morele suszone: ~ 3,6 mg
- ◆ Szpinak: ~ 2,8 mg
- ◆ Burak: ~ 1,7 mg

Jak poprawić wchłanianie żelaza?

- ◆ Nie łącz żelaza z produktami takimi jak herbata, czekolada czy mleko, gdyż zmniejszają jego wchłanianie. Nie oznacza to, że musisz z nich rezygnować, po prostu zachowaj odstęp czasowy i nie spożywaj ich w nadmiarze w ciągu dnia.
- ◆ Witamina C zwiększa wchłanianie żelaza, dlatego do posiłku bogatego w żelazo warto dodać produkty takie jak: pietruszka, czerwona papryka, kapusta kiszona, porzeczki czarne.
- ◆ Badania udowodniły korzystne działanie szczepów probiotycznych, takich jak *Lactiplantibacillus plantarum 299v* na zwiększenie wchłaniania żelaza dostarczonego z diety.

Jadłospis bogaty w żelazo – dieta konwencjonalna

- ◆ **śniadanie:** jajecznica z czerwoną papryką i plasterkami chudej pieczeni wołowej, podana z pieczywem żytnim na zakwasie
- ◆ **II śniadanie:** jaglanka na napoju migdałowym (niefortyfikowanym wapniem), ze świeżymi/mrożonymi czarnymi porzeczkami, suszonymi morelami i łyżką pestek dyni
- ◆ **obiad:** bitki wołowe (lub wątróbka drobiowa/cielęca, jeśli pacjent lubi i toleruje), krótko gotowane na parze brokuły skropione sokiem z cytryny, buraczki zasmażane
- ◆ **kolacja:** zupa z soczewicy czerwonej z przetartymi pomidorami, gotowana na chudym wywarze mięsny, z dużą ilością natki pietruszki

Jadłospis bogaty w żelazo – dieta wegetariańska

- ◆ **śniadanie:** jajecznica z czerwoną papryką, pieczywo żytnie na zakwasie, pesto z pietruszki z mielonymi pestkami dyni i oliwą, "smalec" z fasoli białej z cebulką i jabłkiem skropiony sokiem z cytryny lub hummus z burakiem
- ◆ **II śniadanie:** jaglanka na napoju roślinnym (niefortyfikowanym wapniem), ze świeżymi/mrożonymi czarnymi porzeczkami, suszonymi morelami, migdałami i tahini
- ◆ **obiad:** papryka czerwona faszerowana tofu, komosa ryżowa i warzywami
- ◆ **kolacja:** zupa z soczewicy czerwonej z przetartymi pomidorami, z dużą ilością natki pietruszki i mielonymi pestkami dyni

ABC CHOLESTEROLU.

Co trzeba wiedzieć o nim i o lekach, które go obniżają?

W Polsce to właśnie zbyt wysoki poziom cholesterolu jest najczęstszą przyczyną problemów z sercem i krążeniem. Niestety, jest on też najgorzej leczonym czynnikiem ryzyka – mimo że wiemy, jak z nim walczyć, rzadko robimy to skutecznie. Z punktu widzenia pacjentów onkologicznych warto wiedzieć, że badania sugerują, iż statyny mogą utrudniać wzrost komórek nowotworowych i coraz częściej mówi się o ich roli wspomagającej w leczeniu niektórych nowotworów.



Prof. 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

Skala problemu jest ogromna: szacuje się, że kłopoty z cholesterolem ma nawet 8 na 10 dorosłych Polaków. Najbardziej niepokojące jest jednak to, że choć wiele osób przyjmuje leki, to tylko co czwarty pacjent osiąga wynik, który faktycznie chroni go przed skutkami nadmiaru cholesterolu. W grupie osób najbardziej zagrożonych (np. po zawałach) sytuacja wygląda jeszcze gorzej – tam zaledwie 13 proc. osób ma cholesterol na bezpiecznym poziomie. Krótko mówiąc: większość z nas ma problem z cholesterolem, a zbyt mało osób leczy go na tyle skutecznie, by realnie uniknąć kłopotów z sercem w przyszłości.

Skąd bierze się cholesterol w organizmie?

Wiele osób myśli, że wysoki cholesterol to wyłącznie wina złej diety. Prawda jest jednak inna – organizm czerpie go z dwóch różnych źródeł.

Tylko 20-30 proc. to cholesterol, który dostarczasz w codziennych posiłkach. Choć dieta jest ważna dla zdrowia, odpowiada ona jedynie za niewielką część ogólnego wyniku.

Aż 70–80 proc. to tzw. cholesterol „własny” (endogenny). Głównie twoja wątroba działa jak mała fabryka, która sama wytwarza większość cholesterolu krążącego we krwi. Synteza w mniejszym stopniu następuje także w tkankach pozawątrobowych (nadnercza, gonady, jelito).

To wyjaśnia, dlaczego u wielu osób sama zmiana diety i „odstawienie jajek” nie wystarcza, by

obniżyć wyniki do bezpiecznego poziomu. Jeśli twoja „wewnętrzna fabryka” (wątroba) produkuje go za dużo (często przez geny), konieczne może być wsparcie w postaci leków, które tę produkcję nieco wyciszą.

Po co nam cholesterol?

Choć o cholesterolu słyszymy zazwyczaj w negatywnym kontekście, organizm go potrzebuje, aby sprawnie działać. To nie tylko „tłuszcz we krwi”, ale kluczowy budulec, bez którego nie moglibyśmy żyć.

Cholesterol jest jak „cement” dla komórek – buduje ich ścianki (błony), dzięki czemu są one stabilne, elastyczne i mogą prawidłowo pracować. To właśnie z cholesterolu powstają kluczowe hormony, m.in. te płciowe (jak testosteron czy estrogen) oraz hormony stresu. Bez niego gospodarka hormonalna przestałaby działać.

Cholesterol jest też niezbędny do wytwarzania żółci w wątrobie. Dzięki niej organizm potrafi trawić tłuszcze, które zjadasz w posiłkach.

Cholesterol jest więc niezbędny do życia, a problem pojawia się dopiero wtedy, gdy jego poziom we krwi staje się zbyt wysoki i zaczyna odkładać się w naczyniach krwionośnych.

Czym jest lipidogram?

Aby zrozumieć swoje wyniki badań, warto wiedzieć, że lekarz nie patrzy tylko na jedną cyfrę, ale ocenia całe bezpieczeństwo kardiologiczne.

Lpidogram to podstawowe badanie krwi, które sprawdza cztery ważne wskaźniki:

- cholesterol całkowity – ogólna suma tłuszczów we krwi.
- LDL („zły” cholesterol) – to on odkłada się w ścianach naczyń i jest najważniejszym parametrem dla lekarza
- HDL („dobry” cholesterol) – pomaga usuwać nadmiar tłuszczu z organizmu
- trójglicerydy – dodatkowy rodzaj tłuszczu, który dostarcza energii, ale w nadmiarze szkodzi sercu

Jaki powinien być poziom LDL?

Tutaj zasada jest prosta: im większe zagrożenie dla serca, tym niższy powinien być poziom „złego” cholesterolu (LDL). Lekarz przypisuje pacjenta do jednej z grup ryzyka i na tej podstawie wyznacza cel:

- ryzyko niskie (osoby zdrowe, bez dodatkowych obciążeń) – wynik powinien być poniżej 115 mg/dL
- ryzyko umiarkowane (np. osoby z lekkim nadciśnieniem) – cel to mniej niż 100 mg/dL
- ryzyko wysokie (np. osoby z cukrzycą lub mocno podwyższonym ciśnieniem) – wynik musi spaść poniżej 70 mg/dL, a dodatkowo powinien obniżyć się o połowę w stosunku do tego, co było na początku
- ryzyko bardzo wysokie (osoby po zawale, udarze lub z zaawansowaną cukrzycą) – to grupa pacjentów, która wymaga największej ochrony, a celem jest osiągnięcie wyniku poniżej 55 mg/dL i spadek o co najmniej połowę względem wyniku wyjściowego

Jak widać nie ma jednej „normy” dla każdego. To, co dla twojego sąsiada jest dobrym wynikiem,

dla ciebie – jeśli jesteś po zawale – może być sygnałem do pilnej zmiany leczenia.

Jak dbać o poziom cholesterolu bez leków?

Jeśli chcesz mieć cholesterol w normie lub wesprzeć działanie leków go obniżających prowadź zdrowy tryb życia, czyli:

Dbaj o właściwą dietę, bo to co masz na talerzu ma znaczenie dla tych 20-30 proc. cholesterolu, który dostarczasz z zewnątrz, czyli:

- wybieraj tłuszcze roślinne – zamień masło i smalec na oliwę z oliwek lub olej rzepakowy
- jedz więcej błonnika – płatki owsiane, kasze i warzywa działają jak „miotłka”, która pomaga usuwać cholesterol z organizmu
- ogranicz cukier i białą mąkę – nadmiar cukru organizm chętnie przerabia na niezdrowe tłuszcze (trójglicerydy)
- wybieraj ryby zamiast tłustego mięsa – postaw na pieczoną rybę zamiast smażonego schabowego

Regularna aktywność fizyczna pomaga podnieść poziom „dobrego” cholesterolu (HDL), który „sprząta” naczynia krwionośne. Wystarczy 30 minut spaceru dziennie, aby zauważyć różnicę – ważne, by robić to regularnie.

Palenie papierosów niszczy ściany naczyń krwionośnych, przez co „zły” cholesterol (LDL) łatwiej się do nich przykleja. Rzucenie palenia to najlepszy prezent, jaki możesz zrobić swoim tętnicom.

Ograniczenie alkoholu pomaga obniżyć poziom trójglicerydów i ciśnienie tętnicze.

Zrzuć nawet kilku nadprogramowych kilogramów (szczególnie tych w okolicach brzucha)



znacząco poprawia wyniki lipidogramu i odciąża cały układ krążenia.

Jakie leki obniżają cholesterol?

Same zmiany w stylu życia często nie wystarczają i lekarz może sięgnąć po nowoczesne leki. Działają one na różne sposoby – jedne blokują produkcję cholesterolu w organizmie, inne jego wchłanianie z jedzenia, a jeszcze inne pomagają organizmowi szybciej go usuwać.

■ Leki hamujące produkcję cholesterolu

To najczęściej stosowana grupa leków. Działają one bezpośrednio w wątrobie, ograniczając powstawanie nowego cholesterolu.

W tej grupie najpopularniejszy i najlepiej przebadanymi lekami są statyny. Traktowane są jako fundament leczenia, bo skutecznie obniżają parametry lipidogramu, jednocześnie obniżając ryzyko zawału i udaru.

Osobom, które nie mogą przyjmować statyn lub potrzebują dodatkowego wsparcia w obniżaniu wyniku można zaproponować kwas bempediowy.

■ Leki hamujące wchłanianie

Zamiast działać na produkcję, leki te pilnują, aby cholesterol z pożywienia nie przedostawał się z jelit do krwi.

Ezetymib to lek bardzo często łączony ze statynami – takie „podwójne uderzenie” (blokada produkcji + blokada wchłaniania) daje efekty.

Leki wiążące kwasy żółciowe zmuszają organizm do zużywania własnego cholesterolu do produkcji żółci, przez co jego poziom we krwi spada.

■ Leki pomagające usuwać cholesterol

To przełomowe, nowoczesne terapie (często w formie zastrzyków), które sprawiają, że wątroba znacznie skuteczniej „wyłapuje” zły cholesterol (LDL) z krwi.

Inhibitory PCSK9 to bardzo silne leki, które potrafią obniżyć cholesterol nawet u osób z bardzo trudnymi do leczenia parametrami.

Inklisiran to nowoczesny lek podawany rzadko (np. raz na pół roku), który „instruuje” organizm, by produkował mniej białka utrudniającego usuwanie cholesterolu.

Leki regulujące inne tłuszcze

Czasami problemem są nie tylko LDL, ale też np. wysokie trójglicerydy.

Fibraty oraz kwasy Omega-3 pomagają uporządkować gospodarkę tłuszczową i wspierają metabolizm lipidów.

■ Leki do zadań specjalnych

Istnieją też bardzo rzadkie, uwarunkowane genetycznie choroby (jak np. hipercholesterolemia rodzinna), gdzie cholesterol jest ekstremalnie wy-

soki od dzieciństwa. W takich przypadkach stosuje się specjalistyczne, zaawansowane leki (np. ewinakumab czy lomitapid), które ratują zdrowie pacjentów z tymi rzadkimi wadami.

Pamiętaj: O wyborze konkretnego leku zawsze decyduje lekarz, dopasowując go do Twoich wyników i ogólnego stanu zdrowia.

Co trzeba wiedzieć o statynach?

Statyny to leki wyjątkowe, ponieważ ich działanie wykracza daleko poza samo obniżanie cholesterolu. Lekarze nazywają to działaniem wielokierunkowym (plejotropowym) – oznacza to, że jedna tabletkę wpływa pozytywnie na wiele procesów w organizmie jednocześnie. Co więc robią statyny?

- Chronią i naprawiają naczynia krwionośne, dbając o ich elastyczność – poprawiają kondycję wewnętrzną wyściółki naczyń (śródbłonna), co pomaga im lepiej się rozkurczać.
- Stabilizują blaszki miażdżycowe (zmniejszenie zawartości lipidów i makrofagów w naczyniach).
- Działają jak „wewnętrzny lek przeciwzapalny” – obniżają poziom wskaźników zapalnych (np. białka CRP) w ścianach naczyń krwionośnych. Leki te potrafią „uspokoić” również nadgorliwy układ odpornościowy, co ma znaczenie w chorobach z autoagresji.
- Zmniejszają również tzw. stres oksydacyjny, który niszczy komórki.
- Wykazują efekt profibrynolityczny (zwiększenie aktywności tkankowego aktywatora plazminogenu), czyli ułatwiają lub przyspieszają rozpuszczanie zakrzepów w naczyniach krwionośnych.
- Niektóre statyny (np. simwastatyna) mogą pomagać w walce z osteoporozą.

Badania sugerują, że statyny mogą utrudniać wzrost komórek nowotworowych. To dlatego coraz częściej mówi się o ich roli wspomagającej w leczeniu niektórych nowotworów.

Działania niepożądane

Jak każdy skuteczny lek, statyny mogą powodować działania niepożądane, choć u większości pacjentów są one łagodne i mijają wraz z czasem. Ważne jest, aby nie przerażać się listą z ulotki, ale wiedzieć, na co zwrócić uwagę.

■ Objawy występujące częściej (u 1 na 10 do 100 osób)

Te dolegliwości zazwyczaj nie są groźne i często organizm sam się do nich przyzwyczaja.

Mogą pojawić się wzdęcia, zaparcia, nudności czy lekkie bóle brzucha. Niektórzy pacjenci skarżą się na bóle głowy lub przejściowe skurcze i pobolewanie mięśni. Może dojść do lekkiego wzrostu parametrów wątrobowych (tzw. prób wątrobowych)

lub poziomu cukru. Lekarze podkreślają, że nawet jeśli cukier nieco wzrośnie, korzyści z ochrony serca u osób z cukrzycą są znacznie większe niż to ryzyko.

■ **Objawy występujące rzadko (u 1 na 1 000 do 10 000 osób)**

To sytuacje, które wymagają już kontaktu z lekarzem, ale zdarzają się bardzo rzadko.

Może to być silne osłabienie, zapalenie mięśni czy ich uszkodzenie (tzw. rabdomioliza), reakcje skórne takie jak wysypka, świąd lub nadmierne wypadanie włosów. Bardzo rzadko może dojść do zapalenia trzustki lub wątroby.

Kiedy należy pilnie skontaktować się z lekarzem?

Zgłoś się do gabinetu, jeśli podczas kuracji poczujesz:

- niewyjaśniony, silny ból mięśni (szczególnie jeśli towarzyszy mu osłabienie lub gorączka)
- nagłe zażółcenie skóry lub białek oczu
- obrzęk twarzy lub gardła (objawy silnej alergii)

Statyny są lekami bezpiecznymi, a lekarz zleca regularne badania krwi (np. próby wątrobowe ALT i poziom kinazy kreatynowej CK), aby mieć pewność, że terapia przebiega bez zakłóceń.

Kto powinien zachować szczególną ostrożność?

To niezwykle ważne, aby wiedzieć, że choć poważne uszkodzenie mięśni (rabdomioliza) zdarza się bardzo rzadko, istnieją pewne sytuacje i cechy organizmu, które mogą to ryzyko zwiększać. Wiedza o nich pozwala lekarzowi dobrać bezpieczniejszą dawkę lub inny rodzaj leku.

Ryzyko problemów z mięśniami jest nieco wyższe u osób, które:

- są w starszym wieku: szczególnie powyżej 80. roku życia lub u osób bardzo słabych fizycznie (tzw. zespół kruchości)
- zmagają się z innymi chorobami: niewydolność nerek lub wątroby, nieleczona niedoczynność tarczycy czy bardzo wysoki poziom trójglicerydów
- przechodzą ciężkie chwile dla organizmu: rozległe operacje, silne zakażenia całego organizmu lub ekstremalny wysiłek fizyczny (np. bardzo ciężka praca fizyczna czy maratony)
- stosują używki: nadużywanie alkoholu lub przyjmowanie substancji odurzających (np. amfetaminy) drastycznie zwiększa obciążenie mięśni
- przyjmują wiele leków: niektóre leki mogą „kłócić się” ze statynami, podnosząc ich stężenie we krwi do niebezpiecznego poziomu



Pamiętaj o złotych zasadach bezpieczeństwa:

- **Szczerość z lekarzem**
Powiedz o wszystkich lekach, ziołach i suplementach, które przyjmujesz.
- **Badania to podstawa**
Wykonuj regularnie badania krwi zlecone przez lekarza, jeśli istnieje taka potrzeba (szczególnie próby wątrobowe i poziom enzymów mięśniowych – CK).
- **Słuchaj organizmu**

Jeśli poczujesz nagłe, silne osłabienie lub ból mięśni, którego nie możesz wyjaśnić np. treningiem – nie czekaj, skonsultuj się z lekarzem.

Nigdy nie przerywaj leczenia ani nie zmieniaj dawki „na własną rękę”. Jeśli masz objawy, zawsze najpierw porozmawiaj ze swoim specjalistą.

RADZĘ SOBIE CHYBA CAŁKIEM NIEŻLE, choć nie było łatwo być najmłodszą osobą w kolejce do radioterapii

Mam na imię Aleksandra i w wieku 28 lat okazało się, że mam raka jelita grubego, a dokładnie – raka odbytnicy.

Przed diagnozą schudłam około 5 kg, ale założyłam, że jest to efekt odstawienia białego pieczywa, które ponoć jest niezdrowe. Pierwszym oczywistym znakiem, że dzieje się coś złego, było pojawienie się krwi w stolcu. To był maj 2024 roku, miałam 28 lat. Ponieważ krew przy wypróżnianiu pojawiała się w trakcie miesiączki, nie byłam początkowo pewna, skąd pochodzi. Z czasem pojawiło się też uczucie parcia i bólu przy siedzeniu. Cały czas myślałam, że jest to związane z okresem lub hemoroidami.

Gdy pewnego dnia „puściło” się ze mnie dużo krwi, udałam się na SOR – to był mój pierwszy kontakt z lekarzem związany z objawami, które obserwowałam. Skierowano mnie do chirurga, gdzie wykonano mi badanie per rectum, które nic nie wykazało. Stwierdzono, że przyczyną obfitego krwawienia był hemoroid, który się opróżnił przez co w chwili badania był niewyczuwalny. Zalecono mi przyjmowanie czopków i maści doodbytniczej. Stosowałam je przez 3 miesiące, ale nie widziałam żadnej poprawy. Poprosiłam więc lekarza POZ o wystawienie skierowania na gastro – i kolonoskopię. Podczas badania kolonoskopowego okazało się, że guz znajduje się zaledwie 5 cm od zwieraczy i jest wyczuwalny palcem. Tego dnia dowiedziałam się, że prawdopodobieństwo, że jest to zmiana nowotworowa wynosi aż 95 proc. Być może, gdyby pierwszy lekarz przeprowadził badania dokładnie, wiedziałabym o chorobie 3 miesiące wcześniej.

Diagnoza została mi rzucona wręcz w twarz – po czasie mogę powiedzieć, że jestem cała tą sytuacją zażenowana i zniesmaczona. Po kolonoskopii, gdy jeszcze byłam pod lekkim wpływem leków znieczulających, przyszła do mnie młoda lekarka i powiedziała mi, że muszę zostać kolejny dzień w szpitalu, że „coś tam” wyszło w badaniu, ale że mam być spokojna. Natomiast ordynatorka, która przyszła 2 godziny później na obchód rzuciła bezceremonialnie, że „moje życie wywróciło się do góry nogami”. Od razu jej odparłam „ale chyba wróci na miejsce” jeszcze nie wiedząc co w ogóle znaczy to, że świat mi się wywraca. Wtedy usłyszałam, że chyba nie wróci na miejsce i że na 90 proc. mam nowotwór złośliwy. Natychmiast pomyślałam, że to chyba znaczy, że umrę. Dostałam lekkiej hysterii i przysłano do mnie psycholożkę. Poskarżyłam się jej na sposób

przekazywania informacji. Od tego czasu ordynatorka była sympatyczniejsza.

Przez 6 dni pobytu w szpitalu nie ustalono planu leczenia – miało to nastąpić dopiero po tym, jak będą znane wyniki badań histopatologicznych. Pamiętam natomiast, że przyszła do mnie onkolożka, jednak w czasie rozmowy ze mną odebrała telefon i mówiła, że nie jest zajęta i że zaraz gdzieś się pojawi. To sprawiło, że poczułam się lekceważona i niezaopiekowana.

Po otrzymaniu wyników histopatologii zajęłam się najpierw zabezpieczeniem płodności – skorzystałam z rządowego programu oncofertility – to odpowiedziała mi siostra. Co zabawne – lekarze początkowo sami nie bardzo wiedzieli jak to działa, ale udało się, choć niestety z mieszanym skutkiem – zamrożono tylko 7 komórek jajowych, a zdaniem lekarza na jedną ciążę potrzeba ich dwa razy tyle. Trzymam się więc myśli, że wystarczy mi jedna dobra komórka jajowa. Zabezpieczenie płodności trwało około 5 tygodni, po tym czasie od razu rozpoczęłam leczenie, ale już w innej placówce. Ten program jest super. To, że akurat mi zostało tyle komórek, ile mi zostało, mogło być – zdaniem lekarza – spowodowane chorobą. Mogłam się poddać stymulacji jajników po raz drugi, ale podjęłam decyzję wspólnie z rodziną, że powinnam jak najszybciej rozpocząć leczenie. Czy teraz bym zdecydowała tak samo, czy może zaryzykowałabym opóźnienie leczenia o kolejny miesiąc? Nie wiem. Staram się o tym tak nie myśleć, nie widzę niczego dobrego w takich rozważaniach.

Zdecydowałam się zmienić ośrodek, w którym się leczyłam bo ten, w którym byłam diagnozowana, pomimo że jest centrum onkologii, działał dość chaotycznie – nie zostałam zaproszona na konsylium, a przepływ informacji był niezadowolający. Były też problemy ze sposobem komunikowania się – brutalne przedstawienie diagnozy, stwierdzenia typu „radioterapia usmaży pani jajniki” – to tylko przykłady. Po prostu zraziłam się, choć był również aspekt związany z samym przebiegiem leczenia. Guz był trudny do zoperowania w sposób oszczędzający zwieracz, a ja bardzo go chciałam zachować. Stomia wchodziła w grę, ale jednak lepiej, by nie towarzyszyła mi do końca życia.

W nowym ośrodku od razu umówiono mi wizytę u radioterapeuty i podano termin konsylium,



w którym mogłam wziąć udział razem z siostrą. Zaplanowano przedoperacyjną 6-tygodniową codzienną radiochemioterapię celem zmniejszenia guza i ratowania moich zwieraczy, od razu stawiając jasno sprawę, że może się okazać konieczne wyłonienie stomii (najprawdopodobniej jedynie tymczasowej), a ryzyko takiego rozwoju wypadków wynosi 50 proc.

Przygnębiające było to, że byłam najmłodszą osobą czekającą na radioterapię. Z jednej strony dlatego, że nie było kogoś w podobnym wieku, z kim mogłabym się podzielić tym, przez co przechodzę, a z drugiej strony dlatego, że znaczna część starszych ode mnie pacjentów często komentowała mój wiek i to, że jako „ta młodsza” lepiej się czuję, lepiej znoszę leczenie itp. Wkurzało mnie to, bo były to osoby mające już dzieci i wnuki, a ja przez radioterapię stałam się bezpłodna.

Chemię przyjmowałam 2 razy dziennie przez 6 tygodni w tabletkach. Żle ją znosiłam, nie mogłam jeść, niby byłam głodna, ale nie miałam apetytu. Miałam suchą śluzówkę, dłonie i stopy, paznokcie były łamliwe i trochę się odklejały od macierzy.

Miesiąc po zakończeniu radiochemioterapii wykonano mi badania obrazowe i kolejny miesiąc później przeprowadzono operację usunięcia nowotworu. Niestety, leczenie nie spowodowało znacznego zmniejszenia guza – chirurgka gimnastykowała się nade mną ponad 8 godzin.

W trakcie operacji wyłoniona została ileostomia (stomia na jelicie cienkim) – plan jest taki, że jest ona czasowa, jeżeli będzie się dało ma zostać zamknięta jesienią po tym jak skończę kolejną chemioterapię. Po operacji do badania zostały wysłane węzły chłonne w liczbie 14. Okazało się, że w 6 obecne były komórki nowotworowe. Onkolog zdecydował o radykalnym leczeniu i podaniu mi 12 cykli chemioterapii we wlewach dożylnych.

Mimo to uważam, że personel medyczny, zarówno lekarze jak i technicy czy rejestracja, wszyscy byli bardzo mili. Ja też starałam się odnosić do każdego z szacunkiem i empatią. Po zmianie ośrodka trafiłam na wspaniałych lekarzy. Chirurgka odwiedzała mnie na oddziale, nawet gdy danego dnia obchód pełnił inny lekarz. Cotygodniowe wizyty u radioterapeuty i onkologa również wspominam dobrze. Większość lekarzy odnosiła się do mnie bardzo uprzejmie, zakładałam, że po części jest to związane z moim wiekiem. Dbano też o intymność i moje samopoczucie. Przykładowo, za każdym razem, gdy z pielęgniarką zmieniałymy stomię, zamykała ona drzwi do sali, pielęgniarki w większości pytały jak się mam, ile zjadłam, motywowały do chodzenia po korytarzu celem poprawienia perystaltyki jelit.

Byłam informowana co jeść, jak jeść, jak zmienić stomię, na co uważać i że imprezę z okazji 30 urodzin powinnam przełożyć na kolejny rok. Jednak, mimo że znałam plan leczenia, to nie wiedziałam



fot. archiwum domowe

masy rzeczy. Na przykład, że nie wszystkim pacjentom wypadają włosy, albo że treść jelitowa z ileostomii nie śmierdzi (no chyba, że zje się jajko czy ryby) jak „zwykły” stolec. Nie wiedziałam, że zostaną mi zrobione 3 mikrotatuaże, mające ułatwić ułożenie mojego ciała podczas radioterapii. Nie wiedziałam, że można skorzystać z porady dietetyka w szpitalu. Nikt też nie powiedział mi, że mogę zwrócić się o wsparcie do organizacji pacjentów.

Podczas mojego pobytu w szpitalu kilka razy odwiedził mnie fizjoterapeuta. Nie miałam wizyty u dietetyka (dietetyczka odwiedziła mnie w pierwszym szpitalu, gdzie mnie zdiagnozowano). W szpitalu korzystałam też ze wsparcia psychologa, miałam problem z jedzeniem i podano mi żywnie pozajelitowe co było deprymujące. Również w własnym zakresie korzystałam ze wsparcia onkopsycholożki, które było szalenie pomocne. Myślę, że dzięki spotkaniom z nią lepiej sobie radzę z tym jak inni reagują na moją chorobę (fakt, że nie wypadły mi włosy ma świadczyć o tym, że mam „lepszego” raka), odnalazłam się w roli pacjenta, nauczyłam się pozwalać by inni mi pomagali, ale też prosić o pomoc.



fot. archiwum domowe

Z perspektywy czasu widzę, że w opiece nad pacjentem, ale też dla przebiegu procesu leczenia bardzo ważna jest właśnie empatia, zainteresowanie ze strony pielęgniarek i rozmowa – nawet najkrótsza. To pielęgniarki, a nie lekarze mają największy kontakt z pacjentem. Na jednym z oddziałów widziałam biblioteczkę, powinny znajdować się one albo na każdym oddziale, albo powinna być ogólna biblioteka w szpitalu. Fajnie by było, gdyby były sale – świetlice, gdzie można by było zagrać w grę albo po prostu posiedzieć i porozmawiać, bo sale szpitalne są smutne.

Co było do tej pory dla mnie najtrudniejsze? Przedoperacyjnie najgorsze były problemy z jedzeniem i ciągła presja otoczenia na to, żebym jadła więcej i więcej. Później pogodzenie się z tym, że jestem bezpłodna, że mam stomię i że pojawiły się przerzuty. Dostając informację o tym, że czeka mnie kolejna chemia popłakałam się w gabinecie lekarza, pocieszył mnie jednak, że warto leczyć się dalej i że plan na mnie jest taki, że mnie wyleczą. To były bardzo miłe słowa. No i bardzo trudne jest ciągle czekanie. Czekanie w poradni, czekanie na chemię,

czekanie na wyniki badań. Ta choroba to ciągle czekanie i niepewność.

Początki choroby były ciężkie, ale jest coraz lepiej. Nie wiem czy do końca się odnalazłam w chorobie, ale radzę sobie chyba całkiem nieźle. Początkowo przebywałam na świadczeniu rehabilitacyjnym i nie pracowałam, trochę się nudziłam i brakowało mi zajęcia, a jednocześnie nie odpoczywałam. Miałam takie dni, tygodnie, gdzie leżałam na kanapie i byłam bardzo zmęczona, ale cały czas biczowałam się za to, że leżę na tej kanapie, więc ani nie odpoczywałam, ani nie czytałam książek, nie oglądałam też filmów – nie wiem, chyba się po prostu gapiłam na ścianę. Z czasem zdecydowałam się na studia podyplomowe, skończyłam też aplikację, za miesiąc mam egzamin. Myślałam sobie: jak zdam egzamin, będę po operacji, to będzie praca.



fot. Magdalena Tarach



fot. archiwum domowe

Miała na mnie czekać i była taka fajna, a jak dostałam potwierdzenie, że jestem zdolna ją podjąć, to praca się ze mną pożegnała. Teraz odbieram zaległy urlop i biorę się za szukanie nowej pracy.

Ciężko mi było się przystosować do tego, że mam stomię, że lepiej się czuję jak widzę toaletę w zasięgu wzroku, albo że czasami woreczek przecieknie. Nadal jestem słabsza niż przed chorobą, mam chemo brain, przechodzę menopauzę i mimo wdrożenia hormonalnej terapii zastępczej nadal trochę sapię, gdy chodzę. Ciężko jest mi też przyzwyczaić się do napadów gorąca i boję się jak będzie w lecie.

Problem z mgłą mózgową zaczął się już w trakcie chemioterapii – byłam rozkojarzona i zestresowana. Teraz odczuwam ją dużo mocniej – dużo rzeczy zapominam, jestem roztrzępana. Zdarza mi się włożyć pastę do zębów do lodówki, a pędzle do makijażu w kubeczek do szczoteczki do zębów.

Dopiero w trakcie rozmowy na przykład z chłopakiem przypomina mi się, że już dwa razy omawialiśmy daną sprawę. Na szczęście zawsze dochodzę do tych samych wniosków (śmiech).

Przez ten cały czas staram się zachowywać pogodę ducha. Miałam i mam najlepsze wsparcie jakie sobie mogę wyobrazić ze strony rodziców i przyjaciół – nie mam praktycznie czasu „smuć”. Moi najbliżsi codziennie byli u mnie w szpitalu, prawie codziennie ktoś z rodziny przychodził by, czekać ze mną na radioterapię. Wszyscy pilnowali, żebym dobrze jadła i przyjmowała dużo białka. Pozwalali mi się wypłakać, podnosili na duchu, googlowali najlepsze ośrodki celem zabezpieczenia płodności. Myślę, że nie byłabym w tak dobrej formie psychicznej jak jestem gdyby nie wsparcie mamy, siostry, partnera oraz przyjaciół.

Nie znaczy to, że nie zdarzają się dni, kiedy płacę pod prysznicem i zastanawiam się dlaczego ja, dlaczego tak młodo, dlaczego tak dużo straciłam, ale potem myślę o tym, żeby skupić się na leczeniu i pozbyciu się tego „dziadostwa” raz na zawsze.

Od razu po diagnozie udałam się na wizytę do dietetyczki i bardzo uważałam na to co jem. Starałam się codziennie wychodzić na dwór, być dla siebie łagodniejsza, nie wymagać tyle od siebie. Zmieniły się też moje relacje z niektórymi osobami, część osób stała się moimi nowymi przyjaciółmi, a część może nie tyle przestała nimi być, ale nasze relacje uległy zmianie. Staram się też głośno mówić o mojej chorobie, prowadzę profil na instagramie @prawoipolityka, który troszkę zmienił swoją tematykę i stał się teraz miejscem, gdzie mówię o swojej chorobie i zachęcam do badań.



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.

Jeśli chcesz poszerzyć wiedzę na temat raka jelita grubego i innych nowotworów przewodu pokarmowego zajrzyj na stronę Fundacji EuropaColon Polska – europacoloni.polska.pl

SKÓRA PACJENTA ONKOLOGICZNEGO wymaga szczególnej troski

Terapia onkologiczna, w tym leczenie hematologiczne, wywiera istotny wpływ na stan skóry, prowadząc do szeregu powikłań – od łagodnych, ale uciążliwych, po stany zagrażające życiu. Zmiany te wynikają zarówno z bezpośredniego działania leków, jak i z ogólnego osłabienia organizmu. Jakie zmiany mogą zachodzić w skórze i jak można sobie z nimi poradzić?



dr n. med. Ewa Stypczyńska

docent Bydgoskiej Szkoły Wyższej, specjalista dermatolog-wenerolog z Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy

Suchość i uporczywy świąd skóry to jedne z najczęstszych powikłań leczenia onkologicznego. Suchość wynika odwodnienia skóry i uszkodzenia jej bariery ochronnej. Świąd stanowi aż 5 proc. wszystkich działań niepożądanych leków i może pojawić się natychmiast po zażyciu leku lub z opóźnieniem (nawet po kilku tygodniach). Może być wywołany przez alergię, cholestazyjne uszkodzenie wątroby, bezpośrednie działanie substancji na nerwy obwodowe (np. płyny krwiozastępcze) lub pobudzenie receptorów opioidowych.

Niektóre specyficzne leki, jak interleukina-2, mają bezpośrednie działanie świądotwórcze. Inne stają się toksyczne lub uczulające dopiero po wystawieniu skóry na działanie promieniowania ultrafioletowego (reakcje fotoalergiczne i fototoksyczne). Z tego powodu pacjenci muszą rygorystycznie przestrzegać zasad fotoprotekcji.

W trakcie leczenia mogą też pojawić się zmiany krwotoczne, liszajowate, pęcherzykowe, krostkowe lub grudkowe, przebarwienia czy charakterystyczne zmiany rumieniowe.

U niektórych pacjentów może też dojść do ciężkich reakcji takich jak obrzęk naczynioruchowy, wstrząsu anafilaktycznego czy groźnego zespołu Stevensa-Johnsona – rzadkiej, zagrażającej życiu reakcji nadwrażliwości (zazwyczaj polekowej), charakteryzującej się martwicą naskórka i bolesnymi zmianami na błonach śluzowych.

Leczenie często prowadzi do immunosupresji (spadku odporności), co sprzyja infekcjom skóry, które u pacjentów onkologicznych mają zwykle cięższy przebieg. Mogą mieć one charakter bakteryjny jak np. zapalenie mieszków włosowych (częste powikłanie po przeszczepie) czy róża czyli zapalenie skóry i tkanki podskórnej lub wirusowy jak np. mięczak

zakaźny lub trudne do leczenia brodawki wywołane wirusem HPV. Zdarzają się też infekcje grzybicze jak kandydozy jamy ustnej czy nawracający łupież pstry.

Trzeba też pamiętać, że osoby leczone onkologicznie są w grupie podwyższonego ryzyka rozwoju kolejnych nowotworów, w tym raków skóry (podstawnokomórkowego i kolczystokomórkowego) oraz czerniaka. Może to wynikać z uszkodzeń DNA oraz osłabienia nadzoru immunologicznego organizmu. W związku z tymi zagrożeniami u pacjentów onkologicznych kluczowa jest intensywna pielęgnacja barierowa (emolienty), unikanie czynników drażniących (gorąca woda, tarcie) oraz

Monitoring przyczyn świądu

Jeśli świąd jest uporczywy (trwa powyżej 6 tygodni) lub towarzyszą mu inne zmiany, należy skonsultować się z lekarzem, ponieważ może on być objawem:

- działań niepożądanych leków – stanowi 5 proc. wszystkich reakcji polekowych
- chorób ogólnoustrojowych takich jak niedokrwistość, cukrzyca, choroby tarczycy, nerek czy chłoniaki
- starzenia się skóry – u 50 proc. osób powyżej 70. roku życia świąd wynika z fizjologicznego odwodnienia skóry

Prawidłowa pielęgnacja i nawilżanie są kluczowe, ponieważ sprawna bariera naskórkowa chroni przed wnikaniem czynników zewnętrznych, które mogą bezpośrednio stymulować receptory świądowe.

regularna samokontrola znamion metodą ABCD. W przypadku zaobserwowania nowych zmian lub znamion, które uległy np. powiększeniu konieczne jest badanie dermoskopowe w gabinecie dermatologicznym.

Jak pielęgnować skórę na co dzień?

W przypadku pacjentów onkologicznych codzienna prawidłowa pielęgnacja skóry jest niezbędna, ponieważ uszkodzona bariera lipidowa sprawia, że każda substancja może działać na skórę drażniaco lub alergizująco, nawet jeśli pacjent nie jest na nią uczulony.

Pacjent onkologiczny powinien wybierać prysznic zamiast wanny, a temperatura wody powinna mieścić się w przedziale od 30 do 37 stopni Celsjusza. Zaleca się stosowanie mydeł o neutralnym pH lub tzw. „mydeł bez mydła” (syndetów) i unikanie używania ostrych gąbek czy myjek oraz unikanie tarcia skóry ręcznikiem. Zamiast zwykłych balsamów do skóry zaleca się stosowanie emolientów.

Czym różnią się emolienty od zwykłych kremów nawilżających?

Główna różnica między emolientami a zwykłymi preparatami nawilżającymi polega na tym, że emolienty łączą działanie nawilżające z natłuszczającym, co pozwala na głębszą regenerację bariery ochronnej skóry. Rolą emolientów jest wspomaganie leczenia dermatologicznego, ponieważ poprawiają wchłanianie leków i mogą ograniczać konieczność stosowania silniejszych preparatów zewnętrznych.

Zwykłe substancje nawilżające, czyli humektanty (np. kwas hialuronowy, mocznik w stężeniu poniżej 10 proc., glicerol), działają higroskopijnie – ich głównym zadaniem jest wiązanie i zatrzymywanie wody pochodzącej z otoczenia lub głębszych warstw naskórka. Emolienty idą o krok dalej – nie tylko nawilżają, ale również natłuszczają skórę, co zapobiega utracie już zgromadzonej wody.

Emolienty są preparatami o bogatszym składzie, często zawierają ceramidy, które są naturalnym budulcem bariery naskórkowej, a ich celem jest naprawa uszkodzonego płaszczu lipidowego oraz odbudowa macierzy międzykomórkowej. Nie tylko zwiększają elastyczność skóry, ale też skutecznie niwelują świąd, ponieważ ich skład jest często wzbogacony o substancje o działaniu przeciwzapalnym i kojącym, takie jak np. ektoina, która nawilża i łagodzi stany zapalne, niacynamid (witamina PP inaczej B3) oraz pantenol (witamina B5), które regenerują i zmniejszają rumień czy tlenek cynku, który ma działanie ściągające.

Warto pamiętać, że ze względu na swój specyficzny skład, działanie emolientów utrzymuje się przez około 4 godziny, dlatego w przypadku bardzo suchej skóry konieczna jest ich regularna aplikacja w ciągu dnia.



WAŻNE SKŁADNIKI W PREPARATACH PIELĘGNUJĄCYCH

• składniki okluzyjne

Tworzą film zapobiegający utracie wody. Najskuteczniejsza jest wazelina (redukuje utratę wody o 98 proc.), a także parafina, lanolina, pochodne silikonów oraz tłuszcze roślinne (masło shea, olej z pestek winogron)

• humektanty

Wiążą wodę w naskórku. Szukaj w składzie kwasu hialuronowego, mocznika (w stężeniu poniżej 10 proc.), glicerolu czy aminokwasów

• emolienty i lipidy

Naprawiają płaszcz lipidowy skóry. Kluczowe są ceramidy, cholesterol i kwasy tłuszczowe składniki łagodzące i regenerujące

Warto wybierać preparaty zawierające substancje wspomagające gojenie i działające przeciwzapalnie:

- witamina B5 (pantenol) – koi, regeneruje i zmniejsza rumień
- niacynamid (witamina PP) – działa łagodząco i zapobiega przebarwieniom
- ektoina – intensywnie nawilża i działa przeciwzapalnie
- tlenek cynku – działa ściągająco i kojąco

• fotoprotekcja

Konieczne jest stosowanie filtrów przeciwsłonecznych (SPF 30 jesienią/zimą, SPF 50+ latem) oraz unikanie solarium

CZY ENDOSKOPOWA REKONSTRUKCJA piersi ma szansę zastąpić klasyczną chirurgię?

W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie przeprowadzono pierwszą w historii ośrodka endoskopowo wspomaganą mastektomię oszczędzającą kompleks brodawka–otoczek z jednoczesną rekonstrukcją piersi. Zabieg ten wpisuje się w rozwój technik małoinwazyjnych w leczeniu raka piersi i stanowi kolejny etap poszerzania oferty terapeutycznej Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO.

Obok klasycznych metod chirurgii raka piersi, nowym, rozwijającym się kierunkiem są techniki małoinwazyjne, w tym endoskopowo wspomaganą mastektomią oszczędzającą brodawkę z natychmiastową rekonstrukcją, stosowana u starannie kwalifikowanych pacjentek. Taki właśnie zabieg wykonano w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie.

– Zabieg polegał na endoskopowo wspomagannej mastektomii oszczędzającej brodawkę sutkową z jednoczesną rekonstrukcją piersi z użyciem implantu. Cała procedura została przeprowadzona z jednego nacięcia, co ma znaczenie zarówno techniczne, jak i estetyczne. W tym samym czasie wykonano także procedurę węzła wartowniczego w celu oceny rozległości choroby – wyjaśnia prof. Zbigniew Nowecki, kierujący w NIO Kliniką Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej – Była to pierwsza tego typu operacja w Klinice, i obecnie trwają prace

nad wprowadzeniem tej metody do stałej praktyki klinicznej u pacjentek spełniających określone wymagania.

Operację wykonał zespół w składzie: dr n. med. Aleksander Grous, lek. Marta Piwowarska oraz lek. Łukasz Kalinowski.

Kwalifikacja do zabiegu

Kwalifikacja do tego rodzaju procedury różni się od kwalifikacji do klasycznego zabiegu chirurgicznego.

– Kwalifikacja do endoskopowej mastektomii z natychmiastową rekonstrukcją wymaga spełnienia ściśle określonych warunków onkologicznych oraz anatomiczno-technicznych. Zabieg przeznaczony jest dla pacjentek z wczesnym rakiem piersi, bez klinicznych cech naciekania skóry lub kompleksu brodawka–otoczek oraz bez cech raka zapalnego – wyjaśnia dr n. med. Aleksander Grous,



chirurg, który kwalifikował pacjentki do zabiegów endoskopowych.

Obok wymienionych warunków konieczna jest także precyzyjna diagnostyka obrazowa potwierdzająca możliwość bezpiecznego oszczędzenia brodawki.

– Z punktu widzenia budowy anatomicznej najczęściej rekomendowane są piersi małe lub średnie, z niewielką ptożą, choć literatura opisuje również próby wykonywania takich zabiegów u pacjentek z większym biustem – uzupełnia dr Grous.

Istotne znaczenie mają także czynniki wpływające na gojenie, takie jak aktywny nikotynizm, otyłość, źle kontrolowana cukrzyca, choroby naczyniowe czy wcześniejsze blizny w okolicy planowanego dostępu chirurgicznego.

Endoskopia a chirurgia klasyczna

W przeciwieństwie do klasycznego zabiegu procedura endoskopowa obejmuje usunięcie gruczołu piersiowego z dostępu minimalnie inwazyjnego, prowadzonego z jednego niewielkiego nacięcia, zwykle nieprzekraczającego czterech centymetrów. Dostęp realizowany jest z wykorzystaniem dedykowanego portu do narzędzi endoskopowych, co umożliwia precyzyjne preparowanie tkanek pod kontrolą obrazu wideo i ograniczenie urazu operacyjnego. W tym samym etapie możliwe jest przeprowadzenie natychmiastowej rekonstrukcji piersi z użyciem implantu, bez konieczności wykonywania dodatkowych nacięć skórnych. Zastosowanie technik endoskopowych pozwala na bardzo dokładną kontrolę pola operacyjnego i ograniczenie urazu tkanek, co przekłada się na przebieg pooperacyjny pacjentek.

– Cały zabieg, łącznie z rekonstrukcją, może zostać wykonany z jednego dostępu, co ma znaczenie zarówno z punktu widzenia chirurgicznego, jak i efektu estetycznego – mówi lek. Łukasz Kalinowski. Co więcej, takie podejście sprzyja także sprawniejszemu powrotowi pacjentek do codziennego funkcjonowania – dodaje lek. Marta Piwowarska.

Dostępne dane naukowe, w tym metaanalizy porównujące endoskopową mastektomię oszczędzającą brodawkę z techniką klasyczną, wskazują na porównywalne wyniki onkologiczne w obserwacjach krótko – i średnioterminowych oraz na potencjalnie wyższą satysfakcję estetyczną pacjentek przy zastosowaniu technik endoskopowych. Jednocześnie autorzy podkreślają ograniczenia tych analiz, związane między innymi z selekcją chorych, dużym znaczeniem doświadczenia ośrodka oraz nadal ograniczonym okresem obserwacji.

Czy zatem endoskopowa rekonstrukcja piersi może w przyszłości zastąpić chirurgię klasyczną?

Na obecnym etapie rozwoju medycyny odpowiedź brzmi: nie, a raczej – jeszcze nie.

Jest to metoda przeznaczona dla wybranej grupy pacjentek i wymagająca wysokich kompetencji



Skala działalności Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO od lat pozostaje wysoka i systematycznie rośnie. W 2025 roku wykonano 1421 operacji pierwotnych raków piersi, co potwierdza utrzymujący się trend wzrostowy obserwowany również w latach poprzednich. Znaczną część tych zabiegów stanowią operacje oszczędzające pierś, a wśród pacjentek wymagających amputacji coraz większy odsetek kwalifikuje się do rekonstrukcji jednoczasowej. Spośród 482 mastektomii wykonanych w Klinice 201 zakończyło się natychmiastową rekonstrukcją z użyciem protezy lub ekspandera.

zespołu operacyjnego. Chirurgia klasyczna nadal pozostaje więc podstawą leczenia większości chorych.

– Jednocześnie pierwsze doświadczenia kliniczne, także te zdobywane w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie, pokazują, że endoskopowa rekonstrukcja piersi stanowi obiecujący kierunek rozwoju, który w określonych wskazaniach może poszerzyć możliwości leczenia chirurgicznego raka piersi – podsumowuje prof. Zbigniew Nowecki.

Źródło: NIO-PIB

TO NIE WYŚCIG, NIE WALKA, nie egzamin z siły – każdy ma prawo oswoić chorobę we własnym tempie

Proces oswojania się z chorobą nie jest jednorazowym aktem, lecz dynamicznym i nieliniowym procesem dostosowywania się do zmieniających się warunków życia, obejmującym zmiany w myśleniu, działaniu i zachowaniu. Najważniejsze jest zrozumienie, że proces ten nie jest wyścigiem ani egzaminem z siły – każdy ma prawo przechodzić go we własnym tempie, pamiętając, że choroba to tylko rozdział, a nie cała historia życia.



mgr Elwira Zakrzewska

psycholog i psychoonkolog kliniczny, specjalizująca się we wspieraniu pacjentów chorujących onkologicznie, osób w kryzysie emocjonalnym

Moment, w którym człowiek dowiaduje się o diagnozie choroby onkologicznej, jest jednym z najbardziej destabilizujących momentów w życiu, często opisywanym jako nagłe zatrzymanie świata, czas szoku i niedowierzania.

Szacuje się, że nawet dwie trzecie pacjentów doświadcza na tym etapie paraliżującego dystresu.

Podjęcie historyczne, sięgające lat 70. zakładało, że adaptacja do choroby dzieli się na pewne fazy (etapy), które pacjent przechodzi, żeby finalnie dostosować się do nowej sytuacji. Współcześnie odchodzi się od tego podejścia. Obecnie uważamy, że adaptacja jest złożonym procesem polegającym na dostosowaniu się do zmieniających się warunków. Ten proces obejmuje zmiany zarówno w zachowaniu, jak też w myśleniu i działaniu oraz ma charakter falowy.

Współczesne podejście podkreśla również indywidualny charakter tego procesu – każdy pacjent jest inny i w odmienny sposób adaptuje się do sytuacji choroby. Różnice te wynikają m.in. ze zróżnicowanego funkcjonowania układu nerwowego, poziomu wrażliwości oraz wcześniejszych doświadczeń życiowych. Takie ujęcie opiera się na aktualnej wiedzy naukowej z zakresu psychologii i neuropsychologii – wiedzy opartej na dowodach empirycznych, a nie wyłącznie na założeniach teoretycznych.

Ta indywidualność adaptacji znajduje swoje odzwierciedlenie również w reakcjach biologicznych i emocjonalnych pacjentów na diagnozę – u części osób dominować będzie intensywny lęk i pobudzenie, u innych odrętwienie, wycofanie czy pozorna „racjonalizacja” sytuacji. Żadna z tych reakcji nie

jest bardziej „prawidłowa” od innych – stanowią one naturalne przejawy pracy układu nerwowego w obliczu zagrożenia i wpisują się w opisany wcześniej, złożony i nieliniowy proces adaptacji.

Z perspektywy neuropsychologicznej, bezpośrednio po otrzymaniu diagnozy dochodzi do automatycznej aktywacji biologicznego systemu alarmowego organizmu.

Bezpośrednio po diagnozie w organizmie aktywuje się biologiczny system alarmowy, w którym kluczową rolę odgrywa ciało migdałowe. Interpretuje ono diagnozę jako bezpośrednie zagrożenie życia i uruchamia oś stresu (podwzgórze-przysadka-nadnercza), co prowadzi do gwałtownego wzrostu poziomu kortyzolu i adrenaliny. Efektem tego procesu jest nadmierna czujność, trudności z koncentracją, bezsenność oraz natrętne, katastroficzne myśli, co stanowi czysto fizjologiczną reakcję organizmu, a nie oznakę słabości psychicznej.

Z czasem jednak ten pierwotny lęk zaczyna ewoluować, ponieważ adaptacja nie jest jednorazowym aktem, lecz dynamicznym procesem dostosowywania się do zmieniających się warunków poprzez zmiany w myśleniu i działaniu. Kluczowym mechanizmem biologicznym staje się wtedy habituacja, czyli proces przyzwyczajania się układu nerwowego do powtarzających się bodźców. O ile pierwsza hospitalizacja czy wlew chemioterapii budzą przerażenie, o tyle kolejne wizyty stają się dla mózgu bardziej przewidywalne, dzięki czemu emocje przestają być paraliżujące.

Adaptacja ta ma charakter nieliniowy – lęk może powracać w różnych momentach, co jest

naturalnym elementem dostosowywania się, a nie sygnałem, że proces przebiega źle.

Proces ten jest możliwy dzięki neuroplastyczności mózgu czyli zdolności do zmiany i reorganizacji pod wpływem doświadczeń. Układ nerwowy stopniowo uczy się nowych sposobów reagowania, regulowania emocji i radzenia sobie z obciążeniem, nawet w tak wymagającej sytuacji jak choroba nowotworowa.

Korzystanie ze wsparcia, zarówno profesjonalnego, jak i bliskich, wzmacnia połączenia między korą przedczołową a strukturami limbicznymi, co realnie pomaga w lepszej regulacji emocji i zmniejsza reaktywność na stres.

Niezwykle ważne jest, aby pacjent wypowiadał swoje najtrudniejsze emocje, ponieważ nazwane uczucia tracą na sile, podczas gdy milczenie utrudnia pozbycie się napięcia.

Aby wspomóc ten proces, kluczowe jest odzyskanie poczucia kontroli poprzez skupienie się na obszarach życia, na które pacjent wciąż ma wpływ. Budowanie relacji z zespołem terapeutycznym i czerpanie informacji od lekarza prowadzącego, zamiast przeszukiwania internetu, pozwala na budowanie realistycznej nadziei. Nie musi ona dotyczyć całkowitego wyzdrowienia, jeśli jest ono niemożliwe, ale może skupiać się na dobrej jakości życia i sprawnym funkcjonowaniu mimo choroby.

W codzienności pomagają małe kroki: wyznaczenie krótkoterminowych celów, dbanie o dobry nastrój oraz okazywanie swojemu ciału wdzięczności i akceptacji, zamiast stawiania mu nadmiernych wymagań.

Droga każdego pacjenta jest inna, a badania pokazują, że po chorobie onkologicznej pacjenci zazwyczaj podążają w jedną z trzech trajektorii: około 45 proc. osób po czasie wraca do względnej równowagi sprzed choroby – ich emocje i zachowania stabilizują się, a codzienne życie powraca do względnej równowagi, 1/3 zmagają się z trwałymi trudnościami – mogą się u nich utrzymywać objawy leku, depresji lub problemy w relacjach i pracy, a 25 proc. doświadcza posttraumatycznego wzrostu. To oznacza, że mimo trudnego doświadczenia, osoby te odnajdują nowe zrozumienie życia, większą wartość relacji i głębsze poczucie sensu.

Podsumowując, adaptacja do choroby nowotworowej nie jest procesem liniowym ani uniwersalnym – to dynamiczna, głęboko indywidualna droga, uwarunkowana zarówno biologicznie, jak i psychologicznie. Możliwość dostosowania się do sytuacji wynika w dużej mierze z neuroplastyczności mózgu, która daje realną podstawę do zmiany i stopniowego odzyskiwania równowagi. Zrozumienie tych mechanizmów pozwala nie tylko normalizować doświadczenia pacjentów, ale także skuteczniej ich wspierać, opierając się na rzetelnej wiedzy naukowej i indywidualnym podejściu do każdego człowieka.

NARODOWY PORTAL ONKOLOGICZNY

Każdy nowotwór opisany przystępnie, z podziałem na etapy: objawy, badania, leczenie, pytania do lekarza, skutki uboczne i życie po terapii.

Jak zadbać o siebie w trakcie i po zakończeniu leczenia?

Dieta, aktywność, praca, emocje, relacje, seksualność.

Wszystko w jednym miejscu

Zajrzyj na onkologia.gov.pl



NOWA LISTA REFUNDACYJNA to aż 14 nowych terapii dla onkologii

Spośród 16 nowych terapii, które znalazły się na kwietniowej liście refundacyjnej, aż 14 to terapie onkologiczne, przy czym 6 z nich to te stosowane w rzadkich chorobach nowotworowych.

- ▶ **Niwolumab + ipilimumab** – rak wątrobowokomórkowy: leczenie od pierwszej linii pacjentów, u których wcześniej nie stosowano leczenia systemowego
 - ▶ **Pemigatynib** – lek stosowany u pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem dróg żółciowych, ze stwierdzoną fuzją lub rearanżacją receptora wzrostu fibroblastów 2
 - ▶ **Serplulimab** – immunoterapia w drobnokomórkowym raku płuca od pierwszej linii leczenia
 - ▶ **Atezolizumab** – leczenie od pierwszej linii w monoterapii chorych z niedrobnokomórkowym zaawansowanym rakiem płuca
 - ▶ **Amiwantamab** – przeciwciało bispecyficzne dla chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca i mutacją w genie EGFR: leczenie od pierwszej linii pacjentów z mutacjami insercyjnymi w eksonie 20 EGFR.
 - ▶ **Amiwantamab z lazertynibem** – leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca w pierwszej linii pacjentów z delecjami w eksonie 19 lub substytucją w eksonie 21 (lek z listy TOP 10 ONKO 2026)
 - ▶ **Enkorafenib z bimetynibem** – lek dla chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją V600E w genie BRAF (lek z listy TOP 10 ONKO 2026)
 - ▶ **Palbocyklib** – kolejny cyklib w raku piersi; w pierwszej linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi HER-dodatniego HER-2-ujemnego raka piersi po hormonoterapii
 - ▶ **Docetaksel** – od pierwszej linii: leczenie gruczolaka przełyku, w ramach chemioterapii radykalnej oraz paliatywnej (wskazanie off label)
 - ▶ **Paklitaksel** – leczenie zaawansowanego raka żołądka od pierwszej linii
- Trzy nowe terapie pojawiają się też w hematologii:
- ▶ **Blimanumumab** – lek w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej, w pierwszej linii, w konsolidacji leczenia
 - ▶ **Glofitamab** – lek stosowany w chłoniaku rozlanym z dużych komórek B
 - ▶ **CAR-T** – rozszerzenie terapii CAR-T w chłoniakach
- Lista refundacyjna jest aktualizowana co dwa miesiące. Są na niej leki i terapie, do których pacjent otrzymuje dopłatę z NFZ lub otrzymuje je bezpłatnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.



CZY WARTO ROBIĆ badanie „onkopierwiastków”?

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej oraz Polskie Towarzystwo Onkologiczne są zgodne – brakuje wiarygodnych danych naukowych, które potwierdzałyby zasadność wykonywania takich badań w celu wczesnego diagnozowania choroby nowotworowej lub monitorowania jej.

W styczniu 2026 r. oba Towarzystwa opublikowały wspólne oświadczenie dotyczące wykonywania tzw. badań „onkopierwiastków”, w którym czytamy:

W związku z pojawiającymi się w przestrzeni publicznej informacjami na temat tzw. badań „onkopierwiastków”, prezentowanych jako metoda wykrywania lub monitorowania chorób nowotworowych, informujemy, że obecnie brak jest wiarygodnych danych naukowych uzasadniających wykonywanie tego typu badań zarówno u osób zdrowych, jak i u pacjentów z rozpoznaniem nowotworem.

Dostępne publikacje dotyczące oznaczania wybranych pierwiastków lub ich zaburzeń w kontekście chorób nowotworowych mają charakter pojedynczych doniesień obserwacyjnych, często opartych na małych grupach chorych, bez odpowiednich grup kontrolnych i bez potwierdzenia w badaniach prospektywnych. Tego rodzaju obserwacje nie stanowią podstawy do formułowania zaleceń diagnostycznych, prognostycznych ani do monitorowania skuteczności leczenia onkologicznego. *men-women-hospital-gowns-study-nurse-with-test-tubes*

Podkreślamy, że:

- nie ma dowodów naukowych potwierdzających, że badania tzw. „onkopierwiastków” umożliwiają wczesne wykrycie nowotworu u osób bez objawów,
- nie wykazano, aby tego typu badania miały wartość w ocenie zaawansowania choroby, odpowiedzi na leczenie lub ryzyka nawrotu u pacjentów z rozpoznaniem nowotworem,
- brak standaryzacji metod oraz jednoznacznych norm referencyjnych uniemożliwia wiarygodną interpretację wyników,
- wyniki fałszywie dodatnie mogą prowadzić do niepotrzebnego lęku, dalszych badań
- i procedur diagnostycznych,
- wyniki fałszywie ujemne mogą dawać pacjentom złudne poczucie bezpieczeństwa lub fałszywą nadzieję, wpływając negatywnie na podejmowanie decyzji terapeutycznych.

Obecnie żadne polskie ani międzynarodowe towarzystwo naukowe nie rekomenduje wykonywania badań tzw. „onkopierwiastków” ani jako metody profilaktyki nowotworów, ani jako elementu diagnostyki czy monitorowania leczenia onkologicznego. Brakuje dowodów, że takie postępowanie poprawia rokowanie lub jakość opieki nad pacjentami. Konieczne są dalsze badania wartości oznaczeń „onkopierwiastków”, aby mogły być ewentualnie uwzględnione w wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach.

Podkreślamy, że diagnostyka i monitorowanie chorób nowotworowych powinny opierać się wyłącznie na metodach o udowodnionej skuteczności, zgodnych z aktualnymi wytycznymi naukowymi. Wszelkie badania dodatkowe u pacjentów onkologicznych powinny być zlecane indywidualnie przez lekarza prowadzącego i interpretowane w kontekście pełnego obrazu klinicznego.

Apelujemy do pacjentów o ostrożność wobec badań i ofert, które nie mają potwierdzenia w rzetelnych badaniach naukowych, oraz o omawianie wszelkich wątpliwości diagnostycznych z zespołem leczących lekarzy.

*Zarząd Polskiego Towarzystwa
Onkologii Klinicznej
Zarząd Polskiego Towarzystwa Onkologicznego*



CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA

– jakie badania wykrywają nowotwory?

Regularnie wykonuj badania dostępne w ramach programu profilaktycznego „Moje Zdrowie” – . Nie zapomnij też o regularnym samobadaniu piersi (gdy jesteś kobietą) i jąder (gdy jesteś mężczyzną).

Jeśli twoi krewni chorowali w młodym wieku na nowotwór (np. rak piersi, jajnika, prostaty), skorzystaj z konsultacji w poradni genetycznej.

Cytologia

To przesiewowe badanie w kierunku profilaktyki lub/i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Mogą z niego skorzystać bez skierowania kobiety w wieku 25-64 lata. Udział w badaniach przesiewowych może zapobiec aż 9 na 10 zachorowań na inwazyjnego raka szyjki macicy. Cytologia pozwala również wykryć zmiany przedrakowe, które można skutecznie wyleczyć. Dostępne są dwa rodzaje badań przesiewowych – ty decydujesz, z którego skorzystasz:

- schemat tradycyjny – klasyczna cytologia, którą należy powtarzać co 3 lata, o ile lekarz nie zaleci inaczej. Częstsze badania (co 12 miesięcy) są zalecane u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka, takimi jak zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych lub infekcja HPV
- typem wysokiego ryzyka
- schemat nowy – polega na wykonaniu testu HPV HR z genotypowaniem, który wykrywa DNA lub RNA wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim ryzyku onkogenym w wymazie z szyjki macicy. Jeśli wynik testu HPV HR jest dodatni, z tego samego pobranego materiału wykonuje się dodatkowo cytologię na podłożu płynnym (LBC). To badanie należy wykonywać co 5 lat, o ile lekarz nie zaleci inaczej. Częstsze badania są zalecane u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka, takimi jak zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych lub infekcja HPV typem wysokiego ryzyka.

Badanie trwa kilka minut, a polega na pobraniu sprzętem jednorazowego użytku (wziernik i szczoteczka cytologiczna) komórek z szyjki macicy (przez lekarza lub położną) do oceny pod mikroskopem. Wymaz jest bezbolesny i całkowicie bezpieczny.

Na pobranie materiału najlepiej zgłosić się nie wcześniej niż 4 dni po ostatnim dniu miesiączki i nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki; co najmniej 4 dni przed pobraniem wymazu nie należy stosować żadnych środków dopochwowych.

Na badanie nie należy zgłaszać się w czasie krwawienia miesięczkowego.

Mammografia

To przesiewowe badanie profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi. Udział w bada-

niach przesiewowych pozwala wykryć zmiany zanim będzie można je wyczuć lub zobaczyć. Wczesne wykrycie daje prawie całkowitą szansę na wyleczenie. W ramach profilaktyki na badanie mammograficzne nie jest potrzebne skierowanie.

Badanie jest skierowane do kobiet w wieku 45-74 lata. Należy je powtarzać co 2 lata, jeśli lekarz nie zaleci inaczej. Polega na prześwietleniu piersi i nie wymaga znieczulenia. Na badanie można umówić się poprzez Internetowe Konto Pacjenta dostępne na stronie www.pacjent.gov.pl lub poprzez aplikację mobilną moje IKP (sekcja „Plan leczenia”). Szczegółowe informacje dotyczące e-rejestracji dostępne są na stronie: www.pacjent.gov.pl/e-rejestracja

Kolonoskopia

To przesiewowe badanie profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Udział w badaniach przesiewowych może zapobiec rozwojowi raka jelita grubego aż w 60-90 proc. Badanie przesiewowe pozwala wykryć zmiany przedrakowe, które można skutecznie leczyć.

Badanie jest przeznaczone dla kobiet i mężczyzn w wieku od 50 do 65 lat. Badanie należy wykonać wcześniej, w wieku lub 40-49 lat, jeśli krewny pierwszego stopnia (rodzic lub dziecko) miał diagnozę nowotworu jelita grubego. W ramach profilaktyki na kolonoskopię nie jest potrzebne skierowanie. Kolonoskopię należy powtarzać co 10 lat, jeśli lekarz nie zaleci inaczej.

Badanie polega na zbadaniu wnętrza jelita grubego. Kolonoskopia jest metodą pozwalającą na równoczesne badanie jelita grubego i usuwanie polipów (zmian przednowotworowych). Do badania należy się przygotować. Szczegółowe informacje na temat przygotowania pacjent otrzymuje przy zapisie.

Niskodawkowa tomografia komputerowa

Niskodawkowa tomografia komputerowa jest obecnie uznawana na świecie za jedyną skuteczną metodę wczesnego wykrywania raka płuca u osób z grup wysokiego ryzyka. W Polsce była przez 5 lat dostępna w ramach pilotażu Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca. Pozytywne wnioski z pilotażu sprawiły, że procedura stanie się – prawdopodobnie jeszcze w tym roku – świadczeniem gwarantowanym i trafi do koszyka świadczeń opłacanych przez NFZ – jako świadczenie gwarantowane z zakresu programów zdrowotnych.

Niskodawkowa tomografia komputerowa pozwala wykryć nawet bardzo małe zmiany w płucach, niezauważalne na zdjęciu rentgenowskim, przy jednoczesnym użyciu niższej dawki promieniowania rentgenowskiego. Podczas trwającego około 10 minut badania pacjent leży na stole aparatu do tomografii.

CENTRALNA E-REJESTRACJA.

Jak z niej korzystać?

Od stycznia Centralna e-Rejestracja, czyli elektroniczny system zapisywania się na wizyty do specjalistów. Rejestracja jest prosta w obsłudze, a z poziomu IKP lub aplikacji można też odwoływać wizyty. Do jakich lekarzy można umówić się online i jak to zrobić?

Celem wprowadzenia centralnego systemu jest umożliwienie samodzielnego zarządzania wizytami przez pacjentów, zmniejszenie liczby nieodwołanych wizyt, zapewnienie dostępu do informacji o dostępności świadczeń w czasie rzeczywistym oraz – w dłuższej perspektywie – skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie medyczne.

– Skala działania systemu rośnie bardzo dynamicznie. Do tej pory zrealizowano ponad 1,7 mln wizyt, a kolejne 1,2 mln zostało zaplanowanych. Jednocześnie w systemie dostępnych pozostaje kilkaset tysięcy wolnych terminów. System działa i realnie wspiera codzienne funkcjonowanie pacjentów – podkreślał wiceminister zdrowia Tomasz Maciejewski w trakcie konferencji, która odbyła się 18 marca br. Dodał również, że wdrożenie Centralnej e-Rejestracji do tej pory przyniosło też korzyść w postaci blisko pół miliona odzyskanych wizyt i świadczeń. – O tyle skróciliśmy kolejki – zaznaczył.

Jak to działa?

Centralna e-Rejestracja jest dostępna w Internetowym Koncju Pacjenta (IKP), z którego możesz skorzystać poprzez stronę internetową www.pacjent.gov.pl oraz w aplikacji mobilnej [mojeIKP](#) (w części e-Rejestracja).

System automatycznie zweryfikuje twoje e-skierowanie i zaproponuje najbliższe wolne terminy w twojej okolicy.

Nadal możesz zapisać się na wizytę u lekarza bezpośrednio w placówce ochrony zdrowia – osobiście, telefonicznie lub mailowo (placówka zarezerwuje w twoim imieniu termin przez centralną e-rejestrację).

Od 1 lipca 2026 r. korzystanie z Centralnej e-Rejestracji stanie się obowiązkowe dla wszystkich placówek mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, co oznacza, że docelowo znajdziesz tam terminy do każdego specjalisty na NFZ.

Czym jest „poczekalnia”?

W ramach e-Rejestracji działa centralny wykaz oczekujących tj. Poczekalnia, dzięki której można szybciej otrzymać termin. System pilnuje za ciebie „miejsca w kolejce”, a gdy tylko pojawi się termin odpowiadający twoim wymaganiom (czyli kryteriom, które wskażesz), zostaniesz automatycznie zapisany



na wizytę, o czym zostaniesz powiadomiony przez system e-zdrowia.

Dostępne wizyty i badania (marzec 2026)

- ◆ profilaktyka raka piersi – badania mammograficzne dla kobiet w wieku 45–74 lata
- ◆ profilaktyka raka szyjki macicy – badania cytologiczne oraz testy HPV-HR (które od 2026 roku zastępują klasyczną cytologię w programie przesiewowym)
- ◆ kardiologia – wizyty w poradniach kardiologicznych dla dorosłych i dzieci (w placówkach, które już zintegrowały swoje grafiki z systemem centralnym)

Jakie zmiany od 1 sierpnia?

od 1 sierpnia 2026 r. zakres systemu zostanie istotnie rozszerzony. Do Centralnej e-Rejestracji dołączą kolejne obszary AOS:

- ◆ choroby naczyń
- ◆ choroby zakaźne
- ◆ endokrynologia
- ◆ hepatologia
- ◆ immunologia
- ◆ nefrologia
- ◆ neonatologia
- ◆ pulmonologia

Rozszerzenie to stanowi kolejny etap budowy ogólnokrajowego systemu rejestracji świadczeń. Docelowo Centralna e-Rejestracja ma objąć wszystkie obszary ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do końca 2029 roku

NOWY STANDARD ŻYWIENIA

to lepsze posiłki w szpitalu

Nowy standard żywienia pacjentów zapewnia dodatkowe finansowanie, które uzupełnia dotychczasowe środki przeznaczone na wyżywienie pacjentów. Tym samym zobowiązuje placówki medyczne do zapewnienia wyższej i jednolitej w skali całego kraju jakości posiłków. Standard wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia jako rozwiązanie systemowe, które 1 stycznia 2026 roku zastąpiło program pilotażowy „Dobry posiłek w szpitalu”.

Pilotaż, który rozpoczął się w 2023 roku, pozwolił sprawdzić, jak proponowane dodatkowe rozwiązania w zakresie żywienia pacjentów funkcjonują w praktyce. W trakcie jego trwania oceniono realne potrzeby pacjentów oraz możliwości szpitali, i na tej podstawie przygotowano obowiązujące od 2026 roku rozwiązanie systemowe.

– Wprowadzony standard zwiększa dotychczasowe możliwości finansowe podmiotów i dzięki jednolitym i trwałym rozwiązaniom, pozwala jeszcze lepiej zaopiekować się pacjentami. To narzędzie dla zarządzających szpitalami w całym kraju, które umożliwi im spełnienie nowych, podwyższonych

standardów jakościowych. Ta zmiana będzie odczuwalna dla wszystkich pacjentów, niezależnie od miejsca leczenia – podkreśla wiceminister zdrowia Tomasz Maciejewski.

Finansowanie nowego standardu

Wycena standardu żywienia została przygotowana na podstawie analiz rzeczywistych danych kosztowych przekazanych przez placówki medyczne, które brały udział w programie pilotażowym. Wynika z nich, że 93 proc. placówek wydawało na pacjenta dodatkowo poniżej 25 złotych, a tylko 7 proc. szpitali powyżej 25 złotych.



– Rozkład rzeczywistych kosztów był jednym z kluczowych argumentów przy ustalaniu wysokości dodatkowego finansowania w ramach standardu żywienia, który – w przeciwieństwie do pilotażu – został opracowany w oparciu o faktyczne dane, a nie wyłącznie założenia szacunkowe – mówi prezes AOTMiT, Daniel Rutkowski.

Nowy standard żywienia nie zastępuje dotychczasowego finansowania posiłków w szpitalach, lecz je uzupełnia.

Podobnie jak w pilotażu, wprowadza on dodatkowe środki finansowe przeznaczone na poprawę jakości żywienia i zobowiązuje szpitale do spełniania podwyższonych wymogów jakościowych, obejmujących m.in. odpowiednią wartość odżywczą posiłków, ich różnorodność lepiej dostosowaną do potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Zaktualizowana i uzupełniona analiza, oparta na danych NFZ za 2024 r., wskazała, że łączny koszt wdrożenia standardu żywienia w podmiotach leczniczych wyniesie ok. 895,8 mln zł rocznie. Dla porównania, koszt programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalu” w 2024 r. wyniósł 888,5 mln zł (dane NFZ według stanu na 4 lipca 2025 r.).

W odróżnieniu do programu pilotażowego, nowy standard żywienia został trwale uwzględniony w wycenie świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wynika to z faktu, że

żywienie pacjentów stanowi integralną część udzielanego świadczenia zdrowotnego i jest elementem kosztów hospitalizacji, obok m.in. kosztów utrzymania infrastruktury.

– Doświadczenia z pilotażu pokazały, że przekazywanie środków odrębnym strumieniem, dedykowanym wyłącznie poprawie jakości żywienia, nie daje gwarancji realizacji usług o wymaganej jakości. Dlatego nowy standard został włączony w systemową wycenę hospitalizacji, zapewniając spójność organizacyjną i finansową świadczeń – mówi prezes NFZ, Filip Nowak.

Okres przejściowy

Nowy standard żywienia pacjentów jest w okresie przejściowym – na dostosowanie się do nowych wymogów podmioty lecznicze mają czas do 31 sierpnia 2026 roku.


Po zakończeniu III kwartału Narodowy Fundusz Zdrowia zweryfikuje, na podstawie złożonych oświadczeń, od kiedy szpitale spełniają standard żywienia. Jeśli szpital nie spełnił wymogów wskazanych w standardzie żywienia, w określonym czasie, NFZ będzie mógł nałożyć współczynnik korygujący

– Takie rozwiązanie będzie motywować podmioty lecznicze do rzeczywistego i możliwie szybkiego wdrożenia nowych zasad – dodaje Filip Nowak.

Źródło: MZ/NFZ



Zgodnie z nowym standardem posiłki dla pacjentów będą zbilansowane pod względem wartości odżywczych, urozmaicone, dostosowane do stanu zdrowia i zalecone przez lekarza. Jadłospisy będą opracowywane przez dietetyków, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i normami żywienia. Szpitale zostały również zobowiązane do kontroli jakości posiłków oraz do publikowania aktualnych jadłospisów i informacji o posiłkach na swoich stronach internetowych.



Aby móc nieść wsparcie pacjentom Fundacja utworzyła **ONKOfundusz** – ogólnopolski portal wsparcia chorych na nowotwory, który pomaga w zbieraniu środków na leczenie nierefundowane i rehabilitację. **ONKOfundusz** łączy darczyńców – osoby chcące wspierać chorych na raka oraz podopiecznych – pacjentów korzystających z możliwości pozyskania darowizny na dodatkowe, niezbędne i medycznie uzasadnione świadczenia związane z terapią i rehabilitacją. Środki przekazane podopiecznym portalu, niepomniejszone o prowizje czy opłaty na rzecz organizatorów, stanowią uzupełnienie publicznego finansowania terapii onkologicznych, dając szansę osobom chorującym na nowotwory na przedłużenie życia lub poprawę jego jakości.

ONKOfundusz przekazuje swoim podopiecznym całe 100% zebranej sumy.

ONKOfundusz
MAŁY GEST – WIELKA POMOC