



# PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

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

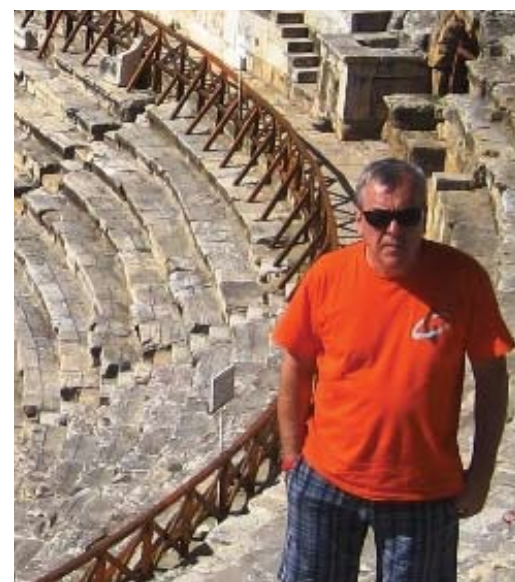
## Rak prostaty – można go leczyć, można z nim żyć mówią pacjenci i lekarze



dr n. farm. Leszek Borkowski  
prezes PKPO, pacjent



Pan Cezary  
pacjent



dr Tomasz Anderszewski  
pacjent

Ten numer „Głosu Pacjenta Onkologicznego” ma charakter specjalny. Kierujemy go przede wszystkim do chorych na raka prostaty, których z roku na rok jest coraz więcej. Zagadnienie to zostanie omówione z punktu widzenia zarówno samych pacjentów jak i lekarzy różnych specjalności. Zapraszamy do lektury.

Epidemiologię raka prostaty w Polsce przedstawia dr Urszula Wojciechowska. Prof. Piotr Wysocki udziela informacji na temat diagnostyki, leczenia, dostępności najnowszych terapii w Polsce i postępów medycyny w leczeniu zaawansowanego raka prostaty na świecie. Prezes Koalicji, dr Leszek Borkowski, również zmagający się z tą chorobą, mówi o wyjątkowej „inteligencji” tego nowotworu oraz o trudnym dostępie pacjentów do nowoczesnych terapii. Swoimi doświadczeniami w starciu z rakiem prostaty dzielą się pacjenci: Cezary i Tomasz, który sam będąc lekarzem, podjął bardzo świadomą walkę z nowotworem, poddając się wczesnej diagnostyce i kontrolując go na każdym etapie rozwoju. Poruszamy też ważny problem przerzutów do

kości, który omawia chemioterapeuta dr Dariusz Kucharczyk, przedstawiając możliwości leczenia kwasem zoledronowym. Rehabilitantka, mgr Anna Rosa opisuje nową, bardziej skuteczną metodę biofeedback prowadzenia rehabilitacji chorych po operacji gruczołukrokowego, którzy zmagają się z nietrzymaniem moczu. I na koniec porady psychoonkologa, dr Marioli Kosowicz.

Istnieją nowotwory specyficzne dla obu płci. Kobiety zmagają się z rakiem piersi, a mężczyźni z rakiem prostaty. Oba nowotwory są hormonozależne i atakują narządy, które są atrybutami płci, kobiecości i męskości. Panie szybko zorganizowały się w walce przeciwko rakowi piersi, tworząc silny, będący wzorem dla innych organizacji pacjenckich, Ruch Amazonek skupiony

w Federacji. Panowie działają w Stowarzyszeniu Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”. Ważną rolę w informowaniu społeczeństwa o raku gruczołu krokowego odgrywa Fundacja „Wygrajmy Zdrowie” im. prof. Grzegorza Madeja, która prowadzi akcje edukacyjne, propagując wczesną diagnostykę oraz podejmuje wiele działań na rzecz pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego.

Idea stworzenia tego numeru powstała właśnie z inicjatywy i przy pomocy Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”. Dziękujemy prezesowi Szymonowi Chrostowskiemu i dyrektor Beacie Ambroziewicz za wkład merytoryczny, zaangażowanie i kreatywność.

Zapraszamy zrzeszone w Koalicji Organizacje do współpracy w przygotowaniu następnych numerów specjalnych dedykowanych pacjentom z określonym rodzajem nowotworu.

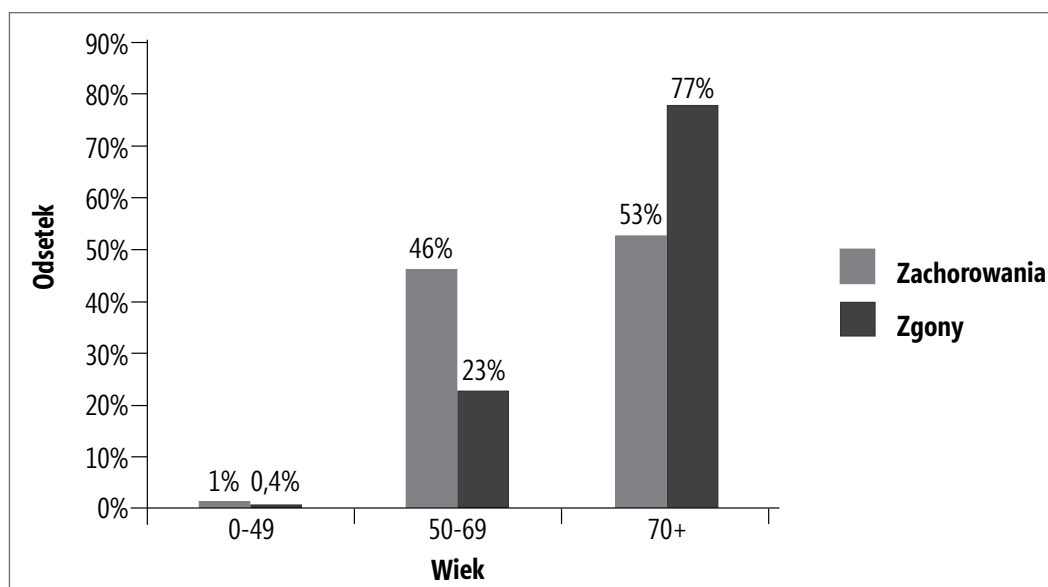
## Epidemiologia nowotworów złośliwych gruczołu krokowego

Jednym z efektów starzenia się populacji krajów europejskich (w tym populacji Polski), o którym alarmują demografowie, jest wzrastająca liczba chorób, występujących częściej u osób w starszych niż młodszych. Należą do nich przede wszystkim choroby nowotworowe, w tym rak gruczołu krokowego, którego ryzyko wzrasta z wiekiem. W wielu krajach świata jest to najczęściej diagnozowany nowotwór w populacji mężczyzn, a w Polsce, to drugi co do częstości, po raku płuca, nowotwór rozpoznawany wśród mężczyzn oraz trzecia przyczyna zgonów spowodowanych chorobami onkologicznymi. W Polsce w 2010 roku stanowił 10% wszystkich zachorowań oraz był przyczyną 7% zgonów nowotworowych u mężczyzn. Obecnie w naszym kraju każdego roku odnotowuje się blisko 9300 przypadków nowych zachorowań oraz prawie 4000 pacjentów umiera z powodu tego nowotworu.

Rak gruczołu krokowego bardzo rzadko występuje przed 50. rokiem życia (1% zachorowań, 0,4% zgonów). Prawie połowa zachorowań występuje u mężczyzn, którzy w momencie rozpoznania byli w wieku 50-70 lat, 53% zachorowań i prawie 80% zgonów u mężczyzn po 70. roku życia (rys. 1). W wielu przypadkach nowotwór ten nigdy nie ujawnia się jako postać dająca objawy.

### Rysunek 1.

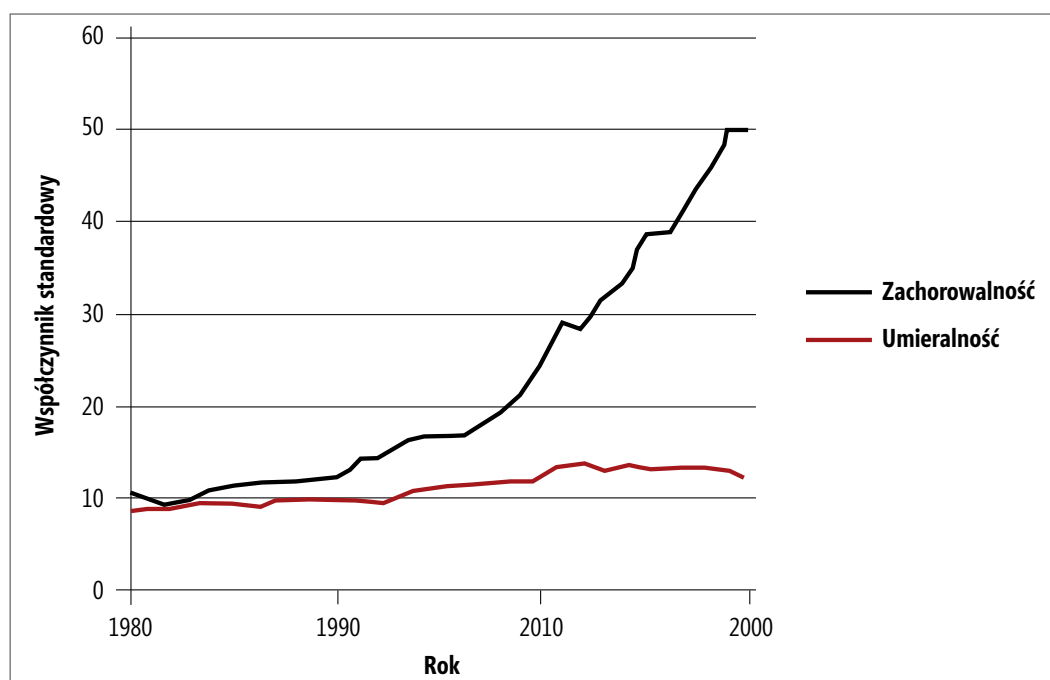
Częstość występowania raka gruczołu krokowego w zależności od grupy wieku w Polsce w 2010 roku



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

### Rysunek 2.

Trendy zachorowalności i umieralności na raka gruczołu krokowego w Polsce w latach 1980-2010



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Zachorowalność na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego u mężczyzn wzrastała systematycznie w ciągu ostatnich trzech dekad, a w połowie lat 90. tempo wzrostu wyraźnie się zwiększyło. Umieralność na ten nowotwór rosła do początku XXI wieku, a w ostatnich latach nastąpiło zahamowanie wzrostu (rys. 2).

W porównaniu do krajów europejskich w Polsce obserwuje się niższą zachorowalność i umieralność na raka gruczołu krokowego niż w krajach Europy Zachodniej i w Skandynawii.

**Zachorowalność na nowotwory gruczołu krokowego w Polsce jest niższa o około 45% niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej. Jednak pomimo tego umieralność w Polsce jest na poziomie średniej europejskiej, co wskazuje na gorsze szanse polskiego pacjenta na leczenie.**

Jednym ze wskaźników pozwalających na ocenę skuteczności leczenia w onkologii są wskaźniki 5-letnich przeżyć. W Polsce wskaźniki 5-letnich przeżyć u osób zdiagnozowanych w latach 2000-2002 wynosiły 65%, a u mężczyzn zdiagnozowanych w latach 2003-2005 – 76%. Wzrost wskaźnika może być spowodowany upowszechnieniem wczesnej diagnostyki (m. in. test PSA) oraz znaczącą poprawą w dostępie do nowoczesnej radioterapii. Wskaźnik przeżyć w Polsce jest nadal niższy niż w wybranych krajach europejskich (kraje skandynawskie, Austria, Niemcy, Włochy), gdzie szanse na przeżycie 5 lat ma 85-88% pacjentów.

**dr n med. Urszula Wojciechowska**  
**Centrum Onkologii – Instytut**  
**im. M. Skłodowskiej-Curie**  
**w Warszawie**  
**Krajowy Rejestr Nowotworów**



## Nie oddam pola „skorupiakowi”

Moje zmagania z chorobą nowotworową zaczęły się w 1998 roku i trwają do dziś. Myślę, że schemat leczenia raka prostaty jest podobny u wielu pacjentów, dlatego skupię się bardziej na aspektach psychologicznych.

Chciałbym podzielić się z Wami tym, czego nie wyczytacie w dokumentacji medycznej, a mianowicie zmianą w postrzeganiu siebie w nowej rzeczywistości, moją reakcją na otoczenie i odwrotnie otoczenia na mnie.

**Oprócz samego procesu leczenia bardzo ważne jest zbudowanie w swojej psychice własnego mechanizmu obronnego, który pozwala na utworzenie „drugiego frontu” do walki z tak groźnym i przebiegłym przeciwnikiem – „skorupiakiem”.**

Mając 53 lata musiałem podjąć decyzję: radykalna operacja czy poddanie się leczeniu farmakologicznemu. Wiązało się to z tym, że w pierwszym wariantcie nie będę już stuprocentowym mężczyzną, ale miałbym szansę na dłuższe życie, w drugim natomiast byłyby one znacznie mniejsze. Po długich rozmowach z żoną zdecydowałem się – a właściwie wspólnie podjęliśmy decyzję – o radykalnej prostatektomii.

Po operacji okres dochodzenia do równowagi psychicznej i fizycznej był znacznie dłuższy i trudniejszy niż podjęcie samej decyzji. Miotaly mną sprzeczne uczucia, od skrajnego pesymizmu, po względny optymizm. Powoli przebudowywałem swoją psychikę i spojrzenie na otaczający mnie świat. Nauczyłem cieszyć się z każdego darowanego dnia. Wróciłem do prowadzenia własnej firmy, uprawiam w dalszym ciągu żeglarstwo.

W 2000 roku podjęliśmy z żoną decyzję o budowie własnego domu. Już w nim mieszkamy i cały czas mam co robić.



W mojej walce z chorobą nieocenione jest wsparcie najbliższej rodziny – żony i syna. Dzięki nim jestem w stanie dalej działać. Mam też grono sprawdzonych przyjaciół, na których mogę liczyć. Jest to dla mnie bardzo ważne, szczególnie w trudnych chwilach postępu choroby.

Takich progresji było już kilka:

- po uodpornieniu się nowotworu na hormonoterapię (po 10. latach stosowania),
- po chemioterapii (po trzydziestu cyklach trzytygodniowych straciłem włosy, „wykręciło” mi paznokcie u rąk i nóg itd.),
- aktualnie jestem w programie badawczym z zastosowaniem leczenia octanem abirateronu (po półtorarocznym leczeniu „skorupiak” znowu zaczyna się uodporniać).

Mam wielkie szczęście do lekarzy znających się na swoim fachu. Wierzę, że przy ich pomocy nie oddam pola w walce z chorobą. Nie znoszę sytuacji, gdy wyczuwam stosowanie wobec mnie taryfy ulgowej. Na pytanie: jak się czujesz? Odpowiadam po swojemu: *jak nie pytasz, to dobrze.*

Historia, którą się z Wami podzieliłem jest bardzo skrócona. Każdy poruszony w niej temat to dni, miesiące a nawet lata i nie wszystko da się przelać na papier.

Moim zdaniem, oprócz samego procesu leczenia, bardzo ważne jest zbudowanie w swojej psychice własnego mechanizmu obronnego, który pozwala na utworzenie „drugiego frontu” do walki z tak groźnym i przebiegłym przeciwnikiem – „skorupiakiem”.

**Cezary**

## Zaawansowany rak prostaty – nowe szanse dla chorych

W ostatnich kilku latach obserwuje się intensywny rozwój nowych leków na zaawansowanego raka prostaty. Do niedawna chorzy z tzw. rakiem prostaty opornym na kastrację, czyli tacy, u których przestała działać standardowa hormonoterapia, mieli do wyboru tylko jeden preparat w ramach chemioterapii. **Od 2011 r. pacjenci w Europie zyskali trzy nowe leki, z czego najnowszy zarejestrowano w czerwcu 2013 r.**

## Stadia rozwoju nowotworu

We wczesnym stadium rak prostaty nie daje objawów, w stadium miejscowo zaawansowanym objawy mogą być takie, jak przy łagodnym rozroście gruczołu krokowego, tj. częste oddawanie moczu, wąski strumień moczu, ból przy jego oddawaniu a czasem nawet krwimocz. W zaawansowanym raku prostaty, tj. takim, który dał już przerzuty odległe, najczęściej pojawiają

się bóle związane z przerzutami do kości. Rzadziej przerzuty dotyczą takich narządów, jak mózg, wątroba czy płuca. Może też dojść do zastoju moczu w nerkach lub w pęcherzu w związku z miejscowym wzrostem guza.

Rak prostaty z reguły rozwija się powoli. Większość mężczyzn z tym nowotworem może żyć przez wiele lat bez świadomości choroby i umrzeć z innej przyczyny. Jednak u 10-20% pacjentów rak prostaty jest wykrywany w zaawansowanym stadium, a u 40% pacjentów u których go zdiagnozowano, przekształca się ostatecznie w chorobę zaawansowaną, z przerzutami.

Ponieważ testosteron jest głównym czynnikiem wzrostu dla komórek raka prostaty, w zaawansowanym stadium stosuje się leki prowadzące do obniżenia stężenia androgenów we krwi. Najczęściej podaje się w tym celu znane od lat 90. XX wieku leki z grupy tzw. syntetycznych analogów LHRH (tj. gonadoliberyny, która reguluje produkcję i wydzielanie testosteronu w jądrach). Ich skuteczność jest porównywalna z kastracją chirurgiczną, tj. usunięciem gonad męskich. Jednak po pewnym czasie, przeciętnie po dwóch – trzech latach, standardowa hormonote-

rapia przestaje działać. Mówi się wówczas o raku prostaty opornym na kastrację.

**Do 2010 r. jedynym lekiem mogącym wydłużyć przeżycie chorych z nowotworem opornym na kastrację był stosowany w ramach chemioterapii lek cytostatyczny docetaksel. W 2011 r. w Unii Europejskiej zarejestrowano dwa nowe leki dla pacjentów z rakiem prostaty opornym na kastrację – cytostatyk o nazwie kabazitaksel oraz octan abirateronu reprezentujący nowy typ hormonoterapii. W czerwcu 2013 r. Europejska Agencja Medyczna (EMA) zarejestrowała enzalutamid. Jest to doustny antagonist receptoru androgenowego, produkowanego w nadmiarze przez komórki raka prostaty. W badaniach klinicznych III fazy o nazwie AFFIRM lek wydłużał całkowite przeżycie pacjentów o 4,8 miesiąca w porównaniu z placebo. Co ważne, był przez nich również dobrze tolerowany.**

Obecnie trwają badania nad nowymi lekami na opornego na kastrację raka prostaty, a w kolejce do rejestracji w UE czeka na przykład chlorek radu 223, który zatwierdziła już amerykańska FDA.

## Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Piotrem Wysockim, prezesem elektem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

### Jak wygląda diagnostyka i leczenie nowotworów gruczołu krokowego?

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego (AUA) z maja 2013 r. badania przesiewowe (ocena PSA) powinny być wykonywane u wszystkich mężczyzn w wieku 55-69 lat. Natomiast u osób młodszych (40-55 lat), tylko w sytuacji wyraźnie podwyższonego ryzyka zachorowania – obciążony wywiad rodzinny. W przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia PSA w surowicy, wskazany jest kontakt z urologiem, wykonanie badania lekarskiego, USG i dalsze postępowanie diagnostyczne. W przypadku podejrzenia raka gruczołu krokowego wykonuje się biopsję prostaty (pobranie igłą pod kontrolą USG tkanki z podej-





rzanych miejsc w gruczole krokowym). Po potwierdzeniu nowotworu postępowanie może polegać na zastosowaniu leczenia operacyjnego, radioterapii lub w pojedynczych przypadkach, u chorych w podeszłym wieku i przy niewielkim zaawansowaniu i dynamice choroby – obserwacji.

### **Jaka jest skala problemu? Jak wygląda epidemiologia?**

Wg krajowego rejestru nowotworów, w roku 1999 wykryto 4,4 tysiące, a w 2010 – już 9,2 tysiące przypadków raka prostaty! Zgonów z powodu raka prostaty stwierdzono odpowiednio 2,9 i 4,1 tysiąca. Powyższe dane jednoznacznie świadczą o tym, że istotnie wzrasta częstość występowania i liczba zgonów z powodu raka gruczołu krokowego. Oczywiście częściowo za ten wzrost odpowiedzialne jest lepsze raportowanie danych do krajowego rejestru nowotworów, ale innymi, bezdyskusyjnymi czynnikami są – lepsza wykrywalność oraz dynamicznie zwiększająca się populacja mężczyzn w podeszłym wieku, u których naturalnie wzrasta ryzyko wystąpienia raka prostaty.

### **Dlaczego nowotwory gruczołu krokowego nazywane są ukrytym wrogiem mężczyzn?**

Mogę przypuszczać, że chodzi o to, iż ten nowotwór nie daje żadnych wczesnych objawów. Nie można go również samodzielnie wy badać, w odróżnieniu np. do raka piersi. Jeżeli mężczyźni nie mają świadomości konieczności wykonywania, w pewnym wieku, badań kontrolnych, to często dochodzi do tego, że rak prostaty daje o sobie znać dopiero na etapie zaawansowanego (uogólnionego, już z przerzutami) procesu nowotworowego.

### **Mogłoby się wydawać, że kwestia badań kontrolnych, o których Pan mówi, jest w Polsce dosyć dobrze rozwiązana, bo nawet teraz w mediach prowadzona jest kampania dotycząca profilaktyki. Co jednak z pacjentami z zaawansowanym stadium choroby?**

U pewnej części chorych, u których wykryto rak gruczołu krokowego na wczesnym etapie i przeprowadzono radykalne leczenie, po pewnym czasie może dojść do

nawrotu i uogólnienia choroby. Równocześnie jest pewna grupa chorych, u których rak prostaty wykrywa się na etapie choroby uogólnionej. Dla takich chorych podstawowym leczeniem jest hormonoterapia polegająca na eliminacji z ustroju męskich hormonów płciowych, które „napędzają” komórki raka prostaty do wzrostu, podziałów i rozprzestrzeniania się po organizmie. Leczenie hormonalne jest skuteczną terapią pozwalającą, czasami na bardzo długi czas, zatrzymać postęp choroby.

### **Dlaczego tak ważne jest leczenie chorych na raka prostaty, gdy są przerzuty?**

W przypadku obecności przerzutów mamy do czynienia z chorobą przewlekłą, czyli chorobą nieuleczalną. Naturalny przebieg przerzutowej choroby nowotworowej polega na nieustannym pojawianiu się i wzroście przerzutów w różnych lokalizacjach w organizmie (kości, węzły chłonne, narządy wewnętrzne, mózg). Tym samym rozwijające się przerzuty niszczą strukturę organizmu, w których się rozwijają, prowadząc ostatecznie do śmierci. Zastosowanie skutecznego leczenia na etapie choroby przerzutowej pozwala na zahamowanie postępu procesu nowotworowego i jednocześnie, u wielu pacjentów, doprowadza do cofnięcia choroby (zmniejszenia wielkości przerzutów) i redukcji objawów choroby (poprawa wydolności narządów, zniesienie bólu). W przypadku choroby przewlekłej, jaką jest choroba przerzutowa, konieczne jest długotrwałe leczenie systemowe. Leczenie to musi być zarówno skuteczne jak i bezpieczne oraz dobrze tolerowane. W onkologicznym leczeniu przewlekłym (leczenie paliatywne) trzeba dbać zarówno o kontrolę choroby jak i jakość życia leczonych pacjentów.

**Podczas jednego ze spotkań naukowych w Warszawie prof. Eleni Efsthathiou z University of Texas MD Anderson Cancer Center stwierdziła, że skuteczność leczenia zaawansowanego raka prostaty w ostatnich latach poprawiła się na tyle, że u niektórych pacjentów możemy mówić nawet o wyleczeniu. Popiera Pan ten pogląd?**

Nie popieram tego poglądu, ponieważ żadne badania nie potwierdziły możliwości całkowitego wyleczenia chorych z zaawansowanym, przerzutowym rakiem prostaty. Natomiast to, o czym możemy mówić, to fakt, że coraz bardziej zbliżamy się do momentu, kiedy będziemy na tyle skutecznie przewlekłe leczymy zaawansowaną chorobę nowotworową, że chorzy będą umierali nie z powodu raka prostaty, ale z rakiem prostaty. Tak jak w przypadku skutecznego leczenia cukrzycy, gdzie chorzy nie umierają już z powodu tej choroby, żyjąc tak samo długo jak osoby w pełni zdrowe. Jeszcze 90 lat temu wszyscy chorzy na cukrzycę, w ciągu kilku miesięcy, z tego powodu umierali.

### **Czy nie jest zatem trochę „nieładnie”, że pacjenci, którym wcześniej diagnozujemy nowotwór i skutecznie leczymy w pierwszym stadium, są potem pozbawiani możliwości leczenia podczas wznowy?**

W Polsce w przypadku wznowy (po leczeniu radykalnym) raka gruczołu krokowego, standardowym postępowaniem jest stosowanie leczenia hormonalnego, które w większości przypadków jest skuteczne i pozwala na całkiem długi czas powstrzymać postęp choroby. W momencie wytworzenia się oporności na klasyczne leczenie hormonalne (tzw. rak prostaty oporny na kastrację) i postępu choroby, aktualnie leczeniem z wyboru jest stosowanie chemioterapii. Jest to w większości przypadków leczenie skuteczne, aczkolwiek rzadziej niż hormonoterapia pozwala na wielomiesięczne zahamowanie postępu choroby. Jest to też leczenie dużo bardziej toksyczne niż leczenie hormonalne. Problemem jest progresja (postęp choroby) u osób wcześniej leczonych chemioterapią. Tutaj obecnie mamy problem, bowiem żaden z nowych leków aktywnych na tym etapie choroby nie jest w Polsce refundowany. Rzeczywiście jest to sytuacja trudno akceptowalna zarówno dla chorych jak i dla lekarzy.

**Jak wygląda dostęp do innowacyjnego leczenia zaawansowanych nowotworów prostaty w Polsce i czy różnimy się pod tym względem od innych krajów UE?**

W porównaniu do większości krajów UE dostęp do nowych leków jest w Polsce opóźniony. Wynika to z konieczności dostosowania cen leków (często astronomicznie wysokich) do możliwości finansowych NFZ i Ministerstwa Zdrowia. To dostosowywanie polega na długotrwałych negocjacjach pomiędzy producentem leku a NFZ i MZ. W Polsce tzw. próg efektywności kosztowej wynosi 3 x PKB, czyli w przeliczeniu ok. 105 tys. złotych na 1 rok życia chorego w dobrej jakości życia. Zdecydowana większość nowych leków nie spełnia tego kryterium. Oczywiście w bogatszych krajach EU stosujących podobne zasady próg efektywności kosztowej jest znacznie wyższy (wyższy PKB), a co za tym idzie zdecydowanie więcej leków spełnia od razu kryteria umożliwiające ich szybką refundację i udostępnienie chorym. W Polsce natomiast, dzięki negocjacjom, ceny leków należą do najniższych w Europie, co ostatecznie wpływa na możliwość powszechnego stosowania nowoczesnych terapii w onkologii. Jednak czas oczekiwania na dostęp do nowych terapii jest zdecydowanie za długi.

### **Jakie są najnowsze osiągnięcia medycyny w leczeniu zaawansowanego raka prostaty?**

Kroki milowe w leczeniu raka gruczołu krokowego w ostatnich kilku latach wynikają przede wszystkim z bardzo dokładnego poznania biologii tego nowotworu. Jednym z najważniejszych osiągnięć było wykazanie, że oporność raka prostaty na klasyczną hormonoterapię nie świadczy o całkowitej hormonooporności, a jedynie o ururomieniu pewnych mechanizmów umożliwiających uniknięcie przeciwnowotworowego działania klasycznej hormonoterapii. Tym samym, zdefiniowanie tych mechanizmów oporności umożliwiło opracowanie leków im przeciwdziałających. W wyniku tego pojawiły się leki hormonalne nowej generacji – octan abirateronu i enzalutamid. W USA zarejestrowano ostatnio nowy izotop – alfaradin, który podawany dożylnie wyszukuje i niszczy komórki nowotworowe zlokalizowane w kościach. Zarówno abirateron, enzalutamid jak i alfaradin umożliwiają wydłużenie przeżycia chorych na zaawansowanego raka prostaty o 4 mies., co w onkologii jest dużym sukcesem.

## **Rak prostaty – walka z „przebiegłym” wrogiem**

### **Rozmowa z dr n. farm. Leszkiem Borkowskim, farmakologiem klinicznym, prezesem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych**



**Nowotwór gruczołu krokowego jest drugim, pod względem częstości występowania, nowotworem złośliwym w Polsce. Rocznie rozpoznaje się go u około 10 tysięcy mężczyzn. Dlaczego te statystyki są tak niepokojące?**

Rak prostaty należy do wyjątkowo trudnych w leczeniu. Wymaga ze strony całego łańcucha służby zdrowia szczególnej uwagi i szczególnych wysiłków. „Pożywienie” dla tego nowotworu stanowi produkowany w organizmie mężczyzny testosteron, więc mogłoby się wydawać, że wystarczy zablokować jego produkcję, żeby zlikwidować problem. Jednak tak nie jest. Organizm mężczyzny produkuje bowiem testosteron na wiele sposobów i jeśli nawet odetniemy lekami jedną drogę produkcji, nowotwór natychmiast otwiera inną.

**Co sprawia, że nowotwór prostaty jest taki „przebiegły”?**

Po pierwsze jego zdolność opierania się leczeniu. Rak prostaty powoduje wzrost stężenia tubuliny beta 3, która eliminuje z komórek nowotworowych dostarczone przez nas leki; zwiększa produkcję białka BCL-2, hamującego „śmierć komórki nowotworowej” i blokuje produkcję „aniola stróża organizmu”, czyli białka HSB-90,

które pomaga w zwalczaniu komórek nowotworowych. Ponadto ten nowotwór bardzo szybko daje przerzuty do układu kostnego i to te najgorsze, nieme klinicznie, czyli takie, które nie dają objawów. Kiedy już coś widać w scyntygrafii kości, zwykle jest to bardzo zaawansowane, jeśli nie końcowe stadium. „Przebiegłość” nowotworu prostaty polega również na przyspieszonej tachyfilaksji, czyli skłonności do szybkiego „nudzenia się” lekami i właśnie dlatego należy te leki zmieniać, żeby uniknąć uodpornienia organizmu.

**Dlatego tak ważna jest sekwencyjność leczenia?**

Dokładnie tak. I dlatego tak bardzo irytuje mnie podejście, że skoro mamy pięć leków na raka, to po co nam szósty? Takie myślenie sprawdza się może w przypadku kataru. Tam faktycznie, jeśli mam dwa skuteczne leki, to nie potrzebuję trzeciego. Z nowotworami jest inaczej. Nie dość, że mamy do czynienia z różnymi rodzajami nowotworów prostaty, to jeszcze istnieją różne stopnie ich zaawansowania. To wszystko tworzy dżunglę, w której próbujemy się poruszać, wprowadzając relatywnie dużo leków do leczenia. Różnorodność terapii, na każdym z etapów choroby, to jedyne rozwiązanie w walce z tym podstępny wrogiem!

**Wspomniał Pan o kolejnych etapach choroby. Czy medycyna ma oręż do walki na każdym z nich?**

Tak. Osiągnięcia współczesnej medycyny spowodowały, że choroby nowotworowe coraz częściej stają się przewlekłymi. A długość i jakość życia pacjenta, właśnie dzięki leczeniu sekwencyjnemu ulegają znacznej poprawie.

**Co nowego pojawiło się w wachlarzu możliwości terapeutycznych pacjentów z zaawansowanym rakiem prostaty w Europie?**



21 czerwca 2013 roku, zatem zaledwie cztery miesiące temu, Komisja Europejska dopuściła do obrotu na terenie całej Unii Europejskiej enzalutamid, lek stosowany w leczeniu nowotworu przerzutowego, czyli takiego, który z nowotworu pierwotnego w gruczole krokowym rozprzestrzenił się do innych części ciała. Jest on także podawany pacjentom, u których nie powiodła się próba zahamowania wydzielania testosteronu za pomocą leków lub zabiegu chirurgicznego i którzy nie odpowiedzieli na zastosowanie docetakselu, dotychczasowego leku tzw. ostatniej szansy. Lek blokuje receptory androgenowe na powierzchni komórek w organizmie pacjenta, co uniemożliwia wykorzystanie testosteronu będącego pokarmem stymulacyjnym dla nowotworu.

#### **Kiedy ta terapia będzie dostępna dla polskich pacjentów?**

Decyzję resortu zdrowia, aby zmieniając wraz ze zmianą ustawy refundacyjnej, zasady dostępu do leków, należy rozumieć jako nieludzki sposób ograniczenia pacjentom możliwości leczenia. W dalszym ciągu mo-

żemy być leczeni lekami dopuszczonymi do obrotu do 31 grudnia 2011 roku.

Leki zarejestrowane po tej dacie są dla nas niedostępne, mimo gwarancji wynikających z koszyka świadczeń gwarantowanych.

**W środowisku medycznym słychać zarzuty, że leków nie tylko jest za dużo, ale również, że nie powodują one znacznego wydłużenia życia pacjentów.**

Słyszałem takie głosy. Ręce opadają. Owszem, teoretycznie leki stosowane w zaawansowanym raku prostaty wydłużają życie pacjentów średnio o 11 miesięcy, ale bywa, że żyją oni znacznie dłużej, dwa – trzy lata. Co bardziej uparci wracają nawet do pracy, jeśli nie jest to praca fizyczna. W końcu nowotwór prostaty nie jest chorobą mózgu. Jeśli pracują percepcyjnie, to nie ma przeszkód, by wrócili do aktywności zawodowej. A nawet jeśli nie mogą pracować, ale wstaną, samodzielnie umyją się i będą poruszać po domu, czego wcześniej nie mogli robić, to już bardzo dużo. Dlatego irytują mnie głosy urzędników, ludzi zdrowych, którzy twierdzą, że

kilkanaście miesięcy to niewiele. Bo jeśli człowiek dowiaduje się, że ma przed sobą 4-5 miesięcy życia, a my dajemy mu kolejne pięć, to wydłużamy je o sto procent!

**W Polsce wiele czasu i środków przeznaczają się na kampanie edukacyjne dotyczące wczesnego wykrywania zmian nowotworowych, czyli wykonywania regularnych badań profilaktycznych? A co z pacjentami z już rozpoznanym nowotworem?**

Jeżeli wydajemy pieniądze na edukację, zwłaszcza pieniądze publiczne, to musimy mieć świadomość, że edukacja rozbudza nadzieję. A wyedukowany pacjent jest jeszcze trudniejszy, bo po pierwsze dużo rozumie, a po drugie więcej wymaga od systemu. Resort zdrowia musi sobie zatem odpowiedzieć na pytanie, czy chce mieć mądrych pacjentów. Teoretycznie odpowiedział finansując kampanie edukacyjne, ale odpowiedział w sposób niekonsekwentny. To tak, jakby chcieć, żeby ludzie umieli czytać, ale nie dać im książek. I minister zdrowia mówi to samo: chcę, żeby pacjenci byli wyedukowani, ale leków im nie dam.



## Nie lekceważ „pomarańczowego światła”

Zostałem poproszony o przedstawienie mojego przypadku. Moja historia może nie jest typowa, ponieważ będąc lekarzem, posiadałem dużą świadomość i wiedzę na ten temat.

Szczęśliwym trafem mając 41 lat, po zakończeniu mojej przygody z medycyną i po przejściu do przemysłu farmaceutycznego, rozpocząłem swoją działalność w badaniach klinicznych. Jedno nich było poświęcone łagodnemu rozrostowi gruczołu krokowego. To spowodowało, iż pewne objawy, jakie zaobserwowałem u siebie, takie jak nykturia – tj. częste oddawanie moczu w nocy – nasunęły mi podejrzenie, że może to być związane z prostatą. W związku z tym poddałem się między innymi badaniu *per rectum* i wykonałem oznaczenie PSA. Wyniki nie odbiegały znacząco od normy, ale biorąc pod uwagę mój wiek, spowodowały zwiększoną czujność i były powodem wykonania badania TRUS, czyli badania USG przezodbytniczego. Wynik również nie odbiegał od normy – wielkość gruczołu była odpowiednia do wieku, ale w jednym płacie stwierdzono niewielkie zwapnienie, jak to początkowo opisywano. **Obraz kliniczny i wykonane badania spowodowały zwiększoną czujność i zapalenie się „pomarańczowego światła” przypominającego o konieczności okresowych kontroli.** Ponieważ objawy kliniczne nie nasilały się, a jedynym parametrem, który ulegał zmianie było PSA, po blisko 10 latach zdecydowałem się na biopsję prostaty. Warto w tym miejscu podkreślić, iż wartości PSA wahały się w granicach 3,8ng/ml-7ng/ml. Podwyższenie wartości PSA sugerowało stan zapalny gruczołu, co spowodowało podjęcie próby przeleczenia mnie antybiotykiem (PSA wzrasta w stanach zapalnych prostaty). Po antybiotykoterapii PSA nieznacznie obniżyło się, ale moja cierpliwość wyczerpała się i zdecydowałem się na ponowną biopsję stercza.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że wielu mężczyzn, wiedząc o możliwości podwyższenia PSA w stanach zapalnych gruczołu krokowego, usypia swoją czujność i na tym etapie kończy swoją diagnostykę. Człowiek jest tak zbudowany, iż znajdując wygodne dla siebie wytłumaczenie, bagatelizuje dalszą diagnostykę, tkwi w przekonaniu, że dane podejrzenie – tu np. stan zapalny – wywołuje podwyższenie wartości PSA. **Niestety jest to powszechna reakcja, podobnie jak ta, gdy po raz pierwszy stwierdzi się podwyższone wartości tego parametru. Początkowo budzi to niepokój, ale w kolejnych dniach, tygodniach, miesiącach uspokajamy się, wmawiając sobie, że jest to normalna sytuacja i szkoda czasu na kolejne badania, konsultacje... Niestety, w tym czasie choroba może rozwinąć się do stanu takiego zaawansowania, że szanse na trwałe wyleczenie istotnie spadają.**

**Mężczyznom z dodatnim wywiadem rodzinnym (rak gruczołu krokowego u ojca lub brata) zaleca się coroczne oznaczenie PSA od 40. roku życia.**

W moim przypadku, podkreślam, iż w chwili potwierdzenia raka stercza miałem 51 lat, wszyscy bardzo mi współczuli. Nie kryłem się z moją chorobą w przeciwieństwie do innych. Chorzy i rodziny niechętnie o tym mówią, jakby to był jakiś wstyd i ich wina, że zachorowali.

Biopsja gruczołu krokowego wykazała obecność raka w jednym z bioptatów, w tym, który pobrano z rzekomego zwapnienia. Nie będę tu przytaczał opisu histopatologicznego, ale było to powodem, że zdecydowałem się na leczenie. Do wyboru miałem trzy metody:

- operację radykalną tradycyjną metodą,
- operację radykalną laparoskopową,
- radioterapię.

Długo zastanawiałem się nad tym, którą metodę wybrać – każda z nich ma swoje plusy jak i minusy. Po wielu

konsultacjach, z wieloma specjalistami, zdecydowałem się na radykalną prostatektomię tradycyjną metodą, którą wykonałem w warszawskim Centrum Onkologii. Zdawałem sobie doskonale sprawę z konsekwencji, jakie za sobą niesie zabieg, ale biorąc pod uwagę mój młody jeszcze wiek i możliwość dłuższego czasu przeżycia, zrezygnowałem z radioterapii. Choć może wydać się to nietypowe, autentycznie bałem się późnych powikłań po radioterapii.

Mimo znanych mi następstw zdecydowałem się na zabieg radykalny. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań, jednak objawy, takie jak nietrzymanie moczu czy zaburzenia erekcji, stwierdziłem natychmiast po usunięciu cewnika. Nie były one dla mnie zaskoczeniem, jednak słysząc o przypadkach całkowitego trzymania moczu i prawidłowej erekcji, po cichu liczyłem, że będę w tej grupie chorych. Niestety nie, ale wiedząc, że **ćwiczenia czynią cuda, zacząłem rehabilitację, zgodnie z zaleceniami opracowanymi przez prof. Andrzeja Borówkę i dr. Marka Sosnowskiego.** Początkowo ćwiczyłem w domu, a następnie po 6 tygodniach w zakładzie rehabilitacji w Centrum Onkologii na Ursynowie. Efekt nie był natychmiastowy, ale zaobserwowałem, iż stopniowo coraz mniej gubię mocz, bo tak to się ładnie mówi. **Jaki jest efekt końcowy? Po 4 miesiącach pojechałem na wakacje, gdzie intensywnie pływając zdarzały się momenty, iż zapomniałem, co to jest gubienie moczu!!! I tak to wygląda do dnia dzisiejszego. Co do zaburzeń erekcji jest to problem, który po stosowaniu niebieskiej tabletki, tu nie mogę używać nazwy leku, spowodował powrót do sprawności w takim stopniu, iż moja partnerka chyba nie narzeka – tu trzeba by ją zapytać i jednocześnie podziękować za cierpliwość i wyrozumiałość. O szczegółach nie będę pisał.**

Podsumowując moją historię, chciałbym podkreślić, że nie wolno bagatelizować nawet najmniejszych objawów i trzeba regularnie wykonywać badania profilaktyczne i konsekwentnie je kontynuować.





Dr Tomasz Anderszewski, Turcja

Z moich obserwacji muszę przyznać, że w momencie, kiedy znajomi i sąsiedzi dowiedzieli się o mojej chorobie, wywołało to ogólny szok. Jaki był efekt? W ciągu ostatnich 6. lat trzech moich sąsiadów zachorowało na raka. Żaden z nich nie miał postawionego rozpoznania we wczesnym stadium zaawansowania, a jeden z dwucyfrowym wynikiem PSA czekał dwa lata. Czyli moja historia, niestety niczego ich nie nauczyła, nie zapaliła tego przysłowiowego „pomarańczowego światła”, jak w moim przypadku. Należy w tym miejscu podkreślić, że wczesne wykrycie gwarantuje prawie 100% wyleczenie.

Nie wiem na ile ta historia dotrze do świadomości mężczyzn, ale moje osobiste doświadczenie niestety nie napawa optymizmem. Będąc na zwolnieniu i mając kontakt z wieloma osobami namawiałem na wykonanie choćby badania PSA. Mogę wymienić wszystkie osoby, które poszły do lekarza i które wykonały podstawowe badania.

Ważna informacja, jaką znalazłem, która powinna zainteresować zwłaszcza rodziny chorych na raka prostaty, to poniższe zalecenia Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, do których powinno się bezwzględnie stosować:

*Coroczne oznaczenie PSA u mężczyzn po 50. roku życia. Mężczyznom z dodatnim wywiadem rodzinnym (rak gruczołu krokowego u ojca lub brata) zaleca się coroczne oznaczenie PSA od 40. roku życia.*

Drugą ważną rzeczą po leczeniu to regularne kontrole. U mnie w rok po zabiegu prostatektomii stwierdzono nowego raka – nerki w bardzo wczesnym stopniu zaawansowania, usuniętego laparoskopowo... No, ale o tym może w kolejnej relacji.

**Dr Tomasz Anderszewski**

W razie jakichkolwiek pytań chętnie odpowiem mój adres mailowy  
**ta60320@tlen.pl**

## Leczenie chorych na zaawansowanego, hormonoopornego raka prostaty z przerzutami do kości – nowe możliwości

Wywiad z dr Dariuszem Kucharczykiem

lekarzem onkologiem, chemioterapeutą, Świętokrzyskie Centrum Onkologii



dr n. med. Dariusz Kucharczyk

### Jak zdiagnozować przerzuty do kości?

Przerzuty do kości występują u 75% chorych na zaawansowanego raka prostaty. Najczęstszym objawem jest ból kostny. Do innych objawów należą złamania patologiczne, podwyższony poziom wapnia (hiperkalcemia), zaburzenia neurologiczne w następstwie ucisku rdzenia kręgowego oraz niedokrwistość w wyniku zaburzenia funkcji szpiku kostnego. Do najprostszych metod diagnostycznych służy rentgenogram, scyntygrafia kości.

### Jaka terapia jest zalecana u chorych na raka prostaty, u których wystąpiły przerzuty do kości?

Uznany na całym świecie standardem leczenia u tych chorych jest kwas zoledronowy.

Bardzo ważnym jest to, że dotychczas w Polsce nie było możliwości szerokiego zastosowania kwasu zoledronowego u chorych na hormonoopornego raka prostaty z przerzutami do kości. Terapia kwasem zoledronowym była droga i w większości przypadków nieosiągalna. Od 1 września tego roku, kwas zoledronowy (Zomikos) jest refundowany dla chorych na hormonoopornego raka prostaty również w Polsce, co oznacza, że można go zastosować u pacjentów dotychczas pozostających bez leczenia lub będących

w trakcie radioterapii czy chemioterapii. Istotną zaletą kwasu zoledronowego jest efekt przeciwbólowy. Przerzuty do kości są jedną z najczęstszych przyczyn bólu u chorych w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Zasadniczym celem leczenia kwasu zoledronowego jest zmniejszenie ryzyka powikłań kostnych, które zagrażają chorym z przerzutami nowotworowymi do kości. W przypadku raka prostaty – przerzuty mają specyficzny charakter – nadbudowują kość. Działanie kwasu zoledronowego jest skoncentrowane właśnie na tym typie przerzutu i dlatego lek ten jest szczególnie polecany pacjentom w przebiegu raka prostaty.

### Jak podaje się kwas zoledronowy?

Kwas zoledronowy dostępny jest w aptekach otwartych. Samo podanie leku następuje w asyście pielęgniarki, która zakłada wenflon, przygotowuje roztwór i towarzyszy pacjentowi w trakcie kilkunastominutowej kroplówki tego leku. Pacjenci powinni pamiętać o uzupełnieniu witaminy D oraz wapnia – najlepiej przyjmować je codziennie zgodnie z zaleconymi przez lekarza dawkami. Lek można podawać nie tylko w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych, ale również w domu chorego. Czas leczenia zależy od uzyskanego efektu terapeutycznego.

Na podstawie wyników badań i doświadczeń ogólnooświatowych można przyjąć, że długotrwałe, wielomiesięczne, a nawet kilkuletnie leczenie kwasem zoledronowym jest bezpieczne.

### Czy można podawać kwas zoledronowy w tym samym dniu, co radioterapię?

Nie ma przeciwwskazań do łączenia radioterapii z leczeniem kwasem zoledronowym. Jednoczesne leczenie zwiększa skuteczność leczenia przerzutów do kości, ponieważ oddziałuje nie tylko na poddawane napromienianiu ognisko, ale również wpływa na inne przerzuty.

Podanie kwasu zoledronowego oraz radioterapia będą wykazywać addycyjny efekt przeciwbólowy – oznacza to, że metody te wzajemnie zwiększają swoje działanie i dają zwiększony efekt przeciwbólowy. Zmniejszenie nasilenia bólu kostnego w trakcie takiej terapii widoczne jest przede wszystkim w zmniejszeniu ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych.

### Czy w trakcie chemioterapii można zastosować leczenie kwasem zoledronowym?

Oczywiście, że tak. Zgodnie z zaleceniami i standardami pacjenci z przerzutami do kości powinni mieć wdrożone ich leczenie natychmiast po rozpoznaniu ognisk przerzutu w kościach. W szpitalu, w trakcie chemioterapii istnieje możliwość podania kwasu zoledronowego (Zomikos) ponieważ przewidują jego zastosowanie procedury szpitalne. Co więcej, lek ten podawany jest w osobnym wlewie i jak pokazały badania kliniczne nie wchodzi w interakcje – to znaczy nie dochodzi do kolizji z innymi stosowanymi w tym samym czasie lekami onkologicznymi. Po zakończeniu chemioterapii leczenie kwasem zoledronowym można kontynuować dalej u lekarza w poradni.



## Rehabilitacja pacjentów po leczeniu operacyjnym raka gruczołu krokowego



mgr Anna Rosa

Jedną z uznanych metod leczenia pacjentów chorych na raka gruczołu krokowego jest zabieg prostatektomii radykalnej. Polega on na chirurgicznym usunięciu całego stercza oraz niektórych otaczających go struktur. Prostatektomia radykalna ma zastosowanie tylko u mężczyzn we wczesnym stadium choroby, czyli wtedy, gdy rak nie wykracza jeszcze poza tkankę gruczołu. Główną zaletą tej operacji jest rokowanie całkowitego wyleczenia. Niestety, często towarzyszą jej także, trudne do zaakceptowania następstwa. Są to: wysiłkowe nietrzymanie moczu (NTM) oraz zaburzenia w sferze seksualnej (brak erekcji).

Gubienie moczu związane jest z niemożliwym do uniknięcia uszkodzeniem aparatu zwieraczowego cewki moczowej i może mieć różny stopień nasilenia – od wykapywania niewielkich ilości moczu do zupełnego nietrzymania. Czynnikiem potęgującym NTM jest wzrost ciśnienia w jamie brzusznej, wywołany takimi czynnościami jak np: kaszel, śmiech, kichanie, dźwignięcie ciężaru.

Aparat zwieraczowy cewki moczowej składa się ze zwieracza wewnętrznego i zewnętrznego. Oddawanie moczu jest kontrolowane przede wszystkim przez zwieracz wewnętrzny. Jest on zbudowany z włókien mięśniowych działających niezależnie od woli człowieka. Zwieracz zewnętrzny jest mechanizmem „wspomagającym”. Tworzą go włókna otaczające cewkę na poziomie przepony miednicy\*

i jego skurcz można wywołać świadomie.

Podczas operacyjnego usuwania gruczołu krokowego zwieracz wewnętrzny zostaje uszkodzony. Trzymanie moczu po zabiegu odbywa się zatem w oparciu o działanie i stopień sprawności tylko zwieracza zewnętrznego. Ważne więc jest, aby drogą ćwiczeń doprowadzić do maksymalnego usprawnienia tego mięśnia, a także współdziałających z nim mięśni dna miednicy (MDM) – zwiększenia siły i szybkości ich skurczu.

Działania rehabilitacyjne są w tym przypadku jedynym nieinwazyjnym sposobem postępowania mającego na celu poprawę kontynencji, jednak u pacjentów leczonych z powodu choroby onkologicznej są one w znacznym stopniu ograniczone. Zalecana jest bowiem duża ostrożność w stosowaniu zabiegów z zakresu fizykoterapii np. elektrostymulacji, zwłaszcza w miejscu, w którym wcześniej usytuowana była zmiana nowotworowa. Stąd tak duże znaczenie ćwiczeń wykonywanych poprawnie i systematycznie. Polegają one na inicjowaniu napięć izometrycznych\*\*, początkowo ograniczonych tylko do dna miednicy, zgodnie z koncepcją dr Arnolda Kegla. Pacjent powinien potrafić dobrze „identyfikować” ćwiczone mięśnie, znać metodykę treningu i wiedzieć, jakich błędów unikać.

Uzyskanie odpowiedniej kondycji mięśni i utrzymanie nabytej sprawności nie jest procesem trwałym. Wymaga stałej aktywności, dyscypliny i systematyczności.

Dobrym postępowaniem wspomagającym indywidualny trening są ćwiczenia grupowe. Służą one nie tylko rehabilitacji mięśni przepony moczowo-płciowej, ale także ogólnemu usprawnieniu pacjenta. W trakcie tych ćwiczeń angażowane są przede wszystkim te mięśnie szkieletowe, które współpracują z mięśniami dna miednicy w oparciu o zjawisko synergizmu (skurcz jednej grupy mięśni prowadzi do przeniesienia powstałego pobudzenia i wywołuje napięcie innych, odległych topograficznie). Wykonuje się je w różnych pozycjach, zwracając jednocześnie uwa-

gę na regulację oddechu i działanie tzw. tłoczni brzusznej. Trening w grupie ułatwia mobilizację, a pacjenci nie czują się osamotnieni w obcowaniu ze swoim problemem. Trzeba jednak pamiętać, że rak gruczołu krokowego to choroba rozpoznawana najczęściej u mężczyzn po 60. roku życia. Pomimo, że różnica między wiekiem kalendarzowym, a biologicznym może być znaczna, to jednak nie ulega wątpliwości, że jest to czas obniżania się potencjału biologicznego. Zmniejsza się wtedy m.in. wydolność tlenowa, masa oraz siła mięśni. Nie należy zapominać o ewentualnych chorobach współtowarzyszących. Obliguje to do zachowania ostrożności w kwestii wysiłku fizycznego, a jeśli istnieje taka konieczność dostosowanie zaleconego zestawu ćwiczeń do indywidualnych potrzeb.

Metodą terapeutyczną szczególnie korzystną w przypadku pacjentów onkologicznych jest **technika biofeedback**. Jest to bezbolesny i bezinwazyjny sposób postępowania, który łączy zarówno diagnostykę jak i kontrolę pracy mięśni. W trakcie wykonywania ćwiczeń przez pacjenta urządzenie pozwala odczytać aktywność mięśni (także tę najmniejszą) i zobrazować ją na ekranie komputera. Ułatwia to ćwiczącemu uruchomić właściwą grupę mięśniową i motywuje do większego zaangażowania siłowego w ich pracę.

**Metoda biofeedback** może służyć przeprowadzaniu regularnych treningów, być formą edukacji pomocnej w jak najlepszym przygotowaniu pacjenta do samodzielnej pracy, a także narzędziem służącym okresowej kontroli grupy mięśniowej poddawanej treningowi i postępów pacjenta w kierunku powrotu do fizjologicznego trzymania moczu.

Skorzystanie z proponowanych form pomocy, poparte osobistym zaangażowaniem leczonego jest podstawą zmniejszenia się nasilenia nietrzymania moczu, a często też powrotu do właściwej sobie aktywności w życiu rodzinnym, zawodowym i towarzyskim.

**mgr Anna Rosa**  
**Centrum Onkologii – Instytut**  
**im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

\* inne określenie dla mięśni dna miednicy

\*\* skurcz izometryczny polega na takiej pracy mięśnia, przy której wzrasta jego napięcie bez przemieszczenia się przyczepów



dr n. med. Mariola Kosowicz

Pojęcie jakości życia można określić najkrócej, jako obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu. Hunt i McKenna, uważają, że jakość życia jest uwarunkowana możliwościami człowieka do zaspokojenia swoich subiektywnych potrzeb. Wśród wymienianych przez autorów znajdują się: jedzenie, picie, sen, aktywność, seks, unikanie bólu, ciepło, bezpieczeństwo, brak lęku, stabilność, miłość, kontakt fizyczny, intymność, komunikacja, dzielenie się doświadczeniem, wspólne dążenie do celu, ciekawość, badanie świata, zabawa, twórczość, poczucie sensu, identyczność, status, uznanie, szacunek, poczucie użyteczności wobec innych, poczucie własnej wartości, profesjonalizm, siła, niezależność, wolność. Trzeba jednak pamiętać, że to, co w danym okresie życia wydaje się

## Zadbajmy o jakość życia w chorobie nowotworowej

człowiekowi wartościowe, ważne, mile, w innych okolicznościach może nabierać innego znaczenia. Dlatego też jakość życia może dla każdego człowieka oznaczać coś innego. W dzisiejszych czasach nierzadko jakość życia utożsamia się z posiadaniem, z wypoczynkiem w 5 gwiazdkowym hotelu i z zasobnością portfela.

Dzisiaj rozmawiamy o mężczyźnie w określonych warunkach społecznych – ogromnych zmian, transformacji gospodarczych, politycznych, a także psychologicznych. Niestety nie wszystkie zamiany są dobre i nierzadko wprowadzają uczucie bezradności, złość i niezdrową rywalizację. Na spotkaniach edukacyjnych z pacjentami, mężczyźni często pytają mnie – *pani doktor, jacy my mamy być, bo ideał współczesnego mężczyzny to silny i delikatny zarazem, tego nie da się zrobić, żeby być macho i płakać*. Zmienił się obraz mężczyzny, Jest zupełnie inny, niż ten sprzed 20 lat.

Obecny czas promuje życie na 200%. Ludzie nie mają na nic czasu, ciągle gdzieś biegną i boją się wypaść z obiegu. Wszyscy dążą do chorej równowagi we wszystkich aspektach życia. Wszystko ma grać, jak w zegarku, a życie to nie mechanizm, który można oddać do naprawy. Bezrefleksyjnie

podjęliśmy wyścig szczurów. Może dlatego tak wielu Polaków ma problemy ze zdrowiem psychicznym, a prognozy na przyszłe lata nie napawają optymizmem. Dojrzały człowiek wie, że życie to ciągła akceptacja braku równowagi i mądre wywarzenie, na co mamy wpływ, a na co nie mamy wpływu.

Dramat zaczyna się w chwili diagnozy poważnej choroby. Nagle okazuje się, że fundamenty, na których tak misternie budowaliśmy swój świat chwieją się, a czasami rozpadają się na kawałki.

Jakby zapytać zdrowego mężczyznę – *Dlaczego nie robi badań?* To powie, że nie ma dostępu do lekarza i przecież na coś trzeba umrzeć.

Każda wymówka jest dobra żeby ochronić siebie przed dyskomfortem, jakim jest konfrontacja z myśleniem o zdrowiu w kontekście ewentualnej choroby. Lepiej udawać i racjonalizować swoją postawę – *nie mam czasu, nic mi nie jest, nie mam dostępu do lekarza*, itp. Tak bardzo jesteśmy przywiązani do swoich schematów myślenia, że najbardziej racjonalne argumenty traktujemy jak natrętą muchę, od której trzeba się uwolnić. Mój znajomy, lekarz zwlekał z badaniem gruczołu krokowego. Kiedy już je zrobił, okazało się, że choroba jest tak zaawansowana, że można go leczyć tylko paliatywnie. Powiedział mi wtedy – *Znasz mnie, wiesz, że tyle razy mówiłem, że na coś człowiek musi umrzeć i bagatelizowałem swoje życie. Dzisiaj kiedy wiem, że mój czas się kurczy uświadamiam sobie, że moja postawa, to była farsa*.

Jak bardzo zmienia się świat, widzimy po postawie pacjentów. Większość z nich jest bardzo niecierpliwa. Najlepiej gdyby wszystko mogło się odbyć szybko i żeby mogli wrócić do pełnej sprawności. A choroba wymaga cierpliwości, spokoju i zadbania o siebie, o jakość swojego życia. Pacjent, który nie akceptuje zmian, jakie narzuca choroba, a dokładniej jej skutki uboczne, nie potrafi znaleźć sensu życia, staje się niewolnikiem przypadkowych zdarzeń. Gorzej funkcjonuje psychicznie i fizycznie. Pogarszają się relacje z rodziną, w środowisku społecznym i nierzadko zaczyna się depresja. Z badań mojego zespołu wynika, że depresja u pacjentów z chorobą nowotworową gruczołu krokowe-



www.prostatnalata.pl



go częściej występuje u osób, które nie mają już aktywności zawodowej, są na emeryturze, rencie, zwolnieniu. Często praca była ich całym życiem i teraz, niekoniecznie z powodu choroby, nie wiedzą, jak zapelnąć swoje życie, jak żyć, żeby to życie miało sens.

Jak można pomóc ludziom chorym w budowaniu jakości życia?

Może warto stosować się do zasady – nie pchaj tego, co samo się toczy. Nie trzeba ludzi popychać. Nie należy ludziom narzucać czegoś, z czym nie mogą żyć. Trzeba pomóc ludziom, żeby odzyskali poczucie własnej skuteczności. Ludzie przekonani o własnej efektywności mają wysoką ocenę osobistych zasobów zaradczych, co obniża napięcie emocjonalne, zmniejsza stres i zwiększa gotowość do podejmowania działań mających na celu poprawę sytuacji, w której człowiek się znalazł. Natomiast ludzie przekonani o swojej nieskuteczności w radzeniu sobie z trudnościami, mają skłonność do odczuwania silnego pobudzenia emocjonalnego, koncentrują się na swoich deficytach i przesadnie wyolbrzymiają trudności.

Co to znaczy jakość życia w chorobie? Zapewne dla każdego człowieka coś innego. Wspomniałam już, że choroba weryfikuje wiele sytuacji życiowych, również pod kątem jakości życia sprzed diagnozy. Czym bardziej ubogi repertuar umiejętności w budowaniu jakości życia, tym większy problem ze znalezieniem takich aktywności, dzięki którym człowiekowi chce się żyć. Dla wielu ludzi spacer, rozmowa z rodziną, spotkanie z przyjaciółmi, hobby, to codzienność i trudno im znaleźć w tym sens. Tak więc niektórzy pozostają w rozgorzyczeniu, inni szukają pomocy np. psychologa. Ci pierwsi całą odpowiedzialność za swoje nieudane, smutne życie zrzucają na chorobę, a inni uczą się cieszyć tym, co mają, a czasem szukają nowych obszarów życia, które wnoszą radość i spełnienie. Znam wielu chorych, którzy docenili radość z małych rzeczy. Takich, którzy odkryli na nowo intymność i radość obdarowania drugiego człowieka miłością. Trzeba tylko chcieć i przestać się obrażać na świat, los i ciągle zadawać sobie pytanie, dlaczego to ja?

**dr Mariola Kosowicz, psychoonkolog**  
**Kierownik Poradni Psychoonkologii**  
**Centrum Onkologii – Instytut**  
**im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

## O prostacie bez skrępowania – akcje edukacyjne

Polskie organizacje pacjenckie przez wiele lat ciężko pracowały na to, aby o raku prostaty mówiło się wiele i bez zbędnego skrępowania. Jeszcze kilka lat temu problem ten był społecznie mało dostrzegany. Media niechętnie pokazywały programy, w których mówiono o profilaktyce, bądź leczeniu nowotworu gruczołu krokowego. Osoby znane publicznie ukrywały fakt swojej choroby, nie dzieliły się swoimi przeżyciami. O to, aby rak prostaty przestał być tabu i zaczął być tematem podejmowanym na szerszym forum walczyły m.in. pierwsza w Polsce fundacja urologiczno-onkologiczna – Fundacja „Wygrajmy Zdrowie” oraz Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”. Powoli, dzięki takim działaniom jak dystrybucja materiałów edukacyjnych, spotkania edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin, pikniki zdrowotne, grupy wsparcia oraz porady i konsultacje, udało się zwiększyć wiedzę i świadomość społeczną o tym nowotworze. Największy przełom nastąpił jednak ok. 2 lat temu, kiedy plony zaczęły przynosić duże, ogólnopolskie kampanie społeczne dedykowane rakowi prostaty.

KAMPANIA EDUKACYJNA  
NA TEMAT RAKA PROSTATY



Jedną z pierwszych i najbardziej kompleksowych jest **kampania „Prostata na lata”** prowadzona przez Fundację „Wygrajmy Zdrowie” od 2011 roku. Ma na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat raka gruczołu krokowego, wsparcie pacjentów onkologicznych w ich walce z chorobą oraz przełamanie tabu związanego z chorobami stercza. *W naszej kampanii najbardziej zależy nam na dotarciu do mężczyzn oraz ich rodzin z przekazem, że raka prostaty można skutecznie leczyć. Chcemy też uświadomić wszystkim ojcom, że regularne badania pod kątem męskich nowotworów mogą zapewnić im długie życie i czas na wychowanie dzieci.* – mówi Szymon Chrostowski, prezes Fundacji. Patronat merytoryczny nad całością objęły towarzystwa naukowe działające w polskiej onkologii: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polska Unia Onkologii oraz Polskie Towarzystwo Urologiczne. W odpowiedzi na potrzeby pa-

cientów z rakiem prostaty powstał szereg materiałów edukacyjnych, m.in: kompleksowy poradnik dla pacjentów oraz foldery edukacyjne, które trafiły do placówek onkologicznych w całej Polsce. Na stronie [www.prostatanalata.pl](http://www.prostatanalata.pl) pacjenci i ich rodziny znajdą informacje na temat choroby, sposobów jej leczenia oraz porady z zakresu psychoonkologii. Do tej pory rozdyskrebowano 18 000 folderów edukacyjnych i 8000 poradników. W latach 2011-2013 w 15 województwach odbyły się debaty zdrowotne w Urzędach Marszałkowskich z udziałem konsultantów i lokalnych specjalistów, władz samorządowych i mediów. W samorządach lokalnych np. Olecko, Ostrowiec Świętokrzyski, Warszawa zorganizowano akcje bezpłatnych badań profilaktycznych oraz spotkań edukacyjnych. Ambasadorami kampanii są m.in.: Maciej Damięcki, Włodzimierz Szaranowicz, Jacek Kawalec, Leszek Blanik, Artur Boruc, Joanna i Dariusz Brzeziński oraz wielu innych.

Sukcesem kampanii było ustanowienie **Ogólnopolskiego Dnia Świadomości Raka Prostaty w Dniu Ojca 23 czerwca**. Z tej okazji w 2012 roku odbyła się konferencja w Sejmie RP pod Honorowym patronatem Marszałek Sejmu Ewy Kopacz. Naszą inicjatywę poparło też ok. 200 posłów ze wszystkich klubów parlamentarnych. *Działania podjęte w ramach kampanii „Prostata na lata” mają na celu przełamanie tabu, jakie wiąże się z nowotworem gruczołu krokowego, podobnie jak wiele lat temu uczyniły to Amazonki w odniesieniu do raka piersi. Nowotwór prostaty jest bowiem uleczalny, jeśli jest odpowiednio wcześnie wykryty. Temat poruszany w kontekście Dnia Ojca ma także uświadomić społeczeństwu, jak ważną rolę w rodzinie pełni mężczyzna – jako ojciec i opiekun rodziny. Co więcej, to także rola związana z odpowiedzialnością za siebie, która powinna przejawiać się troską o własne zdrowie* – kontynuuje Chrostowski. W tym roku podsumowując 3 lata wędrówek po Polsce został opracowany **Raport „Prostata na lata – epidemiologia, profilaktyka i leczenia nowotworu gruczołu krokowego w Polsce”**, zaprezentowany podczas konferencji w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego 20 czerwca 2013 r. (raport dostępny online na [www.prostatanalata.pl](http://www.prostatanalata.pl)).

*To pierwszy w Polsce raport na temat stanu profilaktyki i leczenia nowotworu gruczołu krokowego prezentujący dane ze wszystkich województw. Powstał on na bazie debat „Prostata na lata”, w których brało udział środowisko lekarskie, przedstawiciele władz samorządowych odpowiedzialni za politykę zdrowotną w województwach i władze Narodowego Funduszu Zdrowia* – ocenia **prof. dr. hab. n. med. Marek Sosnowski, konsultant Krajowy ds. Urologii**. W ostatnim czasie kampania miała swoją kobiecą odsłonę, znane aktorki i gwiazdy wsparły ją prezentując swoje **Kobiece triki – jak zaciągnąć faceta na badania**. 26,4% mężczyzn w wieku min. 40 lat najchętniej zdecydowałoby się wykonać badania profilaktyczne w kierunku raka prostaty za namową żony lub partnerki – wynika z badania przeprowadzonego w ramach kampanii „Prostata na lata” (Badanie zrealizowane zostało przez PBS w dniach 10-12.05.2013. Wzięło w nim udział 246 mężczyzn w wieku min. 40 lat). *Namówiłam swojego męża Macieja do zrobienia sobie podstawowego badania PSA z krwi. Przekonałam Go używając kilku prostych argumentów* – mówi Joanna Damięcka, żona Macieja Damięckiego. Wyniki badania pokazują jednoznacznie, jaki wpływ na mężczyznę potrafi mieć kobieta, Tutaj pomocne okazują się być

typowo kobiece techniki perswazji. *Sama co roku (od wielu lat) stosuję się do zaleceń ginekologa, czyli poddaję się badaniom cytologicznym i badaniom USG piersi a co dwa trzy lata badaniom mammograficznym piersi. Uważam, że każdy kulturalny nowoczesny mężczyzna dba o swoje zdrowie tak, jak dba o zdrowie swojego samochodu. Chciałabym żebyśmy razem dożyli starości. Nie chcę żeby było za późno tak, jak w przypadku dwóch kolegów męża, których już nie ma wśród nas! Wystarczyło. Przebadał się i uniknęliśmy tragedii. Rak prostaty został wykryty na tyle wcześnie, że został zduszony w zarodku. Teraz jest pod kontrolą, czyli musi co trzy miesiące powtarzać badanie PSA. Minęło trzy lata. Jest ok.* – kontynuuje Joanna Damięcka.

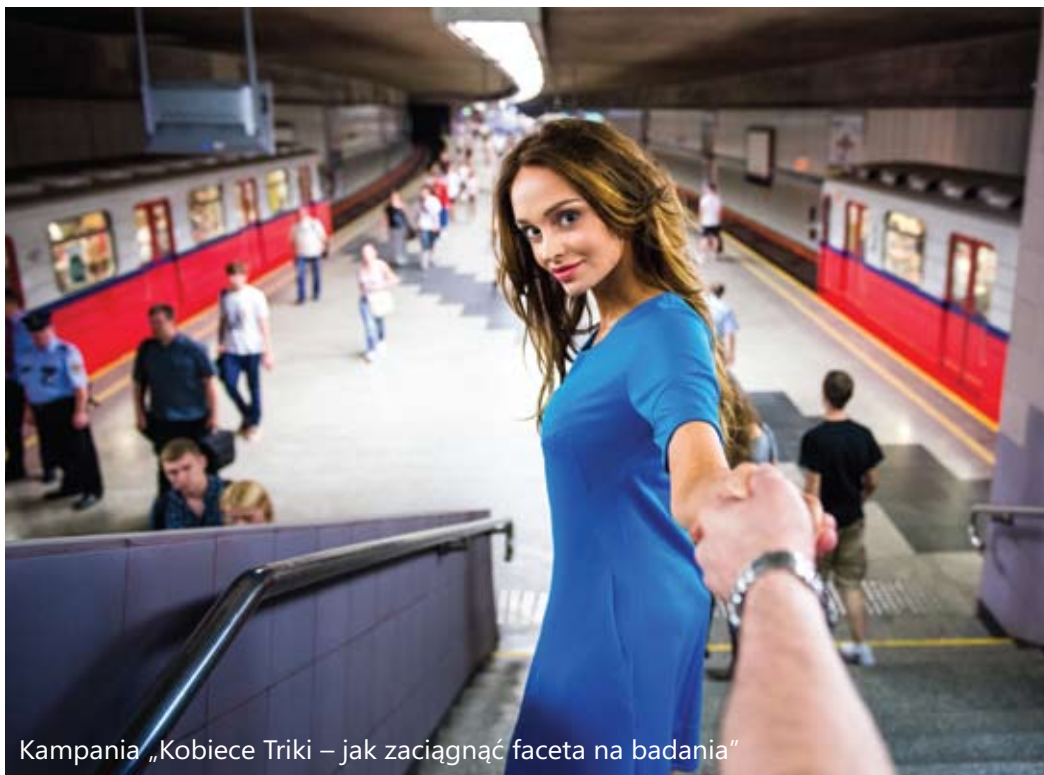
## MĘSKA SPRAWA

**Stowarzyszenie „Gladiator”** skupia w swoim gronie pacjentów z nowotworem prostaty z całego kraju. Pomaga i wspiera chorych i ich rodziny przede wszystkim poprzez organizowanie spotkań i szkolenie w zakresie podstawowych zasad wczesnego wykrywania chorób nowotworowych (propagowanie szeroko pojętej profilaktyki), powoływanie Grup Wsparcia skupiających pacjentów z podobnymi schorzeniami dla wspólnego przezwyciężania lęku



Konferencja „Walka z nowotworem prostaty w województwie mazowieckim”. Od lewej: prof. dr. hab. n. med. Wojciech Rogowski, dr n. med. Iwona Skoneczna, Krzysztof Strzałkowski – wicemarszałek, Ewa Łągońska – dyrektor Departamentu Polityki Społecznej i Zdrowotnej, Szymon Chrostowski – prezes Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”





Kampania „Kobiecte Triki – jak zaciągnąć faceta na badania”

i strachu w procesie leczenia, jako skuteczna forma terapii grupowej i wsparcia psychicznego. Stowarzyszenie prowadzi poradnictwo czynne w formie Telefonu Zaufania oraz współpracę z instytucjami i organizacjami w kraju i zagranicą działających na rzecz walki z chorobami nowotworowymi.

Stowarzyszenie „Gladiator” zainicjowało w 2011 r. swoją kampanię edukacyjną **„Męska Sprawa”**, skierowaną do mężczyzn, którzy już chorują na raka gruczołu krokowego lub znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka. Kampania miała na celu dostarczenie odbiorcom rzetelnej informacji, pozwalającej na kontrole stanu zdrowia. W ramach kampanii uruchomiono specjalną infolinię (dyżurują specjaliści: seksuolodzy i psychoonkolodzy). Z doświadczenia Stowarzyszenia wynika, że z telefonu zaufania dotyczącego raka prostaty często korzystają kobiety – osoby bliskie chorujących mężczyzn. W ramach kampanii zorganizowano serie spotkań edukacyjnych z pacjentami w różnych ośrodkach medycznych w kraju. Bazę wiedzy i informację o aktualnych działaniach Stowarzyszenia można znaleźć na stronie: [www.gladiator-prostata.pl](http://www.gladiator-prostata.pl)

## MĘŻCZYŻNA 45+

W ubiegłym roku ruszył także ministerialny projekt informacyjno-edukacyjny

„Mężczyzna 45+” finansowany ze środków unijnych.

Projekt M45+ realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II – *Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących*. Jest to projekt edukacyjny kierowany w głównej mierze do mężczyzn po 45. roku życia. Jego celem jest poprawa stanu wiedzy mężczyzn w zakresie wczesnej profilaktyki chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego. Jednym z działań realizowanych w ramach Projektu są spotkania organizowane w przemysłowych zakładach pracy z aktywnymi zawodowo mężczyznami po 45. roku życia, którzy wykonują zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na czynniki wywołujące choroby układu moczowo-płciowego. Beneficjentami ostatecznymi Projektu są również lekarze (medycyny pracy, podstawowej opieki zdrowotnej, urologi). W ramach szkoleń przeszkolonych zostanie 6.000 lekarzy. Podczas rekrutacji na szkolenia, szczególny nacisk zostanie położony na zapewnienie udziału lekarzy pracujących na terenach wiejskich. Celem spotkań w zakładach pracy jest zwiększenie stanu wiedzy mężczyzn na temat profilaktyki schorzeń układu moczowo-płciowego, na którą składają się takie elementy jak: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętność radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek – tytoń

i alkohol, czynniki ryzyka zdrowotnego i zawodowego. Działania skupiają się na profilaktyce wczesnej (pierwotnej), która ma na celu utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowotnego stylu życia i zapobiegania szerzeniu się niekorzystnych wzorców w odniesieniu do osób zdrowych. Na dedykowanej stronie [www.mezczyzna45plus.pl](http://www.mezczyzna45plus.pl) zostały zamieszczone materiały informacyjne dla pacjentów, społeczeństwa i lekarzy opracowane przez ekspertów z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, partnera projektu. Kampania obejmuje też szeroko zakrojone działania medialne takie jak: spoty radiowe i telewizyjne, reklamę w prasie, stronę internetową oraz profil zamieszczony na portalu społecznościowym, eventy, idea placement, spotkania w zakładach pracy, śniadania prasowe, etc.

## BY ŻYŁO SIĘ LEPIEJ...

Niezależnie od tego, jaka instytucja jest organizatorem kampanii bądź akcji edukacyjnej, przyświeca im jeden wspólny cel – przyzwyczajenie mężczyzn do regularnych badań profilaktycznych oraz przelamywanie tabu choroby nowotworowej. Rakowi prostaty nie zawsze jesteśmy w stanie zapobiec, ale możemy go odpowiednio wcześniej wykryć i skutecznie leczyć.

*każdy mężczyzna ma prostatę,  
ale nie każdy zdrową*

KAMPANIA EDUKACYJNA  
NA TEMAT RAKA PROSTATY

**PROSTATA  
NA LATA**

*badaj się profilaktycznie  
u lekarza urologa  
raz w roku!*

*Zalecane badania dla mężczyzn  
po 50-tym roku życia:*

- badanie „per rectum” u lekarza urologa,
- badanie PSA (tzw. antygenu PSA w surowicy krwi),
- badanie USG (pecherza moczowego i stercza).

*zapytaj o nie swojego lekarza!*

Zapraszamy na stronę [www.prostatanalata.pl](http://www.prostatanalata.pl)

ORGANIZATORZY: PARTNERZY EDUKACYJNI: PARTNERZY:

## NOWE MOŻLIWOŚCI LECZENIA PRZERZUTÓW NOWOTWOROWYCH DO KOŚCI U CHORYCH NA HORMONOOPORNEGO RAKA PROSTATY

**1 września 2013** pojawiła się nowa szansa dla chorych na raka gruczołu krokowego z przerzutami do kości – Minister Zdrowia podjął decyzję o refundacji kosztów leczenia kwasem zoledronowym pod nazwą Zomikos®.

Przerzuty do kości są częstym problemem u chorych na raka gruczołu krokowego i jedną z najczęstszych przyczyn bólu, złamań patologicznych czy niedokrwistości w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej.

Od wielu lat kwas zoledronowy jest uznanym na całym świecie standardem w leczeniu przerzutów nowotworowych do kości. Zasadniczym celem leczenia kwasem zoledronowym jest zmniejszenie ryzyka powikłań kostnych, które zagrażają chorym z przerzutami do kości. Ma on również znaczący efekt przeciwbólowy. Zgodnie z zaleceniami wielu towarzystw onkologicznych i urologicznych kwas zoledronowy jest polecany u pacjentów z hormonoopornym rakiem prostaty z przerzutami do kości.



**Niestety, dotychczas terapia kwasem zoledronowym nie była refundowana, a przez to bardzo droga i nieosiągalna pod względem finansowym dla większości pacjentów.**

Od 1 września 2013 roku pojawiła się nowa szansa dla chorych na raka gruczołu krokowego.

**Zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia kwas zoledronowy pod nazwą ZOMIKOS® jest dostępny na receptę dla chorych na hormonoopornego raka prostaty z przerzutami do kości za 3,20 zł za jedno opakowanie, wystarczające na miesięczną kurację.**

Kwas zoledronowy w znaczący sposób zmniejsza częstość powikłań kostnych – złamań patologicznych kości (np. kręgow), hiperkalcemii, a także redukuje konieczność leczenia operacyjnego złamań lub zastosowania radioterapii. Zomikos® podaje się raz w miesiącu w kilkunastominutowej kroplówce. Efekt terapeutyczny w postaci zmniejszenia bólu obserwuje się po 2 – 3 dniach od podania leku. Leczenie może być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych np. w poradni onkologicznej, urologicznej, paliatywnej lub poradni leczenia bólu albo przez lekarza rodzinnego.

Polska Koalicja  
Pacjentów Onkologicznych



Adres do korespondencji  
ul. Piękna 28/34, lok. 53, 00-547 Warszawa  
info@pkopo.pl  
tel. 22 428 36 31, fax: 22 428 36 08

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

Redaktor Naczelny  
Aleksandra Rudnicka  
aleksandria@zigzag.pl  
ul. Pelczyńskiego 20a/12, 01-471 Warszawa  
tel. 502 071 677

Zastępca redaktora naczelnego  
Beata Ambroziewicz  
b.ambroziewicz@wygrajmyzdrowie.pl

Grafika i skład  
Agnieszka Truskolaska  
a.truskolaska@wygrajmyzdrowie.pl

**Dołącz do nas na Facebooku [facebook.com/KoalicjaPacjentow](https://www.facebook.com/KoalicjaPacjentow)  
Zapisz się na newsletter dla pacjentów onkologicznych na stronie [www.pkopo.pl](http://www.pkopo.pl)  
Czytaj „Głos Pacjenta Onkologicznego” na [www.pkopo.pl](http://www.pkopo.pl)**