

Walka z rakiem



NIE PRZEGAP:

SPRAWDŹ

Wirus HPV to główna przyczyna raka szyjki macicy. Jakie badania pomagają go wykryć? **s5**

EKSPERT

Lipidowe odżywianie organizmu w chorobie nowotworowej – na czym polega? **s6**

NOWOŚCI

Nowotwory tarczycy a codzienne wyzwania pacjentów **s13**

Anna Wyszkon

s14-15

**UWAŻAM,
ŻE WYKONYWANIE
BADAŃ TO
NASZA ŻYCIOWA
ODPOWIEDZIALNOŚĆ**

W WYDANIU



Aga Szuścik
Warto się o siebie zatroszczyć!



Prof. dr hab. n. med. Adam Reich
Jak dbać o skórę w trakcie terapii onkologicznej?



Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt
Czerniak – czy znajdujesz się w grupie ryzyka?

Senior Project Manager: **Krystyna Miłoszewska**
+48 537 693 500, krystyna.miloszewska@mediaplanet.com
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Managing Director: **Karolina Kukielka**
Skład: **Mediaplanet**
Web Editor & Designer: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Aleksandra Podkówka-Poźniak, Sonia Młodzianowska**
Fotografie: **Zija Pióro, stock.adobe.com, zasoby własne**
Kontakt: **e-mail: pl.info@mediaplanet.com**
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP. Z O.O.
ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa

facebook.com/byczdrowymPL
[mediaplanetpl](https://mediaplanetpl.pl)
[mediaplanet](https://mediaplanet.pl)

WYZWANIA

Leczenie paliatywne to nadal przede wszystkim leczenie

Decyzja o podjęciu leczenia paliatywnego zazwyczaj jest momentem, w którym pacjentowi oraz jego rodzinie dosłownie wali się świat. Nie zawsze jednak tak musi być, ponieważ – jak sama nazwa wskazuje – leczenie paliatywne nadal jest terapią – nie doprowadzi do całkowitego wyleczenia, ale z pewnością może przyczynić się do poprawy jakości życia chorego.



Adrianna Sobol
Psychoonkolożka
Fundacji OnkoCafe
Razem Lepiej, twórczyni platformy „W trosce o chorego pracownika”, wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Zakładzie Profilaktyki Onkologicznej

byczdrowym.info

Na czym polega opieka paliatywna? Czym różni się od opieki hospicyjnej?

Najczęściej leczenie paliatywne pacjentom oraz ich rodzinom kojarzy się jednoznacznie z wielkim bólem, cierpieniem i śmiercią. Natomiast gdy rozmawiałam z wieloma specjalistami, niejednokrotnie usłyszałam, że leczenie paliatywne to przede wszystkim leczenie. Nie ma intencji wyleczenia, niemniej jego celem jest utrzymanie jakości życia pacjenta oraz próba zahamowania postępu choroby. Jest to sytuacja, w której za pomocą leczenia systemowego trzymamy w ryzach chorobę, by pacjent mógł z nią komfortowo żyć.

Obecnie dostęp do nowoczesnych metod terapeutycznych pozwala na to, by chorzy, ale również specjaliści zaczęli myśleć o nieuleczalnej chorobie jak o chorobie przewlekłej. Oczywiście w przypadku leczenia paliatywnego ten proces jest bardziej skomplikowany, ponieważ pacjent nigdy nie usłyszy, że będzie zdrowy. Mimo to przykłady moich pacjentek leczonych paliatywnie, chorych np. na raka piersi rozlanego do kości lub innych narządów odległych, pokazują, że z odpowiednio leczoną chorobą można normalnie funkcjonować, pracować, wychowywać dzieci itd.

Opieka hospicyjna również jest nazywana paliatywną, jednak w niej specjaliści skupiają się na leczeniu objawów. Nie jest w niej wprowadzana terapia systemowa w postaci np. chemioterapii, immunoterapii czy też leczenia ukierunkowanego molekularnie. Opieka hospicyjna staje się rozwiązaniem, gdy intensywne leczenie paliatywne nie daje rezultatów, a choroba postępuje.

W jaki sposób rozmawiać z pacjentem onkologicznym o potrzebie podjęcia opieki paliatywnej?

Bardzo ważna w tym aspekcie jest zmiana optyki, spojrzenia na pacjenta w leczeniu paliatywnym. Dzisiaj jest to pacjent, który jest wśród nas, chodzi do kina, restauracji, na zakupy, do pracy. To z kolei przekłada się na komunikację z pacjentem i sposób, w jaki przekazuje mu się informację o leczeniu paliatywnym. Wymaga to ogromnego wsparcia ze strony lekarza prowadzącego, który powinien dokładnie przedstawić choremu, jak w dobie dostępnej obecnie medycyny wygląda ta kwestia. Komunikaty powinny być oparte na psychoedukacji pacjenta, ponieważ – jak wcześniej wspomniałam – przez dyskurs społeczny słowo „paliatywna” od razu kojarzy się ze śmiercią, a już teraz wiemy, że nie zawsze jest to prawdą. Nie istnieje jednak konkretna forma przekazywania tego typu informacji. Jest to swego rodzaju odwaga, by lekarz z pacjentem rozmawiał jak człowiek z człowiekiem – z pełnym zrozumieniem, wsparciem, przestrzenią do wysłuchania i zadawania pytań przez chorego. Warto w tym momencie skupić się na komunikacji, że leczenie, nawet jeśli jest paliatywne, naprawdę ma sens.

Czym właściwie jest psychologia paliatywna? Jaka jest rola psychologa w opiece nad pacjentem onkologicznym?

Psychologia paliatywna jest pewnym skrótem myślowym. Ekspertów z tego obszaru bardziej nazwałabym psychoonkologami specjalizującymi się w obszarze leczenia paliatywnego. Ich rola w opiece nad pacjentem onkologicznym jest ogromna. Są to specjaliści, którzy są przygotowani, aby pracować z lękiem przed śmiercią nie tylko samego pacjenta, ale całej jego rodziny.



WAŻNE

Nowotwór jelita grubego: jakie są czynniki ryzyka?

Czynniki ryzyka nowotworu jelita grubego to przede wszystkim niezdrowy tryb życia: brak ruchu, otyłość, palenie papierosów i spożywanie alkoholu, czynniki środowiskowe, np. zanieczyszczenie środowiska.

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła
Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Jakie rozróżniamy czynniki ryzyka nowotworu jelita grubego?
Wraz z wiekiem ryzyko zachorowania zwiększa się, dlatego przyjęto granicę 50 lat jako moment, w którym powinno się zaczynać działać. Są sygnały z wielu krajów świata, że zaczynamy obserwować występowanie nowotworów w coraz młodszych wieku, czyli ta granica 50 lat zaczyna się cofać. Ta liczba przypadków przyrasta w tempie trzech, czterech procent rocznie. Oprócz wieku czynniki ryzyka to przede wszystkim niezdrowy tryb życia: brak ruchu, otyłość, palenie papierosów i spożywanie alkoholu, czynniki środowiskowe, np. zanieczyszczenie środowiska. Ryzyko związane z podłożem genetycznym to tylko 3 do 5 proc. wszystkich nowotworów raka jelita grubego.

domowe laboratorium
OD 1987 ROKU

WYNIK JUŻ PO 5 MINUTACH
dokładność laboratoryjna

TEST NA KREW UTAJONĄ W KALE

FOB TEST

JEDNORAZOWY DOMOWY TEST do wykrywania krwi utajonej w kale

1 TEST

www.domowelaboratorium.pl

Chociaż krwimocz ustępuje szybko, może świadczyć o groźnym nowotworze

Nowotwór pęcherza moczowego to drugi co do częstości występowania rak układu moczowo-płciowego u mężczyzn. Niestety liczba zachorowań nadal jest wysoka.



Prof. dr hab. n. med. Tomasz Demkow
Kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego

Czym charakteryzuje się rak pęcherza moczowego i jaka jest jego epidemiologia?

Nowotwór może wystąpić w każdym wieku, jednak najczęściej jest diagnozowany u osób po 50. roku życia. Częściej dotyka mężczyzn, ale zdarza się też u kobiet. Prawdopodobieństwo zachorowania wzrasta wraz z wiekiem, a wśród czynników ryzyka znajdują się: palenie papierosów, ekspozycja zawodowa, m.in. na aminy aromatyczne i pestycydy, oraz radioterapia (choć stosowana jest w celach leczniczych, np. gruczolę krokowego, to może zwiększać ryzyko raka pęcherza moczowego). Jak pokazuje rejestr, do pandemii COVID-19 liczba zachorowań i zgonów w przypadku raka pęcherza moczowego wzrosła – najnowsze dane wskazują, że w 2020 r. nowych zachorowań było około 7500, a zgonów około 3200 u mężczyzn i około 900 u kobiet.

Jakie są typowe objawy raka pęcherza moczowego?
Charakterystycznym i właściwie jedynym objawem jest bezbolesny krwimocz, który może mieć różne nasilenie, czasem występować ze

skrzepami i zwykle po kilku godzinach sam ustępuje. Niestety pacjenci często go ignorują, opóźniając tym samym rozpoznanie choroby. Co ważne, również lekarze nie zawsze utożsamiają go z objawem nowotworu, przepisując pacjentom antybiotyki lub lek odkażający. Trzeba wiedzieć, że krwimocz ustępuje bez względu na zastosowanie leków – zawsze jednak jest wskazaniem do diagnostyki w kierunku raka pęcherza moczowego.

Jak wygląda proces diagnostyczny? Kiedy wykonuje się cystoskopię, a kiedy przezcewkową elektroresekcję guza/guzów pęcherza moczowego (TURBT)?

Krwimocz jest wskazaniem do wykonania badania ultrasonograficznego nerek, moczowodu i pęcherza moczowego. Ponadto wykonywane jest także najlepsze badanie diagnostyczne w kierunku raka pęcherza, czyli cystoskopia, nazywana również wziernikowaniem pęcherza moczowego, którą stosuje się zarówno do diagnostyki, po leczeniu, jak i kontrolnie. Następnie zalecana jest tomografia komputerowa z kontrastem jamy brzusznej i miednicy. Można też wykonać zabieg, który jest jednocześnie diagnostyką i w niektórych przypadkach przekłada się na wyleczenie, czyli tzw. TURBT. Trzeba pamiętać, że nie można rozpocząć terapii, zanim nie zostanie wycięty guz łącznie z błoną mięśniową, gdyż dopiero to umożliwia ocenę, do której

grupy ryzyka nawrotu kwalifikowany jest nowotwór, i tym samym pozwala dobrać odpowiednie leczenie.

Jak wygląda dalsza ścieżka pacjenta po diagnozie?
Leczenie raka pęcherza moczowego zależne jest od jego zaawansowania i stopnia złośliwości. Największą grupę pacjentów stanowią chorzy ze zdiagnozowanym rakiem nienaciekającym mięśniówką. Aby wdrożyć konkretną terapię, kwalifikuje się chorych do jednej z trzech grup ryzyka nawrotu – stopnie prawdopodobieństwa nawrotu i progresji to: wysoki, pośredni i niski. I tak np. u chorych w grupie wysokiego prawdopodobieństwa nawrotu stosuje się terapię dopęcherzową BCG lub chemioterapię. Natomiast gdy komórki nie mają charakteru wysoce złośliwego, można obserwować chorego i okresowo wykonywać cystoskopię. Z kolei w raku pęcherza moczowego naciekającego mięśniówkę lub wychodzącego poza nią najlepszym sposobem jest usunięcie pęcherza moczowego i prostaty u mężczyzn, a u kobiet usunięcie pęcherza moczowego i zwykle również narządów rodnych. Podczas zabiegu pobierane są również regionalne węzły chłonne, by ocenić, czy występują przerzuty. Ponadto od niedawna leczenie chirurgiczne poprzedza leczenie systemowe w postaci chemioterapii lub immunoterapii, które w efekcie ma zmniejszyć rozmiar guza. Udowodniono, że daje to lepsze efekty niż samo leczenie chirurgiczne.

Rak pęcherza moczowego a terapia BCG

Rak pęcherza moczowego jest drugim co do częstości występowania nowotworem w uroonkologii, w skali europejskiej rozpoznaje się go rocznie u ok. 180 tys. pacjentów, a 70 tys. spośród nich umiera w ciągu kolejnych lat z jego powodu. Czy można to zmienić? Jaką rolę w tym kontekście odgrywa terapia BCG?



Prof. zw. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta, FEBU, FRCS (Glasg)
Katedra i Klinika Urologii Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Większość raków pęcherza moczowego to nowotwory niezaawansowane (stanowią ok. 75 proc.). Czy wymagają one leczenia uzupełniającego po zabiegu przezcewkowego usunięcia (TURB) guza lub guzów w pęcherzu moczowym? Czy na wycięciu guzów/guza można zakończyć leczenie?

Metoda leczenia jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu. Możemy mieć do czynienia z chorobą inwazyjną, czyli naciekającą na warstwę mięśniową pęcherza moczowego, oraz nieinwazyjną (nienaciekającą), stanowiącą ok. 70 proc. wszystkich przypadków. Rozróżniamy również kilka stopni złośliwości oraz rodzajów nienaciekających raków, w tym nowotwory brodawkowate o małym potencjale złośliwości oraz raki powierzchniowe o dużej złośliwości. Guz powierzchniowy o dużym potencjale onkologicznym jest wskazaniem do ponownego zabiegu przezcewkowego, a następnie do uzupełniającego leczenia dopęcherzowego.

Na czy polega leczenie uzupełniające? Czym jest immunoterapia dopęcherzowa preparatami zawierającymi prątki BCG? Kiedy się ją stosuje i przez jaki czas?

Leczenie uzupełniające prowadzi się, podając do pęcherza chemioterapeutyki o dużej masie cząsteczkowej bądź odzjadliwione prątki gruźlicy bydlęcej (BCG). BCG ma wywołać odczyn zapalny w pęcherzu moczowym skierowany przeciw pozostałym komórkom nowotworowym.

Przeciwnowotworowe działanie infekcji gruźliczej znane jest od lat 70. ubiegłego stulecia. Ma ono za zadanie ograniczyć ryzyko nawrotu nowotworu. Kandydatami do leczenia BCG są pacjenci z rakiem o wysokim stopniu progresji. Metaanalizy (analizy wielu badań) przeprowadzone na materiale o dużej liczbie pokazały, że redukcja ryzyka progresji w przypadku zastosowania BCG sięga powyżej 30 proc. Umiarkowane i duże ryzyko progresji upoważnia do stosowania BCG raz w tygodniu przez 6 tygodni oraz prowadzenia terapii podtrzymującej.

Jak długo trwa leczenie podtrzymujące?

W przypadku guzów powierzchniowych o dużym ryzyku progresji (czyli ryzyku zwiększenia stopnia złośliwości, zaawansowania, wieloogniskowości i częstotliwości nawrotów) stosuje się dodatkowo leczenie podtrzymujące BCG, które trwa co najmniej rok. W przypadku guzów bardzo wysokiego ryzyka (T1 + CIS – ang. carcinoma in situ, rak śródnabłonkowy) należy rozważyć radykalne wycięcie pęcherza moczowego.

Czy jest to terapia uciążliwa? Czy terapia BCG stanowi zagrożenie dla pacjenta? Czy często pacjenci rezygnują z terapii BCG ze względu na jej uciążliwość? Jakie są konsekwencje przedwczesnego zakończenia terapii pęcherza moczowego?

U niektórych pacjentów może dojść do uogólnionej infekcji, jednak zabiegi te wykonuje się

w specjalistycznych ośrodkach, które starają się przeprowadzić terapię w atraumatyczny sposób, minimalizując to ryzyko. Terapii towarzyszyć może przejściowe podwyższenie temperatury ciała, objawy grypopodobne, może też skutkować częstomoczem, parciem nagłącymi, chęcią gwałtownego oddania moczu. Objawy ustępują w toku trwania terapii i jej uciążliwość wydaje się do zaakceptowania wobec szansy wyeliminowania ryzyka nawrotu nowotworu lub progresji.

Jak istotne wydaje się lepsze przygotowanie pacjenta i jego rodziny na uciążliwość terapii BCG?

Bezwzględnie pacjent oraz rodzina muszą wiedzieć, jaki jest schemat terapii. W tym celu powinni być wyposażeni w odpowiednie broszury na temat leczenia, jego skuteczności, działań niepożądanych oraz niepokojących objawów.

Czy można podjąć jakieś działania systemowe, by doprowadzić do zwiększenia efektywności leczenia pacjentów?

Pierwszym głównym działaniem systemowym jest uświadomienie nie tylko pacjentów, ale i lekarzy POZ, że każdy krwimocz wymaga konsultacji urologa. Ważne jest również, by w dobie tak wielu czynników sprzyjających powstawaniu raka wiedzieć o nich oraz ich unikać. Profilaktyka oraz wczesna wykrywalność bez wątpienia przyczynią się do zwiększenia efektywności leczenia.

WYWIAD



Warto się o siebie zatroszczyć!

Rak szyjki macicy jest jednym z nowotworów, któremu możemy skutecznie przeciwdziałać. Z wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) możemy radzić sobie za pomocą szczepień, badań przesiewowych oraz profilaktyki.

i Kontynuacja materiału na stronie: byczdrowym.info

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia zaledwie 20 proc. polskich kobiet uczestniczy w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy (RSM). Dlaczego tylko co piąta kobieta zgłasza się do lekarza?

Z moich obserwacji wynika, że głównych powodów jest pięć: lęk, wstyd, wykluczenie, trauma oraz nieświadomość. Lęk to postawa manifestowana słowami „wolę nie wiedzieć”. Często łączy się z mylnym przekonaniem, że w razie złych wyników i tak nic nie da się zrobić. Daleko od faktów leży też założenie, że bez lekarza nie będzie choroby – lekarz diagnozuje i leczy, a nie sprowadza kłopoty. Drugi powód, wstyd, związany jest z wizytą ginekologiczną – rozbieraniem, badaniem,

” Brak objawów nie daje pewności, że wszystko jest w porządku.

nazywaniem. Tymczasem ginekolog czy ginekolożka to po prostu lekarz, lekarka, osoba skupiona na swojej pracy. Jako kolejne wymieniłam wykluczenie: komunikacyjne, finansowe, czasowe, rodzinne. Niektóre osoby po prostu nie są w stanie dojechać do gabinetu, nie mają na to pieniędzy, czasu, wsparcia bliskich lub nawet pozwolenia. Obowiązkiem społeczeństwa jest rozwiązywać takie problemy. Czwarta kwestia to trauma, spowodowana odbytą w przeszłości wizytą. W moich skrzynkach odbiorczych są setki takich historii. To główny powód założenia przeze mnie Wielkiej Listy Ginekologów i Ginekolożek. Ostatni powód to nieświadomość tego, że brak objawów nie daje pewności, że wszystko jest w porządku.

Aga Szuścik
Kreatywnie objaśnia ginekologię, profilaktykę onkologiczną i przechodzenie przez raka, bada ginekologiczne doświadczenie pacjentek, prowadzi Wielką Listę Ginekologów i Ginekolożek, pisze blog „Życie po raku”, nagrywa podcasty „Przygody ginekologiczne”, prowadzi cykl rozmów na żywo „Dialogi”

W 2018 roku zdiagnozowano u pani raka szyjki macicy. Przed diagnozą nie brała pani regularnie udziału w badaniach przesiewowych. Co w pani przypadku było powodem odkładania wizyty u specjalisty?

Reprezentuję ostatnią z wymienionych grup. Nie chodziłam na wizyty, ponieważ nie miałam żadnych niepokojących objawów. Mnóstwo energii, zawsze perfekcyjnie wytuszowane rzęsy, napisany doktorat, poważana praca wykładowczyni... Uważałam się za świadomą kobietę i przez myśl mi nie przechodziło, że w moim ciele rozwija się rak. Dziś z pokorą patrzę na profilaktykę, zalecenia medyczne oraz własne ciało i życie. Zamiast od siebie wymagać, staram się uważnie wspierać i obserwować swój organizm, swoje zwyczaje, swoje marzenia.

W przestrzeni publicznej funkcjonuje wiele mitów dotyczących infekcji wirusem HPV (Human Papillomavirus) oraz związku tego wirusa z rakiem szyjki macicy. Które z nich uważa pani za najbardziej szkodliwe i dlaczego?

To jest świetne pytanie! Wiele osób myśli, że szczepić należy tylko dziewczynki, a przecież mężczyźni również mogą być nosicielami i zakażać kobiety, więc – żeby pozamykać jak najwięcej dróg infekcji – należy szczepić także chłopców. Co więcej, HPV może powodować raka prącia czy nowotwory w obrębie głowy i szyi! Ogromnie szkodliwym mitem, niestety podbijanym przez niektóre portale medyczne, jest to, że wirus HPV i rak szyjki macicy to właściwie to samo. To wirus niezwykle powszechny, większość z nas łapie go choć raz w życiu, lecz szybko zwalcza własnym układem odpornościowym. Tylko niewielki odsetek ludzi ma z tym problem, a wśród nich u kolejnego niewielkiego odsetka rozpocznie się nowotworzenie. Inne mity mówią, że HPV infekuje cały organizm, podczas gdy wirus ten występuje w ciele miejscowo, czy że mając szczepienie przeciw HPV, nie trzeba dbać o profilaktykę przeciwnowotworową lub dotyczącą chorób przenoszonych drogą płciową – to nieprawda!

Jest pani obecna w mediach społecznościowych i realizuje pani działalność edukacyjną dotyczącą zdrowia, prowadzi pani spotkania dla kobiet, warsztaty. Co najsilniej przemawia do kobiet i skłania je do brania udziału w badaniach przesiewowych?

Na pewno nie statystyki i straszenie. Informacja, że na raka szyjki macicy umiera rocznie ponad półtora tysiąca Polek, kompletnie nie skłania do zapisania się na badania. Hasła typu „nim będzie za późno” uważam za wyjątkowo nietrafione – budzą lęk u zdrowych, odbierają nadzieję chorym. Nie podoba mi się też wszechobecne zakładanie, że wyniki będą dobre, typu „czas potwierdzić swoje zdrowie” – jak zadziała to na osoby, które będą musiały się leczyć? Pozytywną motywacją z moich rąk są edukacja, czyli rzetelna wiedza, wsparcie, czyli realna pomoc w postaci rozmowy czy wskazania placówki, oraz inspiracja, czyli otulenie dobrą energią, która dodaje sił. To chyba działa – codziennie przynajmniej jedna osoba pisze mi, że dzięki temu, co robię, zapisała się na badania profilaktyczne!

Wcześniej wykryty rak szyjki macicy (rsm) oraz zmiany przedrakowe są wyleczalne

Istnieją szczepionki chroniące przed rsm

Profilaktyka pierwotna	Profilaktyka wtórna
• szczepienie przeciwko HPV • ograniczanie lub wykluczanie czynników ryzyka	• badania przesiewowe oparte na cytologii ginekologicznej • badania przesiewowe oparte na testach molekularnych HPV

Badania przesiewowe w kierunku rsm oparte na cytologii ginekologicznej
W Polsce rekomenduje się, aby badanie cytologiczne było wykonywane raz na trzy lata.

Tradycyjna cytologia ginekologiczna osiągnęła już maksymalny poziom skuteczności jako metoda. Jej czułość w najlepszych programach skriningowych osiąga około 70%.

Badania przesiewowe w kierunku rsm oparte na diagnostyce infekcji wirusem HPV
Testy DNA HPV stosowane w diagnostyce molekularnej – ich czułość dla stanów przedrakowych i raka przekracza 90%.

Wirus HPV

- powszechnie występujący wirus
- przenoszony drogą kontaktów seksualnych
- większość infekcji ulega samowyleczeniu
- przewlekła (ponad 2-letnia) infekcja HPV jest istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia rsm

Diagnostyka oparta na testach HPV

wysoka czułość 90%

interwał 5-letni

mniejszy odsetek wyników fałszywie ujemnych

obiektywne kryteria oceny

umożliwia genotypowanie wirusa, co pomaga lepiej oceniać ryzyko rsm

Standardowe testy HPV wykrywają 14 wysokoonkogennych typów wirusa, w tym uważane za najbardziej onkogenne – typy 16 i 18.

Warto wiedzieć, że są również testy molekularne z tzw. rozszerzonym genotypowaniem, które umożliwiają wykrycie genotypów większej liczby wirusów.

 EKSPERT

Wirus HPV to główna przyczyna raka szyjki macicy.

Jakie badania pomagają go wykryć?



Prof. dr hab. n. med. Robert Jach
Kierownik Kliniki Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, przewodniczący Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii PTGiP, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

Do infekcji wirusem HPV dochodzi przede wszystkim przez kontakty seksualne. Prawie wszystkie przypadki raka szyjki macicy wywołane są onkogennym typem wirusa HPV.

Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PT-GiP) oraz Polskie Towarzystwo Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy (PTKiPSM) rekomendują, aby testy na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV)^{1,2} były podstawą pierwotnego skriningu raka szyjki macicy (RSM). Dlaczego? Jakie są zalety badania cytologicznego, a jakie testu HPV?

Aby skutecznie zmniejszyć zachorowalność, a przede wszystkim umieralność na raka szyjki macicy wywołanego przez wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), konieczne jest wykonywanie regularnych badań przesiewowych. To dzięki nim można wykryć zarówno stany przedrakowe, jak i nowotwór.

Do tej pory skrining obejmował konwencjonalne badanie cytologiczne. Należy jednak podkreślić, że molekularna diagnostyka HPV jest lepszym wyborem. Testy DNA i RNA HPV są w pełni obiektywne – ich czułość dla stanów przedrakowych i raka przekracza 90 proc. Diagnostyka molekularna pozwala zatem na znaczącą redukcję wyników fałszywie ujemnych, które są istotnym problemem badań cytologicznych.

W Polsce rekomenduje się, aby badanie cytologiczne było wykonywane raz na trzy lata. Wynik fałszywie ujemny, uzyskany przy użyciu starszej metody, w znaczącym stopniu zwiększa ryzyko przeoczenia zmiany na wczesnym etapie i wykrycia jej dopiero w bardziej zaawansowanym stadium podczas kolejnego badania.

Dlatego też rekomendujemy znacznie czulszy test molekularny HPV.

Czym powinien charakteryzować się test HPV?

Standardowe testy HPV wykrywają 14 wysoko-onkogennych typów wirusa, w tym uważane za najbardziej onkogenne – typy 16 i 18. Warto wiedzieć, że są również testy molekularne z tzw. rozszerzonym genotypowaniem, które umożliwiają wykrycie genotypów większej liczby wirusów.

Czy wprowadzenie skriningu opartego na teście HPV może obniżyć całkowite koszty diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy?

Oczywiście, ponieważ profilaktyka jest zawsze lepsza niż leczenie. Ponadto należy podkreślić, że nawet jeśli konieczna jest terapia, to leczenie zmian przedrakowych albo raka na wczesnym etapie (bez objawów klinicznych) generuje mniejsze koszty.

Ważne jest, żeby wszyscy (lekarze i pacjentki) zdawali sobie sprawę, że tradycyjna cytologia ginekologiczna osiągnęła już maksymalny poziom skuteczności jako metoda. Jej czułość w najlepszych programach skriningowych osiąga około 70 proc.

W 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia zatwierdziła program, który powinien być zrealizowany do 2030 roku, by wyeliminować raka szyjki globalnie do końca stulecia³. To bardzo ambitny plan, który zakłada między innymi, że każda kobieta na świecie

powinna przynajmniej dwa razy w życiu zostać poddana wysokoczułemu testowi przesiewowemu w kierunku RSM. Czy mamy szansę na wyeliminowanie tej choroby? Jeżeli tak, to jakich narzędzi potrzebujemy? Konieczne jest wdrożenie profilaktyki pierwotnej i nowoczesnej wtórnej raka szyjki macicy. Pierwsza polega przede wszystkim na szczepieniu przeciwko HPV, na pierwszym miejscu osób młodych przed inicjacją seksualną (ale nie tylko!), ale także na ograniczaniu lub wykluczaniu czynników ryzyka, czyli kontaktu z HPV. Istotne w tym jest m.in. stosowanie prezerwatyw (one nie chronią w 100 proc. przed zakażeniem, jednak zmniejszają ryzyko infekcji). Z kolei wtórna profilaktyka RSM to badania przesiewowe oparte na testach molekularnych HPV. Przy wykorzystaniu obu metod mamy realną szansę na populacyjne wyeliminowanie choroby.

Tylko jedna na pięć kobiet w Polsce zgłasza się na badania przesiewowe w kierunku RSM⁴. Co musimy zrobić, aby zmienić te niekorzystne statystyki?

Warto pamiętać, że nie znamy faktycznej liczby kobiet, które wykonują badania przesiewowe, ponieważ wiele z nich wykonuje je poza refundowanymi programami zdrowotnymi. Niestety wiemy, że wiele kobiet nie wykonuje badań profilaktycznych. Dlatego bardzo istotną kwestią jest odpowiednia edukacja. Pacjentki muszą mieć dostęp do informacji umożliwiających im dostrzeżenie tego, jak ważne są te badania i jak wielkie mogą mieć znaczenie dla ich zdrowia i życia.

¹ Schemat postępowania w skriningu podstawowym raka szyjki macicy Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) – czerwiec 2022

² Stanowisko Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy (PTKiPSM) – podsumowanie sierpień 2022

³ Cervical Cancer Elimination Initiative (who.int)

⁴ Dane IARC (Int. Agency for Research on Cancer) 2016

 WAŻNE

Rodzaj badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy (RSM) ma znaczenie

Regularne wykonywanie badań przesiewowych jest podstawą profilaktyki raka szyjki macicy. Polskie pacjentki mają tego coraz większą świadomość – nie wszystkie jednak wiedzą, że wybór rodzaju badania ma w tym kontekście kluczowe znaczenie.

Badania przesiewowe raka szyjki macicy to skomplikowany logistycznie proces. Jakie aspekty są istotne z punktu widzenia laboratorium przy tego typu badaniach?

Klasyczne badanie cytologiczne polega na pobraniu materiału z szyjki macicy przez ginekologa lub położną, następnie nałożeniu go na szkiełko i przesłaniu go do laboratorium do oceny pod mikroskopem. Wyzwaniem w tej metodzie jest fakt, że – aby badanie było wiarygodne – materiał należy odpowiednio pobrać i dobrze zabezpieczyć. Preparat pobrany tradycyjną metodą może stworzyć problemy przy ocenie i interpretacji. W wielu krajach stosowane jest zamiennie nowsze rozwiązanie, tzw. LBC (ang.: Liquid-Based Cytology), czyli cytologia na podłożu płynnym. Materiał pobierany jest za pomocą specjalnej szczoteczki i przenoszony do pojemnika z płynnym podłożem – dzięki temu jest stabilniejszy i pozwala na bardziej obiektywną ocenę. Co więcej, z tej samej próbki można wykonać dodatkowe badanie, czyli wykrycie i genotypowanie HPV (wirusa brodawczaka ludzkiego), co przy cytologii klasycznej nie jest możliwe. Wykrywanie obecności wirusa HPV jest podstawą dla pełnej oceny stanu zdrowia pacjentki – nawet jeśli wynik cytologiczny jest prawidłowy, to należy również sprawdzić obecność wirusa HPV, który jest odpowiedzialny za rozwój raka szyjki macicy.



Dr n. med. Tomasz Anyszek
Pełnomocnik Zarządu ds. medycyny laboratoryjnej, Diagnostyka SA, Specjalista diagnostyki laboratoryjnej i zdrowia publicznego



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Zgodnie z międzynarodowymi rekomendacjami testy stosowane do skriningu HPV powinny spełniać zdefiniowane kryteria. Czym Diagnostyka kierowała się przy wyborze rozwiązań wykorzystywanych do badań HPV?

Diagnostyka korzysta z rozwiązań, które są dostosowane do międzynarodowych rekomendacji. Są to testy wykrywające 14 najbardziej niebezpiecznych, tak zwanych onkogennych typów HPV. Wykrywanie HPV pozwala na ocenę ryzyka wystąpienia nowotworu. Pacjentki z potwierdzoną obecnością HPV znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka rozwoju raka szyjki macicy, co jest wskazaniem do częstszego wykonywania badań lub do przeprowadzenia odpowiedniej procedury medycznej. Metody badawcze służące do wykrywania i identyfikacji HPV wybierane są na podstawie naszej wiedzy i doświadczenia.

Bezpieczeństwo pacjenta oraz wiarygodność uzyskanego wyniku to podstawy dobrej praktyki laboratoryjnej. W jaki sposób ośrodek może zapewnić najwyższą jakość testowania?

W laboratorium, które oferuje najwyższą jakość badań, prowadzony jest ścisły nadzór nad sprzętem diagnostycznym, badania wykonuje odpowiednio dobrany, kompetentny personel,

a także prowadzone są programy kontroli jakości. W laboratoriach Diagnostyki specjalizujemy się w wykonywaniu badań molekularnych, realizowanych m.in. podczas pandemii COVID-19. Teraz, po pandemii, jednym z najczęściej wykonywanych badań jest wykrywanie HPV, aczkolwiek doskonale wiemy, że nadal nie wszyscy pacjenci mają świadomość potrzeby okresowego wykonywania tego badania.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia zaledwie 20 proc. polskich kobiet uczestniczy w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. W jaki sposób możemy docierać do kobiet z informacją o potrzebie regularnych badań?

Ogromną rolę w tej kwestii odgrywa edukacja pacjentek, w tym prowadzenie licznych bezpłatnych szkoleń i webinarów, w których każdy może uczestniczyć. Prowadzimy takie szkolenia i tłumaczymy, jak wyglądają takie badania, oraz rozwiewamy obawy i wątpliwości pacjentek. Edukujemy, że nawet jeśli cytologia wykryje nieprawidłowości, to dostępne metody terapeutyczne są w stanie skutecznie je usunąć. Najważniejsze jest rozpoznanie choroby na jej wczesnym etapie, bo to jest gwarancja skutecznego wyleczenia i powrotu do zdrowia.

Lipidowe odżywianie organizmu w chorobie nowotworowej – na czym polega?

Organizm osłabiony walką z nowotworem i skutkami inwazyjnego leczenia wymaga dodatkowego wsparcia w postaci odpowiednio skomponowanego żywienia. Niestety pacjenci onkologiczni nie zawsze są w stanie dostarczyć swojemu organizmowi niezbędnych makroskładników z pożywieniem.

Mdłości, brak apetytu, zaburzenia wchłaniania makro- i mikroskładników z układu pokarmowego – to tylko niektóre przyczyny niedożywienia pacjentów chorych na nowotwór. Dlatego też z pomocą przychodzi im żywność specjalnego przeznaczenia medycznego, w tym preparaty zawierające lipidy o udowodnionym działaniu przeciwnowotworowym.

Rola odżywczych lipidów w chorobie onkologicznej
Obecna wiedza medyczna oraz wiele badań przeprowadzonych u pacjentów, w tym pionierskich analiz zainicjowanych przez zespół immunologów pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. H. Tchórzewskiego z Zakładu Immunologii Klinicznej ICZMP w Łodzi, dowodzą, że interwencja żywieniowa kompozycją naturalnych lipidów może znacznie polepszyć jakość życia oraz wyniki pacjentów onkologicznych. Co więcej, niektóre lipidy w postaci tłuszczów złożonych mogą nawet uruchomić w organizmie genetyczne i fizjologiczne procesy przeciwnowotworowe. Mowa przede wszystkim o alkiloglicerolach i skwalenie, które

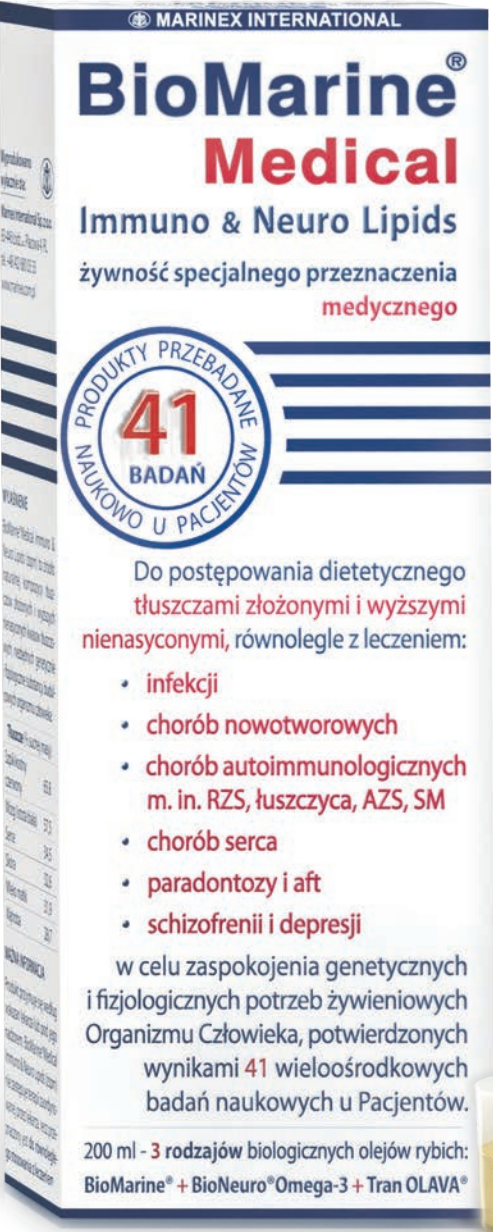
w dużym skrócie mają wpływ na mobilizację układu immunologicznego w walce z komórkami nowotworowymi oraz pomagają zaprzestać ich namnażania. Podobnie jest w przypadku zastosowania wielonienasyconych kwasów tłuszczowych – (WWKT) EPA+DHA omega-3. Odgrywają one kluczową rolę w wygaszaniu stanu zapalnego w organizmie oraz apoptozie (niszczeniu) komórek nowotworowych.

Żywienie lipidowe w praktyce
W jaki sposób zatem można zastosować żywienie lipidowe u pacjenta onkologicznego? Cały proces wydaje się skomplikowany, jednak wymaga jedynie zastosowania konkretnych preparatów specjalnego przeznaczenia medycznego, dostępnych na rynku już w gotowej, przebadanej formie. Są to produkty ze szczegółowo skomponowanymi minimum trzema rodzajami biologicznych olejów rybich. Preparaty te występują zarówno w kapsułkach, jak i w płynie. Zaleca się ich codzienne, regularne przyjmowanie zgodnie z zalecanymi dawkami. W niektórych ośrodkach onkologicznych w Polsce, szczególnie tych, w których prowadzi się badania na temat roli lipidów w terapii przeciwnowotworowej, pacjenci otrzymują

żywienie medyczne, które jest również pozytywnie zaopiniowane przez dietetyków klinicznych.

Jakie jeszcze korzyści przynosi lipidowe odżywianie?
Poza wcześniej wymienionymi zaletami żywienia lipidowego pacjenci oraz specjaliści, w tym dietetycy kliniczni, zauważyli, że przyjmowanie preparatów lipidowych daje poprawę kondycji organizmu pozwalającą na zastosowanie właściwego cyklu chemioterapii. Z subiektywnych opinii wynika, że pacjenci stosujący odżywianie lipidowe wykazywali ustąpienie objawów depresji oraz poprawienie kolorytu skóry, wzmocnienie włosów i paznokci, co pośrednio przekłada się na ich samopoczucie psychiczne.
Podsumowując: jak pokazują wyniki badań, przyjmowanie preparatów lipidowych w postaci żywności medycznej i odpowiednia dieta dostosowana do kondycji chorego i rozwoju choroby są równie ważne jak terapia nowotworowa, dlatego powinny być stosowane równolegle. Uruchomienie procesów przeciwnowotworowych i regeneracyjnych przez organizm poważnie zwiększa szansę na pokonanie choroby nowotworowej, która co roku przedwcześnie zabiera życie ponad 100 tys. Polaków.

 Więcej informacji na stronie: byczdrowym.info



BioMarine[®] Medical
Immuno & Neuro Lipids
żywność specjalnego przeznaczenia medycznego

41
BADAŃ
PRODUKTU PRZEBADANE NAUKOWO U PACJENTÓW

Do postępowania dietetycznego tłuszczami złożonymi i wyższymi nienasyconymi, równoległe z leczeniem:

- infekcji
- chorób nowotworowych
- chorób autoimmunologicznych m. in. RZS, łuszczyca, AZS, SM
- chorób serca
- paradontozy i aft
- schizofrenii i depresji

w celu zaspokojenia genetycznych i fizjologicznych potrzeb żywieniowych Organizmu Człowieka, potwierdzonych wynikami 41 wieloośrodkowych badań naukowych u Pacjentów.

200 ml - 3 rodzajów biologicznych olejów rybich:
BioMarine[®] + BioNeuro[®]Omega-3 + Tran OLAVA[®]



 **MARINEX** 23 lata badań naukowych u Pacjentów



MÓZG
57,5% tłuszczów



SZPIK KOSTNY
65,8% tłuszczów



WĄTROBA
28,7% tłuszczów

Jedyny produkt odżywczy, który otrzymał oficjalną Rekomendację Żywieniową Dietetyków Klinicznych w chorobach nowotworowych, ponieważ organizmy pacjentów otrzymujące kompozycję wyższych tłuszczów budulcowych BioMarine[®]Medical (żspm) uruchomiły nadrzędne genetycznie i fizjologicznie procesy tłuszczozależne i wytworzyły fundamentalne efekty:

- **poprawa apetytu**, czyli możliwość odżywiania organizmu, czego skutkiem był brak znaczącej utraty wagi;
- **poprawa kondycji organizmu**, pozwalającą na zastosowanie właściwego cyklu chemioterapii;
- **utrzymanie dobrych wyników morfologii**, pozwalały na podanie Pacjentom kolejnych cykli chemioterapii;
- **ustąpienie objawów depresji**, która szczególnie osłabia systemy obronno-regeneracyjne;
- **poprawa kolorytu skóry, wzmocnienie włosów i paznokci**, świadczące o znacznie lepszym działaniu całego organizmu;

Interwencja żywieniowa prowadzona była w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi. Pacjenci z zaawansowanym rakiem płuca (stadium III a i III b, oraz IV) przyjmowali BioMarine[®]Medical (żspm) przez pierwszych 6 miesięcy 50 ml dziennie, przez kolejne 6 miesięcy 20 ml.

Dział Nauki, Badań i Rozwoju firmy MARINEX International

tel. 602 785 558, 789 108 088 - pon. - pt. w godz. 7.00 - 14.00, e-mail: dzial.naukowy@marinex.com.pl

Rola żywienia medycznego w chorobie nowotworowej – rekomendacje¹

Na podstawie naszej wieloletniej pracy z ludźmi chorymi możemy jednoznacznie stwierdzić, że odpowiednie żywienie daje znacznie wyższą skuteczność stosowanych terapii leczniczych, a stan

odżywienia pacjenta wpływa na jego samopoczucie i efekty leczenia. Dieta stanowi integralną część procesu terapeutycznego. Dla pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem płuc

rekomendujemy stosowanie żywności specjalnego przeznaczenia medycznego, w ramach leczenia żywieniowego równoległe z leczeniem medycznym.



W trakcie interwencji żywieniowej² zaobserwowaliśmy:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • poprawę kondycji organizmu, pozwalającą na zastosowanie właściwego cyklu chemioterapii, • utrzymanie się dobrych wyników morfologii, które dopuszczały pacjentów do kolejnych cykli chemioterapii, | <ul style="list-style-type: none"> • ustąpienie objawów depresji, • poprawienie się apetytu, nie było znaczącej utraty wagi, • poprawienie się kolorytu skóry, wzmocniły się włosy i paznokcie. |
|---|--|

Dodatkowym efektem, obserwowanym u części pacjentów stosujących równolegle z leczeniem medycznym interwencję żywieniową, było zmniejszenie się masy guza, co uwidoczniło się w badaniach obrazowych.



Rekomendują:

Agnieszka Krawczyk, dietetyk szpitalny w Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Łodzi

Sylvia Głabska, dietetyk szpitalny w Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Łodzi

Joanna Serdiuk, dietetyk szpitalny w Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Łodzi

² W trakcie interwencji żywieniowej
50 ml kompozycją tłuszczów
BioMarine®Medical – żywność
specjalnego przeznaczenia medycznego

Najnowszy raport inicjatywy All.Can Polska



Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

Publikacja „Diagnoza zmian w opiece onkologicznej w roku 2022” wskazuje zmiany, jakie zaszły w opiece onkologicznej w Polsce, mające wpływ nie tylko na poprawę jej efektywności i jakości, ale też dalsze wyzwania i potrzeby.

Diaгноza zmian w opiece onkologicznej w roku 2022” jest pierwszą i jedyną na razie publikacją, która w kompleksowy sposób stanowi aktualną na koniec roku 2022 diagnozę polskiej onkologii. Wskazuje zarówno na dotychczasowe osiągnięcia w tej dziedzinie, których dwa minione lata, a szczególnie ostatni rok, przyniosły nam całkiem sporo, jak i na wciąż istniejące potrzeby oraz wyzwania. Jest to szczegółowa lista, a zarazem przepis dla decydentów, jakie zmiany powinni wprowadzić, aby poprawić efektywność i jakość leczenia nowotworów w Polsce – komentuje Szymon Chrostowski, Przewodniczącą Prezydium All.Can Polska.

Eksperci All.Can dokonali oceny postępu we wdrażaniu zalecanych przez nich działań, jaki miał miejsce w czasie pandemii. Jak podkreślają, ogromną rolę odgrywają rozwiązania systemowe, tj.: wprowadzenie Narodowej Strategii Onkologicznej 2020-2030, wdrażanie koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej, a także zapewnienie środków finansowych w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększenia Odporności na wdrożenie nowej struktury i nowego modelu zarządzania opieką onkologiczną w Polsce.

Jest to trzecia edycja materiału analizującego obszary mające wpływ na efektywność opieki onkologicznej. Nad jego powstaniem pracowało grono wybitnych ekspertów Grupy Sterującej All.Can Polska, do której należą zarówno specjaliści onkolodzy, farmaceuci, przedstawiciele organizacji pacjentów, eksperci systemu opieki zdrowotnej, jak i reprezentanci innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego.

Ukazujący się cyklicznie dokument to kompleksowy materiał, zawierający zbiór informacji o działaniach systemowych realizowanych w Polsce w obszarze onkologii wraz z ekspertyzą specjalistów. Są one wynikiem wdrażania długookresowych strategii, mających na celu poprawienie opieki oraz funkcjonalności operacyjnej. Formuła powstania „Diagnozy” rozpoczęła się od przygotowania raportu jako pierwszej analizy danych, na podstawie których zostały wypracowane rekomendacje ekspertów. Pierwszy raport inicjatywy

pt.: „All.Can: poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski” ukazał się w 2017 roku.

Rekomendacje przedstawione w „Diagnozie zmian w opiece onkologicznej w roku 2022” dotyczą pięciu obszarów:

- efektywniejszej alokacji dostępnych zasobów na opiekę onkologiczną,
- zwiększenia roli profilaktyki pierwotnej oraz badań przesiewowych,
- zapewnienia szybszego i szerszego dostępu do innowacyjnych technologii medycznych,
- uwzględnienia perspektywy pacjentów we wszystkich decyzjach związanych z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej,
- poprawy dostępu pacjentów do badań klinicznych.

Zachęcamy do zapoznania się ze wszystkimi wnioskami ekspertów, które są dostępne w pełnej treści raportu na stronie internetowej: all-can.pl.

Celem działania inicjatywy All.Can w Polsce jest poprawa efektywności opieki onkologicznej poprzez analizę niezaspokojonych potrzeb i proponowanie wypracowanych w gronie jej członków rozwiązań, m.in. z zakresu wykorzystania metodologii zarządzania procesowego, optymalizacji opieki farmaceutycznej w szpitalach. All.Can, będąc platformą dialogu, ma ambicję stymulowania do zmian, dostarczając ekspertyzę i doświadczenie reprezentowane przez grono zaangażowanych ekspertów.





DEXERYL
emolient krem
wyrób medyczny
poj. 50 g, 200 g, 500 g

**ZMNIEJSZA I ŁAGODZI
SUCHOŚĆ SKÓRY
ORAZ RUMIEŃ
WYWOŁANY RADIOTERAPIĄ**

Producent:
Pierre Fabre Medical Devices
Dystrybutor:
Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o.
ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa
serwis.konsumencki@pierre-fabre.com

**Pierre Fabre
DERMATOLOGIE**

WIEDZA O SKÓRZE
JEST W NASZYM DNA



PFDC/41/2023

To jest wyrób medyczny.
Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

XeraCalm A.D. BALSAM
UZUPEŁNIAJĄCY LIPIDY

SKUTECZNOŚĆ -57%
NOWE DANE
DLQI*

**ODPOWIEDNI DO
PIELĘGNACJI SKÓRY
SUCHEJ I SWĘDZĄCEJ
U PACJENTÓW
W TRAKCIE LECZENIA
ONKOLOGICZNEGO**

- | CHEMIOTERAPIA
- | TERAPIA CELOWANIA
- | RADIOTERAPIA
- | HORMONOTERAPIA
- | TERAPIA SKOJARZONA



EAU THERMALE
Avène
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

XeraCalm A.D.
Balsam uzupełniający lipidy
Lipid-replenishing cream
łagodzi podrażnienia,
koi uczucie swędzu*
Anti-irritating, soothes itching sensations*
Niemowlęta – dzieci – dorośli
Infants, children, adults

Avène
Do skóry bardzo suchej,
skłonnej do atopii i swędzu
For dry skin prone
to atopic dermatitis or itching

PARIS

* Średni dermatologiczny wskaźnik jakości życia po 4 ±2 tygodniach. Badanie obserwacyjne po wprowadzeniu do obrotu, 319 pacjentów, 3 kraje.
Venderly V et al. An Emollient PLUS Balm is useful for the management of xerosis in patients treated for cancer: A real-world, prospective, observational, multicenter study. Dermatol Ther (Heidelb). 2022;12(3):683-699.

PRC/35/2023

Jak dbać o skórę w trakcie terapii onkologicznej?

Suchość, świąd i trądzik to tylko niektóre zmiany skórne, które mogą się pojawić w trakcie leczenia nowotworu. Właściwa pielęgnacja skóry może wspomóc terapię onkologiczną.



Prof. dr hab. n. med. Adam Reich
Zakład i Klinika Dermatologii,
Uniwersytet Rzeszowski

W jaki sposób leczenie onkologiczne wpływa na stan skóry?

Chemioterapia, radioterapia czy terapie skojarzone mogą wywoływać działania niepożądane, które uwidaczniają się na skórze pacjenta. I tak np. u chorych, u których stosowana jest chemioterapia, często obserwujemy zmiany skórne, takie jak: suchość, złuszczenie, zaczerwienienie i świąd. Co ważne, niektóre zmiany skórne, chociaż łopotliwe, mogą świadczyć o pozytywnej odpowiedzi na leczenie – często są nimi np. zmiany trądzikowe, które zwykle pojawiają się na twarzy, plecach lub głowie. Niektóre leki przeciwnowotworowe mogą również wywoływać przebarwienia, a z kolei u chorych, u których stosowana jest immunoterapia nowotworów, mogą pojawiać się różnego rodzaju autoimmunologiczne zmiany skórne, np. w postaci łuszczycy. Pogorszenie wyglądu skóry może mieć miejsce także u pacjentów leczonych radioterapią – zmiany skórne mogą pojawić się u nich zarówno na obszarze naświetlanym, jak i w jego pobliżu. Często u tych chorych obserwujemy problemy skórne, takie jak rumień, tkliwość, suchość skóry, utrata owłosienia, a na zaawansowanym etapie nawet owrzodzenia.

skórnych czy urazów. To wszystko może z kolei negatywnie wpływać zarówno na leczenie onkologiczne, jak i ogólne samopoczucie chorego.

W jaki sposób należy dbać o skórę w trakcie chemio- i radioterapii? Czy jest możliwe skrócenie czasu regeneracji skóry u pacjentów onkologicznych?

Istotne jest, aby dbać o codzienną higienę, czyli raz dziennie umyć skórę delikatnym środkiem myjącym o pH <5,5, bez stosowania środków pocierających typu gąbka czy szczotka. Po krótkiej kąpieli lub prysznicu należy ją delikatnie osuszyć miękkim ręcznikiem (bez pocierania), a następnie nawilżyć, najlepiej emolientem, który skutecznie zadba o kondycję skóry. Stosowanie delikatnych dermokosmetyków do mycia i pielęgnacji na każdym etapie leczenia onkologicznego ma za zadanie nie tylko ją odżywić, uelastyczyć i wzmocnić jedność, ale także skrócić czas regeneracji oraz pozostawić na skórze warstwę ochronną, która będzie ją skutecznie zabezpieczać.

Jakie są kluczowe składniki zawarte w uzupełniających seriach produktów do skóry, które wspierają leczenie działań niepożądanych związanych z chorobą nowotworową?

Warto stosować preparaty, które np. przyspieszają gojenie, czyli zawierają w składzie alantoinę lub bisabolol. W składach dermokosmetyków warto szukać również substancji aktywnych, takich jak D-pantenol, olejki, np. ze słodkich migdałów, masło shea, ekstrakt z aloesu, witaminę E, mocznik czy kwas hialuronowy. Przede wszystkim jednak należy zwrócić uwagę na konsystencję wybranych preparatów – musi być lekka, gdyż tłusta i ciężka będzie trudna do rozprowadzenia na skórze, przez co wzmocni efekt pocierania i ryzyko uszkodzenia. Aby mieć pewność, czy wybrane dermokosmetyki będą skuteczne, warto poprosić lekarza lub farmaceutę o pomoc w wyborze.

Stan skóry i jej wygląd wpływają na samopoczucie pacjenta onkologicznego. Czy zgodzi się pan profesor z tym stwierdzeniem?

Trzeba pamiętać, że to, jak wyglądamy, często przekłada się też na to, jak się czujemy. Nawet w tak trudnym okresie, jakim jest leczenie choroby nowotworowej, pacjent chce mimo wszystko nadal czuć się piękny. Terapie onkologiczne mogą powodować smutek, frustrację i przygnębienie, dlatego też wygląd zewnętrzny może wspierać pacjenta w sprostaniu trudom codzienności. Jeśli jego skóra będzie zdrowa i zadbane, może to pozytywnie wpływać na samopoczucie chorego. Warto zatem o tym pamiętać i dbać o nią od początku leczenia onkologicznego.

Dlaczego odpowiednia pielęgnacja skóry jest ważna na każdym etapie terapii onkologicznej? Jakie są konsekwencje jej braku?

Bardzo ważne jest, by dbać o skórę od samego początku leczenia onkologicznego. Jeszcze do niedawna nie zwracało się na to tak dużej uwagi, gdyż panowało przeświadczenie, że głównie skupiamy się na poważnej jednostce chorobowej, jaką jest nowotwór. Jednak pamiętajmy, że podczas choroby leczenie dotyka całego człowieka, a skóra to nasz największy organ, który stanowi barierę uniemożliwiającą wnikanie do organizmu patogenów. Brak właściwej higieny i pielęgnacji osłabia jej funkcje ochronne, przez co skóra może nie tylko wyglądać gorzej i powodować dyskomfort wynikający z powstawania różnorakich zmian skórnych, ale także stan ten może zwiększać ryzyko wystąpienia infekcji

CZY WIESZ, ŻE...

Woda termalna Avène jest znana ze swojego **kojącego** i **przeciwpodrażnieniowego** działania na skórę, co częściowo wynika z obecności w niej unikalnej mikroflory – *Aquaphilus dolomiae*. Woda ta jest przedmiotem wielozadaniowego programu badawczego, prowadzonego od lat w Laboratoriach Dermatologicznych. Stanowi **źródło postbiotycznych składników aktywnych**, których działanie przeciwświądowe i regenerujące zostało klinicznie udowodnione.

I-modulia® aktywny składnik postbiotyczny redukujący uczucie swędzenia

I-modulia® to chroniony patentem kompleks składający się z lipopolisacharydów, aminokwasów oraz węglowodanów. Działa na mediatory komórkowe odpowiedzialne za stymulację procesu powstawania świądu¹, pobudzając dodatkowo mechanizmy obronne skóry² i przywracając prawidłowe zróżnicowanie jej mikrobiomu³. Jej skuteczność została potwierdzona w badaniach *in vitro* na skórze atopowej – niweluje świąd wywołany suchością skóry, a jego ustąpienie obserwujemy średnio już po 5 dniach⁴.

[C⁺-Restore]™ regeneracja inspirowana działaniem mikrobiomu

Unikalna mikroflora bakteryjna *Aquaphilus dolomiae* jest szczególnie bogata w proteiny zdolne do stymulacji regeneracji skóry. Dzięki złożonemu procesowi biotechnologicznemu uzyskano z niej nowy składnik aktywny, który klasyfikujemy jako postbiotyk, bo pochodzi z żywej bakterii. Korzystnie wpływa na odnowę skóry – pomaga zregenerować podrażnioną wrażliwą skórę już po 48 godzinach⁵.

¹ Deleuran M. et al.: An Emollient Containing Aquaphilus dolomiae Extract is Effective in the Management of Xerosis and Pruritus: An International, Real-World Study. Dermatology and Therapy 2020; 10: 1013-1029. Potrzeba drapania spowodowana świądem wywołanym przez suchość skóry. Średni czas ustąpienia świądu. Badanie przeprowadzone w grupie 5910 osób.
² Martin H, et al.: Aquaphilus dolomiae extract counteracts the effects of cutaneous S.aureus secretome isolated from atopic children on CD4+ T cell activation. Pharmaceutical Biology 2016; 54(11): 2782-85.
³ Bianchi P. et al.: Effects of a new emollient-based treatment on skin microflora balance and barrier function in children with mild atopic dermatitis. Pediatr Dermatol 2016; 33: 165-171. Badanie międzynarodowe przeprowadzone w grupie 54 dzieci w wieku od 1 do 4 lat (5 < SCORAD < 20). 2 aplikacje dziennie.
⁴ Deleuran M. et al.: An Emollient Containing Aquaphilus dolomiae Extract is Effective in the Management of Xerosis and Pruritus: An International, Real-World Study. Dermatology and Therapy 2020; 10: 1013-1029. Potrzeba drapania spowodowana świądem wywołanym suchością skóry. Średni czas ustąpienia świądu. Badanie przeprowadzone w grupie 5910 osób.
⁵ Ocena kliniczna pod kontrolą dermatologiczną, pediatriczną i ginekologiczną na 248 osobach, stosowanie 2 razy dziennie przez 21 dni.

Czerniak - czy znajdujesz się w grupie ryzyka?

Na prawdopodobieństwo zachorowania na czerniaka wpływa kilka czynników, w tym posiadanie konkretnego rodzaju fototypu skóry, który najbardziej narażony jest na oddziaływanie promieni słonecznych. W jaki sposób możemy ochronić się przed czerniakiem i innymi chorobami skóry przez cały rok?



Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt
Kierownik Kliniki Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant krajowy w zakresie dermatologii i wenerologii

Czy wszystkie typy skóry są narażone na rozwój czerniaka?

Według klasyfikacji Thomasa B. Fitzpatricka wyróżniamy sześć podstawowych fototypów skóry (przyp. red.). Na rozwój czerniaka najbardziej narażone są niskie fototypy: pierwszy, drugi oraz trzeci. Dominują one w rasie kaukaskiej, do której należą m.in. Polacy, co oznacza, że jesteśmy wysoce narażeni na tę chorobę. Niskie fototypy charakteryzują się jasnym odcieniem skóry, niebieskimi oczami oraz łatwością w uleganiu oparzeniom słonecznym. Do grupy ryzyka należą także osoby z rudymi włosami, zielonymi oczami oraz piegami.

W jaki sposób możemy ograniczać ekspozycję na słońce i chronić skórę przed promieniowaniem każdego dnia?

Ochrona polega na stosowaniu prostych zasad fotoprotekcji, czyli m.in. aplikacji kremów z filtrem przeciwsłonecznym przez cały rok, nie tylko w sezonie letnim. Powinny być to kremy ze wskaźnikiem SPF minimum 30, a latem 50 i 50+. Staramy się chronić skórę nie tylko poprzez nakładanie kremu z filtrem, ale również unikając ekspozycji na światło słoneczne w czasie okołopołudniowym, czyli w godzinach między 11 a 15. Kolejnym sposobem jest noszenie odzieży ochronnej – bluzek z długim rękawem, kapeluszy z szerokim rondem, okularów przeciwsłonecznych. Wracając do samego czerniaka, kluczowe w jego rozwoju są krótkie, intensywne ekspozycje na słońce w trakcie np. tygodniowego urlopu, doprowadzające do oparzeń. To bardzo niebezpieczne, szczególnie dla dzieci, ponieważ oparzenia w dzieciństwie, uszkadzające DNA skóry, znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia czerniaka w wieku dorosłym. Dlatego tak ważne jest wprowadzanie nawyków fotoprotekcji już u najmłodszych.

Jakie znaczenie ma fotoprotekcja i dlaczego warto o niej pamiętać nie tylko w wakacje?

O fotoprotekcji należy pamiętać przez cały rok, nie tylko w wakacje. Powinniśmy chronić skórę m.in. już podczas kwietniowej lub majówkowej jazdy na rowerze, na jesiennym spacerze i podczas jazdy na nartach zimą. Takie działanie zabezpiecza nas przed rozwojem wielu chorób skóry. Promienie UV mają także działanie immunosupresyjne – mogą osłabiać odporność skóry, przez co np. sprzyjać powstawaniu opryszczek i rozwoju innych infekcji wirusowych. Brak fotoprotekcji to także szybsze starzenie się skóry. Najważniejsze jednak jest to, że promienie UV w paśmie światła słonecznego odgrywają bardzo ważną rolę w rozwoju raków skóry – kolczysto-komórkowych, podstawno-komórkowych i czerniaka.

Jak dobrać odpowiedni preparat z filtrem i określić swój fototyp? Na co zwrócić uwagę przy wyborze produktu?

Na ogół my, Polacy, mamy niski fototyp skóry – między pierwszym a trzecim. Dlatego też skuteczną ochroną szczególnie w okresie wiosenno-letnim będzie codzienne stosowanie kremów ochronnych z filtrem min. SPF 30, a zimą np. 15. Podczas dłuższej ekspozycji na słońce filtry te powinny być wyższe – latem 50 i 50+, zimą 30, a nawet 50. Gama produktów pozwala nam na dobranie idealnej ochrony dla siebie – mamy do wyboru kremy ochronne nawilżające, do skóry trądzikowej czy też do skóry wrażliwej. Możemy wybierać także spośród kremów z filtrami chemicznymi lub fizycznymi (mineralnymi). Jako specjaliści zalecamy stosowanie mieszanek obu tych kremów. Natomiast w przypadku AZS, alergii lub u bardzo małych dzieci należy stosować produkty z filtrami fizycznymi, czyli mineralnymi.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Co warto wiedzieć o czerniaku?

Edukacja jest ważną częścią profilaktyki zdrowotnej.



Szymon Bubitek
Członek zarządu w Stowarzyszeniu Pomocy Chorym na Mięsaaki i Czerniaki SARCOMA

Są państwo stowarzyszeniem wspierającym chorych na czerniaka. Dlaczego tak ważne jest, aby edukować społeczeństwo na temat profilaktyki oraz objawów?

Jak wynika z wydanego przez nas raportu pt. „Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków” – blisko połowa osób nie potrafiła wymienić żadnego badania profilaktycznego w kierunku nowotworów. Przechodząc do czerniaków i profilaktyki nowotworów skóry i raków skóry, w tym samym raporcie można zaobserwować, że jednym z najmniej wskazywanych badań przez respondentów jest badanie dermatologiczne. Według Światowej Organizacji Zdrowia o zachorowaniu na nowotwór decydują geny, środowisko i – w największym stopniu – styl życia. WHO szacuje, że można zapobiec nawet 30-50 proc. zachorowań na raka, unikając czynników ryzyka.

W wypadku czerniaka i tak naprawdę innych nowotworów skóry i raków skóry znaczącym czynnikiem ryzyka będzie nadmierna ekspozycja na słońce, a dokładniej na promieniowanie UV. Ochrona przed tym czynnikiem ryzyka polega na unikaniu słońca w godzinach między 11 a 15, używaniu kremów z filtrem SPF 50, dbanie o nakrycie głowy i koszulę z dłuższym rękawem, gdy słońce jest w zenicie.

Kolejnym bardzo ważnym punktem jest badanie skóry przy użyciu dermatoskopu przeprowadzane raz w roku przez specjalistę. Oprócz wyżej wymienionego badania warto po prostu być czujnym i oglądać skórę co kilka miesięcy. W razie niepokojących objawów, tj. asymetrii znamienia, poszarpanych brzegów, niejednolitego koloru, dużego rozmiaru i postępującej zmiany zachodzącej w znamieniu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza. Im szybsza diagnoza, tym szanse na wyleczenie wzrastają.

Choroba od strony pacjenta – jak wygląda i z czym wiąże się życie osób chorych na czerniaka oraz ich rodzin?

Choroba nowotworowa wydarza się, a co za tym idzie – nie można się na nią odpowiednio przygotować. Pamiętajmy, że zawsze możemy sięgnąć po wsparcie specjalistów: psychoonkologa, psychologa, psychoterapeuty, których zadaniem będzie m.in. stworzenie bezpiecznej przestrzeni dla panujących emocji. Pomoc specjalistów posłuży zarówno osobie chorującej, jak i jej bliskim, którzy starając się dać solidne wsparcie osobie chorującej, często sami zapominają o własnym zdrowiu.

W wypadku leczenia długoterminowego życie pacjentów i ich bliskich wymaga dużej reorganizacji, w tym także zwiększenia nakładów finansowych. Jako Stowarzyszenie staramy się zapewniać najpilniejsze potrzeby dla najbardziej potrzebujących pacjentów.



SARCOMA
Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięsaaki i Czerniaki

Wspieramy pacjentów w walce z czerniakami i rakami skóry

SPRAWDŹ

SunsiMed

WYRÓB MEDYCZNY

BARDZO WYSOKA OCHRONA

Zapobiega:

- rogowaceniu słonecznemu,
- nowotworom skóry (z wyjątkiem czerniaka),
- fotostarzeniu skóry.

Producent: Pierre Fabre Medical Devices

Dystrybutor: Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o., ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa, tel. 22-559-63-60, serwis.konsumentcki@pierre-fabre.com, www.eau-thermale-avene.pl

EAU THERMALE
Avène
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

 PROBLEM

Zachorowalność na czerniaka nadal wzrasta

Co roku w Polsce notuje się około 3800 nowych zachorowań na czerniaka. Niestety u 20 proc. chorych czerniak jest rozpoznawany już w zaawansowanym stopniu lub fazie rozsiewu do narządów odległych. Nowe rozwiązania terapeutyczne umożliwiają objęcie polskich pacjentów chorych na czerniaka profesjonalną opieką. Należy jednak pamiętać, że w leczeniu nowotworów kluczowy jest czas.



Dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa
Lekarz Naczelny ds. Onkologii Klinicznej, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Jak wygląda zachorowalność na czerniaka w Polsce, a jak na świecie? Jakie są główne przyczyny występowania czerniaka?

Zachorowalność na czerniaka na świecie stale rośnie. Również w Polsce zanotowano w ostatnich latach znaczny wzrost zachorowań, tj. około 3800 rocznie. W zdecydowanej większości czerniak jest diagnozowany w niskich stopniach zaawansowania, niemniej jednak 20 proc. chorych zgłasza się do lekarza w momencie, gdy choroba jest zaawansowana lub pojawiają się przerzuty do innych narządów. Odsetek chorych z zaawansowanym czerniakiem dodatkowo zwiększył się w okresie pandemii SARS-CoV-2, co wiązało się z utrudnionym dostępem do badań diagnostycznych.

Należy również zauważyć, że na czerniaka coraz częściej chorują osoby starsze, a mediana zachorowań w ostatnich latach wzrosła o około 11 lat (z 50 do 61 lat). Wynika to w dużej mierze z wydłużenia oczekiwanej długości życia w Polsce i na świecie w ostatnim dziesięcioleciu.

Jak dochodzi do rozpoznania czerniaka i jak wygląda ścieżka diagnostyczna pacjenta?

Czerniaki najczęściej rozwijają się jako nowe zmiany na skórze (de novo), rzadziej powstają w znamionach już istniejących. To, co jest najważniejsze, to obserwacja skóry. Proszę pamiętać, że czerniak jest tym nowotworem, którego można zobaczyć. Dlatego jeśli zauważymy nową zmianę na skórze, nie należy jej bagatelizować, ale dobrze się jej przyjrzeć i w razie stwierdzenia jednej z podejrzanych

cech według systemu ABCDE, niezwłocznie udać się do lekarza. A to asymetria – zmiana niesymetryczna, nierówna, należy pogłębić diagnostykę. B to brzegi – poszarpane, nierówne, wskazana kontrola lekarska. C to kolor – gdy zmiana ma wiele kolorów, jest różowa, czarna, brązowa, czerwona, może to świadczyć o tym, że znamień jest niebezpieczne. D to długość – każda zmiana o średnicy większej niż pół centymetra może być czerniakiem. E to ewolucja – gdy zmiana rośnie, krwawi, swędzi – jest zawsze podejrzana. Jeśli stwierdza się którąś z cech ABCDE w znamieniu, wskazana jest konsultacja z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który pokieruje nas do odpowiedniego specjalisty – najczęściej dermatologa lub chirurga.

Standardem w diagnostyce czerniaka jest badanie dermatoskopowe, które określi, czy zmiana może być obserwowana, czy powinna zostać usunięta. Usunięcie podejrzanej zmiany skórnej wykonuje się najczęściej z niewielkim marginesem i jest nazywane biopsją wycinającą. Następnie usunięta tkanka jest badana pod mikroskopem (badanie histopatologiczne) i stawiana jest ostateczna diagnoza, dzięki której można ustalić dalsze postępowanie.

Jakie wyróżniamy stadia zaawansowania czerniaka? Jakie mutacje mogą zostać zidentyfikowane w przypadku zaawansowanego czerniaka?

Wyróżniamy 4 stopnie zaawansowania czerniaka w zależności od grubości zmiany pierwotnej,

zajęcia regionalnych węzłów chłonnych czy obecności przerzutów odległych. W I i II stopniu czerniak jest zlokalizowany miejscowo i leczeniem z wyboru jest chirurgia. W stopniu III dochodzi do rozsiewu komórek czerniaka do węzłów chłonnych lub okolicznych tkanek, natomiast w stopniu IV zajęte są narządy odległe. W tych stopniach podstawą terapii jest leczenie chirurgiczne i systemowe (najczęściej immunoterapia lub terapia ukierunkowana molekularnie). Należy wspomnieć również, że komórki czerniaka cechują się specyficznymi mutacjami. Około 50 proc. rozpoznanych czerniaków posiada mutację genu *BRAF*, co jest niezwykle istotne w kontekście leczenia, ponieważ w tym przypadku możemy zastosować, oprócz immunoterapii, również terapię ukierunkowaną molekularnie (leczenie celowane).

Ile przypadków w Polsce diagnozowanych jest w zaawansowanym stopniu czerniaka?

W Polsce blisko 20 proc. chorych (nawet 600-700 rocznie) ma czerniaka w zaawansowanym stopniu i wymaga leczenia systemowego. Dzięki nowoczesnym terapiom jesteśmy w stanie znacząco poprawić wyniki leczenia w tej grupie chorych, a nawet wyleczyć część chorych mimo znacznego zaawansowania procesu nowotworowego (w tym obecności przerzutów do narządów odległych). Niemniej jednak należy pamiętać, że niższy stopień zaawansowania i szybko postawiona diagnoza dają szansę na mniej inwazyjne leczenie i lepsze rokowanie.

 EKSPERT

Leczenie czerniaka zaawansowanego w Polsce jest na bardzo dobrym poziomie



Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Pełnomocnik Dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

W ciągu ostatnich 10 lat mamy do czynienia z prawdziwą rewolucją w leczeniu zaawansowanego czerniaka. Polscy pacjenci mają dostęp do wielu rozwiązań terapeutycznych, które nie tylko ratują ich życie, ale również poprawiają jego jakość.

Jak kształtuje się sytuacja pacjenta w Polsce w porównaniu ze światowymi standardami w kontekście leczenia zaawansowanego czerniaka? Czy mamy obecnie dostęp do najnowszych terapii?

Leczenie zaawansowanego czerniaka w Polsce jest na bardzo dobrym poziomie. Program lekowy jest elastyczny i obejmuje różne metody leczenia, w tym immunoterapię czy leczenie ukierunkowane molekularnie (leczenie celowane). W przypadku immunoterapii możemy zastosować immunoterapię w monoterapii (z zastosowaniem jednego leku) lub immunoterapię skojarzoną (z zastosowaniem dwóch leków). Leczenie ukierunkowane molekularnie stosujemy w przypadku stwierdzenia obecności mutacji w genie *BRAF* u pacjenta. Jak już wcześniej wspomniałem, program lekowy w Polsce jest na tyle elastyczny, że umożliwia w razie konieczności sprawne reagowanie i zamianę terapii lub jej ponowne włączenie. Kluczową informacją jest również fakt, że pacjenci mają dostęp do tego typu leczenia w 33 specjalistycznych ośrodkach, które są doświadczone w prowadzeniu takich terapii.

O czym świadczy obecność mutacji w genie *BRAF*? Czym charakteryzuje się leczenie pacjentów z tą mutacją?

Mutacja w genie *BRAF* występuje u około 50 proc. pacjentów z zaawansowanym czerniakiem. Efektem mutacji genu jest powstanie nieprawidłowego białka *BRAF*, które jest ważnym elementem szlaku sygnałowego w komórce, dającym sygnał

do dzielenia i namnażania się komórek. Jeśli białko to jest nieprawidłowe, szlak sygnałowy jest zaburzony i komórka dzieli się nieustannie.

Obecność mutacji w genie *BRAF* najczęściej jest związana z czerniakami, które są zlokalizowane w miejscach nieuszkodzonych przez przewlekłe działanie promieniowania UV. Częściej występują u osób w młodszej wieku. Jest to mutacja, która powoduje bardziej agresywny przebieg czerniaka, natomiast jej obecność umożliwia wprowadzenie leczenia celowanego blokującego aktywność nieprawidłowego białka *BRAF* (lek anty-*BRAF*). W celu jeszcze skuteczniejszego zablokowania szlaku związanego z nieprawidłowym białkiem *BRAF* stosujemy dodatkowo lek blokujący inne białko na tym szlaku – białko MEK. Mówimy wtedy o terapii celowanej anty-*BRAF* i anty-MEK.

Od września 2020 roku w leczeniu pacjentów stosowana jest terapia skojarzona anty-*BRAF*/anty-MEK enkorafenib z binimetynibem. Jak wygląda efektywność tej terapii i jakie korzyści niesie chorym?

Terapia skojarzona enkorafenibem z binimetynibem ma najlepszą tolerancję wśród trzech dostępnych w Polsce metod leczenia ukierunkowanego molekularnie. Mediana przeżycia chorych przyjmujących leczenie enkorafenibem z binimetynibem wyjściowo przekracza 33 miesiące, co jest naprawdę bardzo dobrym wynikiem jak na chorobę przerzutową.

Terapia ta ma wysoką tolerancję – wykazuje mniej przypadków występowania np. gorączek

wśród pacjentów w porównaniu z innymi rozwiązaniami terapeutycznymi. Dzięki temu pacjenci mają lepszy compliance, czyli zgodność, w przyjmowaniu leków bez przerw. Co więcej, ten rodzaj leczenia jest obecnie badany w kontekście innych przypadków. Wiemy już, że jest ono aktywne przy np. przerzutach do ośrodkowego układu nerwowego. To wszystko sprawia, że już niedługo będzie więcej wskazań do zastosowania tej skutecznej kombinacji lekowej.

Co dla pacjentów oznaczało rozszerzenie dostępu do terapii czerniaka zaawansowanego? Jak to wpłynęło na ich komfort życia?

Rozszerzenie dostępu do terapii leczenia czerniaka zaawansowanego wpłynęło głównie na poprawę przeżyć pacjentów z tym nowotworem. Jeszcze 10 lat temu tylko 3-5 proc. pacjentów z przerzutowym czerniakiem żyło dłużej niż 5 lat, obecnie jest to 40-50 proc., co stanowi niewiarygodną różnicę. Wiedząc jak dokładnie stosować te leki, mamy również coraz lepsze profile tolerancji oraz coraz sprawniej możemy zarządzać zdarzeniami niepożądanymi. Mamy bardzo dobre algorytmy postępowania zapewniające bezpieczeństwo pacjentom. Większość chorych może normalnie funkcjonować, a nawet pracować podczas leczenia. Mamy też możliwość tzw. wakacji terapeutycznych w immunoterapii, ponieważ w większości przypadków udokumentowano, że terapia ta nadal działa mimo odstawienia aktywnego leczenia.

PROBLEM



Rak tarczycy a charakterystyka tego nowotworu

Na raka tarczycy zdecydowanie częściej chorują kobiety. Niestety nadal w wielu przypadkach rozpoznawany jest on w zaawansowanej postaci. Co zatem możemy zrobić, by poprawić wczesną wykrywalność tej choroby?



Prof. zw. dr hab. n. med. Marek Ruchała
Kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Jak przedstawiają się aktualne dane epidemiologiczne dotyczące nowotworu tarczycy?

Od lat 80. ubiegłego wieku notujemy znaczny wzrost zachorowań na raka tarczycy. W Polsce rozpoznaje się go u ok. 4 tys. osób rocznie. Jeśli chodzi o proporcje zachorowalności na ten nowotwór kobiet w stosunku do mężczyzn, to wynoszą one ok. 5:1. Dzieje się tak, ponieważ kobiety mają o wiele więcej czynników wolotwórczych (zakłócających wchłanianie się jodu), jak np. ciąża, w której dochodzi do znacznego wzrostu zapotrzebowania na jod i stężenia TSH. Najczęściej obserwujemy wzrost zachorowalności na raka tarczycy pomiędzy 40. a 50. rokiem życia. Wynika to z faktu, że zazwyczaj nowotwory tarczycy rozwijają się powoli i niepostrzeżenie, dlatego tak ważna jest czujność onkologiczna prowadząca do wczesnego rozpoznania.

Największa wykrywalność dotyczy miejscowości z dostępem do ośrodków akademickich i nowoczesnej diagnostyki. W tym przypadku wykrywane są nowotwory we wczesnym stadium, tzw. mikroraki. Natomiast w mniejszych miejscowościach, oddalonych od specjalistycznych jednostek medycznych, najczęściej rozpoznaje się już bardzo zaawansowane nowotwory. W ok. 90 proc. rozpoznajemy zróżnicowane raki tarczycy, głównie brodawkowate i rzadziej nieco bardziej złośliwe – pęcherzykowe. Pozostałe nowotwory o wiele bardziej złośliwe, takie jak rak niskozróżnicowany, anaplastyczny i rdzeniasty, nie występują często. Jednak nadal występują i zazwyczaj charakteryzują się agresywnym przebiegiem.

W jaki sposób dochodzi do rozpoznania nowotworu?

Podstawą rozpoznania jest biopsja cienkoigłowa. Zanim jednak do niej dojdzie, wykonuje się badanie ultrasonograficzne (USG), które pozwala nam na określenie, z jakim rodzajem guza mamy do czynienia. Oczywiście podejrzaną zmianę mogą być odkryte również podczas innych badań obrazowych, wykonanych ze wskazań poza tarczycowych. Takimi badaniami są

np. pozytonowa tomografia emisyjna (PET) lub tomografia komputerowa (KT).

Należy także pamiętać, że sam pacjent, jego najbliżsi lub lekarz pierwszego kontaktu mogą zauważyć znaczne powiększenie tarczycy (w obrębie szyi), co z kolei jest wskazaniem do wdrożenia specjalistycznej diagnostyki, która doprowadzi do wykrycia nowotworu. Istotnym symptomem w tej chorobie jest również nagłe pojawienie się chrypki (bez infekcji).

Czy jest możliwość określenia predyspozycji do zachorowania na raka tarczycy? Jak można poprawić wczesną wykrywalność nowotworu?

Istnieje wiele rodzajów raka tarczycy, a co za tym idzie, także powodów jego rozwoju. Przykładowo: w przypadku raka rdzeniastego tarczycy możemy ustalić predyspozycje genetyczne, także u całej rodziny chorego. Zdarza się, że gdy tylko rozpoznaje się tę samą złośliwą mutację genu u osoby bliskiej pacjentowi, zaleca się profilaktyczną operację tarczycy, nawet u małych dzieci.

Na powstanie nowotworu tarczycy narażone są także osoby poddane promieniowaniu zewnętrznemu, np. podczas radioterapii. Skażenie środowiska naturalnego, zarówno promieniowaniem, jak i innymi zanieczyszczeniami wolotwórczymi (np. bisfenole), przyczynia się do wzrostu zachorowalności na ten nowotwór. Ponadto mamy wiele innych czynników wolotwórczych (zmniejszających przyswajalność jodu), w tym wysokie stężenia insuliny, czyli np. cukrzyca, która również sprzyja rozwojowi raka tarczycy. Do grupy ryzyka zachorowania na raka tarczycy należą osoby chore na otyłość oraz wszystkie osoby narażone na związki, które zakłócają prawidłową produkcję hormonów – np. palące tytoń.

Jak wygląda dalsza ścieżka pacjenta po diagnozie?

Decyzja o dalszym postępowaniu jest zależna od typu nowotworu oraz stopnia jego zaawansowania. Podstawą terapii raka tarczycy jest leczenie operacyjne, choć jej zakres zależy od rodzaju i zaawansowania raka. W przypadku zróżnicowanych raków tarczycy (czyli

tych najczęstszych) najważniejszym elementem terapii jest leczenie operacyjne. Jeśli jest to tzw. mikrorak, można rozważyć obserwację lub operację połowy tarczycy. Gdy guz jest większy, wymagane jest usunięcie całego narządu. Następnie, w zależności od typu i stopnia zaawansowania, albo obserwujemy chorych, albo leczymy tylko izotopem jodu promieniotwórczego lub też wprowadzamy terapię nowoczesnymi inhibitorami kinaz tyrozynowych. Dziś w Polsce tylko pacjenci ze zróżnicowanym, opornym na leczenie jodem radioaktywnym rakiem tarczycy mają dostęp do leczenia – i to tylko w ramach pierwszej linii terapii. Gdy nie zauważa się poprawy po leczeniu pierwszej linii (dotyczy to zarówno zróżnicowanego raka tarczycy, jak i raka rdzeniastego), należy wprowadzić leczenie drugiej linii.

”

Sam pacjent, jego najbliżsi lub lekarz pierwszego kontaktu mogą zauważyć znaczne powiększenie tarczycy (w obrębie szyi).

Niestety w Polsce jak na razie nie mamy takiej możliwości i nie możemy leczyć pacjentów lekami nowej generacji, które są zarejestrowane w tym wskazaniu. Oczywiście próbujemy w ramach procedury Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej tę terapię prowadzić, ponieważ mamy świadomość, że nasi pacjenci wymagają tego leczenia i mają naprawdę olbrzymie szanse powodzenia tej terapii. Nie byłoby to duże obciążenie dla systemu (dotyczy ok. 60 osób), a wprowadzenie leczenia w drugiej linii mogłoby skutecznie wydłużyć przeżycie pacjentów. Musimy dążyć do szerszego dostępu do leków, by jak najbardziej spersonalizować metody terapii.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Nowotwory tarczycy a codzienne wyzwania pacjentów

Mamy nadzieję, że Narodowa Strategia Onkologiczna stworzy warunki do szybkiego wprowadzania nowych, dobrych leków, między innymi poprzez tworzenie wysokiej jakości rekomendacji leczenia nowotworów złośliwych.

Rak tarczycy a sytuacja polskich pacjentów: czy według pana profesora chorzy mają dostęp do nowoczesnych metod terapii?

W ostatnich latach doszło do olbrzymiego postępu w zakresie terapii nowotworów złośliwych. Pojawiły się nowe leki i nowe terapie, jednak wprowadzenie innowacyjnej terapii nie jest procesem natychmiastowym. Po uzyskaniu obiecujących wyników badań rozpoczyna się proces rejestracji leku, a następnie proces objęcia leku refundacją. Te procesy są niezbędne, ale czasami trwają bardzo długo. W przypadku jednego z leków stosowanych w leczeniu raka tarczycy proces ten trwał niemal 8 lat. Na pewno należy zrobić wszystko, żeby skrócić czas od zarejestrowania leku przez odpowiedzialne struktury europejskie do czasu ich refundacji w Polsce. Ten czas musi ulec skróceniu, jeśli chcemy skutecznie leczyć naszych pacjentów. Nie zapominajmy, że nowe metody leczenia, chociaż mają wiele korzyści, powodują jednocześnie działania niepożądane. W raku tarczycy obecnie zależy nam na wprowadzeniu co najmniej 3-4 leków, które już są z bardzo dobrymi wynikami stosowane na świecie. Niektóre z tych leków są już zarejestrowane przez Komisję Europejską i stosowane od dłuższego czasu w innych krajach. Chcemy, żeby jak najszybciej były dostępne dla naszych pacjentów. Mamy nadzieję, że Narodowa Strategia Onkologiczna stworzy warunki do szybkiego wprowadzania nowych,

dobrych leków, między innymi poprzez tworzenie wysokiej jakości rekomendacji leczenia nowotworów złośliwych. Jako środowisko w roku 2022 aktualizowaliśmy rekomendacje dotyczące raka tarczycy, gdzie uwzględniamy nowe terapie o już udowodnionej skuteczności, których część nie jest jeszcze refundowana.

Jakie działania systemowe mogą doprowadzić do zwiększenia efektywności leczenia pacjentów w Polsce? W jaki sposób rozszerzenie dostępu do innowacyjnych leków wpłynie na rokowanie chorych?

Innowacyjne leki zwykle wiążą się z olbrzymimi nadziejami. Dane z badań klinicznych wskazują na duże korzyści dla naszych pacjentów z ich wprowadzenia, zwiększając czas przeżycia, czas do progresji czy czas wolny od choroby. Należy pamiętać, że leki te mają ściśle określone wskazania i nie są idealnym rozwiązaniem dla każdego pacjenta. Szybkie wdrażanie wysokiej jakości rekomendacji stanowi dobrą drogę do zwiększenia dostępu polskich pacjentów do skutecznych terapii, w tym tych najbardziej innowacyjnych. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że wprowadzenie tych terapii korzystnie wpłynie na rokowanie w wybranych grupach chorych. Terapie innowacyjne warto wprowadzać, pamiętając oczywiście o ich działaniach niepożądanych oraz o tym, że są skuteczne w określonych grupach pacjentów.



Prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus
Klinika Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Choroba od strony pacjenta – jak wygląda i z czym wiąże się życie osób chorych na nowotwór tarczycy oraz ich rodzin?

To bardzo dobre pytanie, chociaż nie ja powinienem być adresatem – nie chorowałem na raka tarczycy. Dlatego odpowiem na podstawie moich obserwacji. Rozpoznanie raka tarczycy (podobnie jak innych nowotworów złośliwych) jest wstrząsem dla pacjenta i całej jego rodziny. Myślę, że to jeden z największych stresów w życiu.

Szybkie wdrażanie wysokiej jakości rekomendacji stanowi dobrą drogę do zwiększenia dostępu polskich pacjentów do skutecznych terapii.

Nagle mamy poczucie, że wali nam się cały świat. Odczuwamy ryzyko utraty zdrowia i życia. Rodzina pacjenta również bardzo przeżywa takie zdarzenie, szczególnie najbliżsi (rodzice, małżonkowie, dzieci). Pacjent oczekuje natychmiastowej pomocy, wsparcia i leczenia. Natychmiastowe leczenie nie jest możliwe, jednostki lecznicze nie stoją puste, w związku z tym pojawia się jeszcze odczucie strachu, że każde opóźnienie zwiększa ryzyko niepowodzenia leczenia. Niestety doba ma 24 godziny, a liczba pacjentów jest przytłaczająca. Stres narasta, rośnie frustracja, co w połączeniu z poczuciem zagrożenia życia bardzo odbija się na zdrowiu pacjenta (niejednokrotnie bardziej niż sam nowotwór). Pacjenci zaczynają na własną rękę pozyskiwać informacje i wiedzę z internetu, których jakość jest czasami bardzo niska. To dodatkowo pogłębia napięcie. Jest to niesamowicie trudny okres dla pacjenta i jego najbliższych, a przeciążona opieka zdrowotna rzadko jest w stanie poradzić sobie z tym problemem. To wszystko jeszcze zanim zacznie się leczenie. W efekcie pacjent przystępuje do terapii sfrustrowany, zestresowany, czasami niedoinformowany i nieufny wobec personelu medycznego oraz systemu opieki zdrowotnej. Z drugiej strony mamy dobrze wyszkolony personel medyczny, ale w niewystarczającej liczbie, na który pacjent przelewa całe swoje niezadowolenie i rozczarowanie. W przypadku raka tarczycy u wielu pacjentów mamy doskonałe rokowanie. U pacjentów z zaawansowaną chorobą coraz więcej możemy osiągnąć, ale musimy odczarować atmosferę wokół choroby, chorego i opieki zdrowotnej.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Materiał powstał we współpracy z firmą Ipsen Poland sp. z o.o. CBTC-PL-000002



FOT.: ZŁUJA PIÓRO

 SYLWETKA

Wykonywanie badań to nasza **życiowa** **odpowiedzialność**

Anna Wyszconi chorowała na nowotwór. Mówi: „Uważam, że wykonywanie badań to nasza życiowa odpowiedzialność”. Wokalistce postawiono diagnozę: nowotwór tarczycy. Teraz swoją historię dzieli się z innymi.

Anna Wyszconi
Piosenkarka, kompozytorka oraz autorka tekstów

Nowotwór to choroba, która może dotknąć każdego. Wygrała pani walkę z rakiem tarczycy. Dlaczego zdecydowała się pani podzielić swoją historią z innymi?

Zrobiłam to na prośbę mojego lekarza, który zasugerował, abym moje doświadczenie przekuła w coś dobrego. Chodziło o to, by moja trudna sytuacja życiowa stała się bodźcem do działania dla innych i skłoniła ich do wykonywania badań profilaktycznych. Oczywiście dzielenie się historią choroby nie jest dla mnie łatwe, gdyż ożywają traumatyczne wspomnienia. Zdaję sobie jednak sprawę, że jest to ważne, dlatego otwarcie mówię o nowotworze tarczycy, na który zachorowałam.

W jaki właściwie sposób dowiedziała się pani o chorobie?

Zapisałam się na profilaktyczne badanie piersi i w trakcie wizyty lekarz stwierdził, że skoro już jestem, to zbada również tarczycę. Okazało się, że chociaż działała bez zarzutów, rozwija się w niej nowotwór. Choroba nie dawała żadnych objawów, choć miałam już przerzut na węzeł chłonny.

Wiele osób nadal boi się badań profilaktycznych. Jak przełamać ten strach?

To niestety prawda. Z takim nastawieniem spotykam się również wśród moich



FOT.: ZIJA PIÓRO

znajomych, którzy mówią, że boją się, bo „jeszcze im coś wykryją”. Uważam, że wykonywanie badań to nasza życiowa odpowiedzialność, powinniśmy dbać o siebie i najbliższych. Wczesne wykrycie ewentualnych zmian zwiększa szanse na wyleczenie nowotworu.

Jak szybko od rozpoznania rozpoczęła pani leczenie onkologiczne? Czy w pani przypadku możliwa była indywidualizacja leczenia?

Operacja odbyła się stosunkowo szybko, ale mój lekarz dobrze się do niej przygotował. Bardzo martwiłam się o nerwy strun głosowych, które przy wycięciu tarczycy mogą zostać uszkodzone. Operacja odbyła się we Wrocławiu, a lekarz zadbał o wszystkie szczegóły i zabezpieczenia. Użyto sprzętu do neuromonitoringu, dzięki któremu moje struny głosowe były bezpieczniejsze. Lekarz wykonał operację z najwyższą starannością i fachowością. Blizna po operacji goiła się pięknie, ale i ja bardzo o to dbałam. Proces leczenia w przypadku nowotworu tarczycy jest inny. Nie stosuje się chemioterapii, za to po kilku miesiącach zostałam wysłana na terapię jodem. Wszystko skończyło się dobrze. Od tamtego momentu jestem pod stałą kontrolą. Gruntowne badania wykonuję średnio co osiem miesięcy i nie pozwalam sobie w tej kwestii na żadne ustępstwa.

Co trzecia osoba chorująca onkologicznie cierpi również na depresję. Jak dbać o psychikę w tym trudnym momencie w życiu? Czy temat pomocy psychologa dalej stanowi temat tabu w naszym społeczeństwie?

W mojej opinii niestety tak, dlatego cieszę się, że mówi się o tym coraz częściej. Depresja i inne tego typu schorzenia są powszechne, dlatego niezrozumiałe jest, dlaczego to właśnie je traktuje się jako temat tabu. Ja sama przesłam przez stany lękowo-depresyjne i korzystałam z pomocy specjalisty na różnych etapach choroby.

Choroba nowotworowa to trudne doświadczenie, w którym ważne jest wsparcie bliskich, jednak potrzebna jest też pomoc specjalistyczna. I tak np. gdy wycięto mi tarczycę, która odpowiada m.in. za gospodarkę hormonalną i to od jej funkcjonowania zależy też stan psychiczny i ogólne samopoczucie, konieczne było wsparcie psychiatry. Ja skorzystałam z pomocy po zakończeniu leczenia onkologicznego, gdy nie było już pchającej do przodu adrenalin. Po terapii jodem i pięciu dniach w całkowitej izolacji dotarło do mnie, przez co przesłam. Organizm w końcu zażądał ode mnie fachowej pomocy. Warto też pamiętać, by nie przerywać zaleconej przez psychiatrę

„
Gruntowne badania wykonuję średnio co osiem miesięcy i nie pozwalam sobie w tej kwestii na żadne ustępstwa.

farmakoterapii w momencie, gdy samopoczucie się poprawi. To błąd, który popełniłam – odstawienie leków bez konsultacji z lekarzem poskutkowało tym, że stany lękowo-depresyjne wróciły ze zdwojoną siłą. Na szczęście byłam na tyle czujna, że wróciłam do specjalisty i po ponownym wdrożeniu leczenia odstawiłam leki dopiero zgodnie z zaleceniami lekarza.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

BADABUS jeździ po Polsce



Ida Karpińska
Prezes fundacji
Kwiat Kobiecości

Gdzie i jakie badania można wykonać w mobilnym gabinecie medycznym Kwiatu Kobiecości? BADABUS Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości umożliwia diagnostykę w kierunku raka szyjki macicy, raka jajnika i raka prostaty. Mobilny gabinet mogą wynająć prywatne firmy czy instytucje, które chcą zainwestować w zdrowie pracowników lub klientów.

W Polsce problem zachorowalności i umieralności zarówno kobiet, jak i mężczyzn na nowotwory narządów płciowych wciąż jest poważny. Każdego roku z powodu zbyt późnego wykrycia nieprawidłowości ponad 2000 kobiet umiera na raka szyjki macicy, ponad 2500 z powodu raka jajnika, a 5500 mężczyzn na raka prostaty.

W BADABUSIE, oprócz standardowego wyposażenia typowego dla gabinetu ginekologicznego znajduje się także wydzielone pomieszczenie z toaletą i bieżącą wodą, zapewniające komfortowe przygotowanie do badań. Badania przeprowadza personel medyczny, w którego skład wchodzi położne i pielęgniarki z odpowiednimi uprawnieniami.

Nigdy nie wiemy, kiedy choroba pojawi się w naszym życiu. Dlatego tak ważne są badania profilaktyczne – aby odpowiednio wcześniej zareagować i dać sobie większe szanse na jej przezwyciężenie – mówi Ida Karpińska, prezes Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości.

Mobilny gabinet przyjeżdża na zaproszenie prywatnych firm, instytucji, urzędów miasta czy gmin. Badania mogą być wykonywane w zakładach pracy, na piknikach i eventach, w mieście czy przed galeriami handlowymi. Z badań mogą skorzystać wszyscy, niezależnie od wieku, osoby nieubezpieczone oraz te, które nie posiadają obywatelstwa polskiego.

Badania dla kobiet:

- **cytologia zwykła lub LBC** – pozwala na wykrycie wczesnej postaci raka szyjki macicy w stadium bezobjawowym,

- **test DNA HPV** – służy do wykrywania materiału genetycznego tych typów wirusa HPV, które stwarzają wysokie ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy,
- **test połączony: cytologia LBC oraz test HPV** – test dający największe szanse na rozpoznanie raka szyjki macicy,
- **test DNA BRCA1** - test oparty jest na badaniu genu BRCA1, nierzadko związanego z zachorowaniem na raka piersi i jajnika.

Badania dla mężczyzn:

- **test PSA z krwi** – test wykorzystywany do wykrywania oraz śledzenia przebiegu raka prostaty, a także wykrywania łagodnego przerostu gruczołu krokowego.

Miejsca i daty, w których będzie można wykonać bezpłatne badania profilaktyczne w BADABUSIE, można śledzić na stronie internetowej: cytobus.pl

 Więcej informacji na stronie: byczdrowym.info

WYZWANIA

Jak sobie radzić z problemami intymnymi podczas leczenia onkologicznego?

Pacjentki onkologiczne podczas i po terapii zmagają się z wieloma trudnościami. Na samym początku walczą o swoje zdrowie, jednak z biegiem czasu i końcem leczenia pragną wrócić do normalności, w tym np. aktywności seksualnej. Niekiedy jest ona utrudniona poprzez wiele dolegliwości ginekologicznych związanych z terapią. Na szczęście można temu zaradzić.

Na jakie najczęstsze problemy intymne skarżą się lekarzom ginekologom pacjentki onkologiczne?

Jest to bardzo duża skala problemu, ponieważ mówimy o sporej grupie pacjentek. Każda z nich jest na innym etapie leczenia, życia, zmagają się z innym nowotworem. Na początku leczenia onkologicznego przyziemne sprawy, takie jak dolegliwości

Dr Michał Maciejewski
Specjalista ginekologii onkologicznej oraz ginekologii i położnictwa, starszy asystent Oddziału Ginekologii Onkologicznej Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu

 Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

związane z narządami płciowymi, są spychane na dalszy plan. Szczególnie dotyczy to chorych, które zmagają się ze zmianami pooperacyjnymi. Gdy już jednak widzimy światełko w tunelu i sama choroba nie jest tak uciążliwa, a pacjentka chce wrócić do normalnego funkcjonowania, faktycznie pojawiają się problemy miejscowe, takie jak suchość pochwy związana z atrofią (niedoborem estrogenów), krwawienia, brak nawilżenia itp.

Z jaką częstotliwością te problemy mogą wracać w zależności od rodzaju nowotworu i leczenia onkologicznego?

Leczenie onkologiczne to wiele działań medycznych, zatem jest to kwestia niezwykle indywidualna. Są terapie, po których kobiety są w stanie normalnie funkcjonować. Istnieją jednak pacjentki, które po chemioterapii cierpią na brak funkcji hormonalnych, tak jak podczas menopauzy, co skutkuje wcześniej wspomnianą atrofią, suchością pochwy, brakiem satysfakcji seksualnej, dyskomfortem podczas współżycia. Wpływa to na ich samopoczucie, ponieważ aktywność seksualna jest jednym z wyznaczników powrotu do

normalności po chorobie, w trakcie remisji czy też już pod koniec leczenia.

Dlaczego kobiety nie powinny bagatelizować problemów intymnych, w tym np. suchości pochwy?

Gdy zaburza się ogólny stan zdrowia, w tym uszkodzone są funkcje hormonalne, wprowadzona jest radioterapia czy też terapia hormonalna lub chemioterapia, zmiany atroficzne jeszcze bardziej się pogłębiają. Są to zmiany zanikowe w obrębie śluzówek, które tworzą tak zwany nabłonek atroficzny menopauzalny, występujący już u młodych kobiet, podczas intensywnego leczenia. Powoduje to, że śluzówka, m.in. w pochwie, jest znacznie bardziej wrażliwa, powoduje uczucie dyskomfortu podczas życia codziennego, zwiększoną częstotliwość infekcji, wiele dolegliwości, w tym świąd, pieczenie, zaburzenia wydzieliny, różnego rodzaju krwawienia. Przez ten stan utrudniona jest diagnostyka, w tym cytologia. Czasem specjaliści mają wątpliwości, czy to już choroba, czy też zmiany po leczeniu radioterapeutycznym. Wtedy staramy się pomóc naszym pacjentkom odzyskać ten komfort.

INTYMNOŚĆ BEZ STRESU

