

# Walka z rakiem



**Joanna Górka**

**Rak może  
dotknąć  
każdego...  
Rak nie  
wybiera, rak  
nie czeka**



## Wyzwania

Nowe szanse na jeszcze skuteczniejsze leczenie nowotworu nerki **s4-5**

## Ekspert

Dostęp do najnowocześniejszego leczenia w nowotworach głowy i szyi **s7**

## Sprawdź

Właściwa pielęgnacja skóry po leczeniu onkologicznym **s11**

FOT.: ANETA ZAMIELSKA



## O profilaktyce i wczesnej diagnostyce raka płuc

Dowiedz się:

- jak powinna przebiegać szczegółowa diagnostyka raka płuca
- jakie są pierwsze objawy
- jak zapobiegać i jak leczyć

**ONKOPOMOCNIK.pl**

## W WYDANIU



**Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki**  
Nowotwory głowy i szyi – jaka jest ich charakterystyka?



**Ida Karpńska**  
Profilaktyka ratuje nam życie – to nie slogan, lecz fakt



**Dr n. med. Norbert Szaluś**  
Rola hipertermii w leczeniu onkologicznym



**Dr n. kult. fiz. Hanna Tchórzewska-Korba**  
Pacjent onkologiczny chce być samodzielny, czyli czym jest rehabilitacja onkologiczna

Project Manager: **Krystyna Miłoszewska**  
+48 537 693 500, [krystyna.miloszewska@mediaplanet.com](mailto:krystyna.miloszewska@mediaplanet.com)  
Business Developer: **Magdalena Nędzka**  
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**  
Managing Director: **Karolina Kukielka**  
Skład: **Mediaplanet**  
Web Editor: **Tatiana Anusik**  
Opracowanie redakcyjne: **Aleksandra Podkówka-Poźniak**  
Fotografie: **Aneta Zamielska, stock.adobe.com, zasoby własne**  
Kontakt: e-mail: [pl.info@mediaplanet.com](mailto:pl.info@mediaplanet.com)  
**MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.**  
ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa

[facebook.com/byczdrowymPL](https://www.facebook.com/byczdrowymPL)

[mediaplanetpl](https://www.instagram.com/mediaplanetpl)

[mediaplanet](https://www.linkedin.com/company/mediaplanet)

[@Mediaplanet\\_Pol](https://twitter.com/Mediaplanet_Pol)

## WYZWANIA

# Diagnoza: nowotwór – jak sobie z nią poradzić w kontekście psychoonkologii?

Postęp medycyny sprawił, że nowotwory z chorób śmiertelnych stały się przewlekłymi. Niemniej na wieść o raku każdy pacjent i jego bliski reaguje szokiem i lękiem. Jak sobie poradzić z tymi emocjami?



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

**Wykrycie choroby nowotworowej jest olbrzymim wstrząsem psychicznym dla chorego i jego bliskich. Co dzieje się u człowieka, który słyszy taką diagnozę?**

Nie da się ukryć, że dla pacjenta i jego rodziny diagnoza to ogromny wstrząs. Nie ma takiego pacjenta i nie ma takiej rodziny, która byłaby przygotowana na wieść o chorobie nowotworowej. Podkreślam tutaj także rolę rodziny, ponieważ wraz z chorym przeżywają to również jego bliscy. Wiązą się z tym takie emocje jak szok, złość, ogromny lęk, uczucie stuporu – ośpienia, swego rodzaju zamrożenia. Towarzyszą one także już przy samym podejrzeniu nowotworu, gdy potrzebna jest m.in. pogłębiona diagnostyka. Wyrwana z bezpiecznej przystani osoba, która nagle musi przyjąć rolę chorego walczącego o życie, jest naprawdę w bardzo trudnej sytuacji. Polska onkologia na przestrzeni lat bardzo się zmieniła, co też opisałam w swojej książce „Oswoić raka”. Teraz musimy przestać myśleć o pacjencie onkologicznym jako o osobie bez włosów, wymiotującej, bez sił. Oczywiście nie chcę zaklinać rzeczywistości, ponieważ sytuacje są przeróżne, co też zależy od momentu wykrycia raka, ale nowotwór coraz częściej staje się chorobą przewlekłą, z którą pacjent czasem musi nauczyć się żyć przez wiele lat. To są pacjenci, którzy po prostu żyją i chcą być np. aktywni zawodowo, co też podkreślam w swojej inicjatywie wtrosceochoregopracownika.pl.

**Jak przygotować się do rozmowy z onkologiem? O co chory powinien zapytać w momencie przedstawienia diagnozy?**

Wiedza na temat swojej choroby i etapów leczenia ma bardzo duże znaczenie w kontekście samopoczucia psychicznego pacjenta. Im pacjent będzie lepiej zaopiekowany i wyedukowany, tym bardziej będzie zmotywowany do terapii. Dlatego też warto odpowiednio przygotować się do rozmowy ze swoim lekarzem, spisując na kartce, w domu, najlepiej wraz z rodziną, pięć kluczowych pytań dotyczących danego etapu

leczenia. Mogą to być pytania na temat przygotowania do badań, tego, co możemy zrobić dla siebie więcej bądź czy istnieją inne metody leczenia, np. nierefundowane. Należy też podczas samej wizyty zapisać sobie odpowiedzi, ponieważ w ferworze emocji i informacji możemy o wielu bardzo ważnych kwestiach zapomnieć.

**Dlaczego ważne jest, aby lekarz traktował pacjenta jako równoległego sobie partnera do rozmowy? Jak zbudowanie dobrej relacji wpływa na komfort psychiczny chorego?**

Każdy chory potrzebuje dobrego, bezpiecznego przewodnika, ponieważ droga w procesie leczenia jest naprawdę wyboista. Kluczowym słowem jest partnerstwo – żeby się dobrze leczyć, musimy być partnerem dla swojego lekarza. Przez tę drogę nie jesteśmy w stanie przejść w pojedynkę. Z drugiej zaś strony jako wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego uczę młodych medyków, w jaki sposób komunikować się z pacjentem, co ma ogromne znaczenie. Jak już wcześniej wspomniałam, zaopiekowany i dobrze poinformowany chory czuje się bezpiecznie i ufa całemu procesowi. Warto tutaj także podkreślić, że każdy pacjent ma prawo zmienić swojego lekarza prowadzącego, gdy np. kontakt z nim jest utrudniony.

**Choroba dotyka nie tylko pacjenta, ale też jego bliskich. W jaki sposób zaakceptować fakt, że nasz bliski zachorował? Jak wspierać chorego w walce z rakiem?**

Czasem rodzinie jest nawet trudniej niż samemu choremu. Bliscy czują ogromną niemoc – pacjent działa, leczy się, przychodzi na konsultacje, a my jako rodzina nie do końca wiemy, w jaki sposób jeszcze możemy pomóc. Niestety, nie ma złotej rady, jak poradzić sobie z chorobą bliskiego. Myślę, że rodzina także potrzebuje wsparcia psychologicznego, by samemu umieć dawać wsparcie.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)



## NOWOŚCI



**Dorota M. Fal**  
Doradca zarządu  
Polskiej Izby  
Ubezpieczeń

## Czy stać nas na leczenie?

Wskaźnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce jest jednym z najwyższych w krajach OECD i wynosi 228 zgonów na 100 tys. mieszkańców. W terapii może pomóc ubezpieczenie na wypadek nowotworu. Co powinniśmy o nim wiedzieć?



Więcej informacji  
na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

**D**iaгноza onkologiczna oznacza konieczność osobistego zmierzenia się z ciężką, ale niekoniecznie śmiertelną chorobą. Według raportu PIU „Mapa ryzyka Polaków” aż 81 proc. respondentów obawia się nowotworu, zaś 80 proc. braku pieniędzy na leczenie poważnej choroby. To, czy rak będzie śmiertelny czy nie, zależy od kilku czynników. Na niektóre z nich nie mamy wpływu, np. gdzie się rozwinie, jaka będzie jego złośliwość, ale na inne tak – jak szybko go wykryjemy, przeprowadzimy pełną diagnostykę i dobierzemy odpowiednie leczenie. Niestety etapy te nie zawsze są refundowane przez NFZ lub trzeba czekać w długich kolejkach. Sytuację poprawiła nieco karta DiLO, jednak po pandemii system boryka się z ogromną liczbą pacjentów onkologicznych. Przykładowo: dziś na tomografię w ramach NFZ czeka się nawet rok, podobnie jak na rezonans magnetyczny, a są to badania pilne, które należy wykonać podczas diagnostyki, przed ustaleniem rozpoznania.

Kiedy pojawia się choroba, dochodzą nowe potrzeby finansowe. Na rynku od dawna funkcjonują ubezpieczenia wypłacające określoną sumę w przypadku zdiagnozowania nowotworu. Są to zwykle albo jednozakresowe polisy, które dotyczą tylko danego typu raka, bądź obejmujące szerszy zakres chorób onkologicznych czy też jedno spośród tzw. critical illness – czyli poważnych zachorowań. Takie ubezpieczenie ma trzy kluczowe dla nas cechy: sumę ubezpieczenia, która może pokryć nasze wydatki związane z chorobą, zakres ryzyk oraz wyłączenia.

Wypłacone świadczenie może pokryć wydatki związane z nowotworem, np. diagnostykę, dostęp do nierefundowanego leczenia, w tym za granicą, koszty życia czy opieki nad dzieckiem. Wydatki mogą wynosić nawet setki tysięcy złotych, dlatego odpowiednia suma ubezpieczenia jest bardzo ważna. Polisa ma sens, jeśli jest zawarta na długi okres, przez który będziemy w stanie corocznie opłacać składkę. Oznacza to, że jego suma musi być maksymalnie wysoka, ale dobrana tak, żeby składka zmieściła się w naszym budżecie. Pamiętajmy, że ubezpieczenie kupujemy, kiedy jesteśmy zdrowi.

Nie zapominajmy, że w kwestii walki z nowotworem dużą rolę odgrywają też zwykłe ubezpieczenia zdrowotne, które zapewniają dostęp do profilaktyki i diagnostyki, nie tylko w kierunku nowotworów. Niektórzy ubezpieczyciele dołączają do swojej oferty ryzyko związane z operacją, więc jeśli pacjent z nowotworem będzie poddany takiemu zabiegowi, może liczyć z tego tytułu na wypłatę środków. Na rynku dostępne są również ubezpieczenia szpitalne, które wprawdzie nie obejmują pełnego leczenia onkologicznego, ale oferują drogę do diagnozy i leczenia operacyjne. Pojawiły się też ubezpieczenia komplementarne, które gwarantują dostęp do wymienionych enumeratywnie terapii, które są zarejestrowane w UE/Polsce, ale nie są refundowane przez NFZ.

Warto mieć także ochronę rozszerzoną o assistance. Są to najczęściej wybierane i najbardziej przydatne polisy uzupełniające. Assistance medyczny jest dołączany do ubezpieczeń nie tylko na życie, ale przede wszystkim do zdrowotnych. Podczas choroby gwarantuje takie świadczenia jak: dowóz leków, wizyty domowe lekarza czy pielęgniarki, transport do szpitala czy wsparcia w trakcie i po hospitalizacji.

Często pojawia się pytanie, czy podczas gdy dana osoba zachorowała już na raka, może jeszcze wykupić ubezpieczenie. Odpowiedź brzmi: ubezpieczenie chroni przed ryzykami przyszłymi. Warto zatem zadbać wcześniej o odpowiednią polisę.

## Leczenie za granicą z limitem do 2 mln euro w **Nationale-Nederlanden**

Aby wesprzeć klientów w powrocie do zdrowia, w przypadku zachorowania na nowotwór, a także w razie konieczności przeprowadzenia wybranych operacji Nationale-Nederlanden rozszerzyło ubezpieczenia na życie o umowę „Dbamy bez granic”. O tym, w jakim zakresie polisa może wspierać pacjenta i jego rodzinę, rozmawiamy z Joanną Walczuk z Nationale-Nederlanden.

### W jaki sposób przygotowujecie propozycje dla swoich klientów w obszarze ochrony zdrowia i życia?

Planując nowe rozwiązania, zaczynamy od badania oczekiwań Polaków w kwestii zdrowia. Wynika z nich, że coraz bardziej powszechne i dostępne jest korzystanie z terapii za granicą. Wiąże się to jednak z dużymi kosztami. Klienci wskazują, że decydując się na wybór indywidualnego ubezpieczenia na życie, poszukują nie tylko świadczenia finansowego na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń, ale także takich usług, które pozwolą im rozwiązać problem tu i teraz. To skłoniło nas do przygotowania nowego, kompleksowego rozwiązania, które będzie realnym wsparciem w przypadku podjęcia leczenia poza Polską. Po dogłębnej analizie



**Joanna Walczuk**  
Dyrektor ds. produktów  
Nationale-Nederlanden

zdecydowaliśmy się wprowadzić do naszej oferty umowę „Dbamy bez granic”.

### Co to za ubezpieczenie i jaki jest jego zakres?

Jest to umowa dodatkowa do ubezpieczenia na życie „Ochrona Jutra”, „Sposób na przyszłość” i „Ochrona+”. Umożliwia ona dostęp do najlepszego możliwego leczenia w renomowanych placówkach zagranicznych z limitem kosztów aż do 2 mln euro. Polisa realizowana jest w przypadku diagnozy nowotworowej lub konieczności przeprowadzenia wybranych operacji kardiochirurgicznych, neurochirurgicznych lub przeszczepów.

Co ważne, umowa zapewnia wsparcie już od momentu zdiagnozowania choroby. Dzięki temu ubezpieczony może skonsultować wyniki u drugiego specjalisty, terapii w zagranicznej placówce,

a także pokrycia kosztów transportu i noclegu, w tym również osoby towarzyszącej. Nigdy nie wiemy, ile potrwa leczenie, dlatego na cały proces patrzymy długofalowo. Nasz produkt obejmuje opłacenie badań medycznych, konsultacji lekarskich i potrzebnych leków do 50 tys. euro już po powrocie pacjenta do kraju w ramach kontynuacji leczenia. Dodatkowo osoba posiadająca ten pakiet zyskuje dostęp do portalu dbamybezgranic.pl, który umożliwia dostęp do wirtualnych konsultacji ze specjalistami, dzięki czemu można zweryfikować, czy postawiona diagnoza lub podejrzenie choroby są właściwe. To także pomoc tłumacza i specjalnie przypisanego konsultanta.

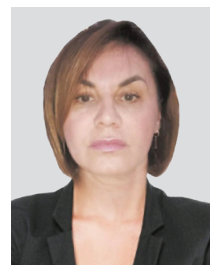
Ubezpieczeniem mogą zostać objęci dorośli, a także dzieci, które ukończyły 1. rok życia.

WAŻNE

# Życie pacjentów przed i po rewizji programu lekowego

Nowe szanse na jeszcze skuteczniejsze leczenie **nowotworu nerki**

Od 1 maja tego roku w programie lekowym dostępne są nowe możliwości terapeutyczne dla osób chorych na raka nerki. Jest to wspaniała wiadomość zarówno dla każdego chorego zmagającego się z tym nowotworem, jak i dla specjalistów ich leczących. To jednak nie wszystko – przyszłość może przynieść nam dostęp do jeszcze skuteczniejszego leczenia.



**Dr n. med. Joanna Streb**  
Specjalista onkologii klinicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Kliniki Onkologii, konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej województwa małopolskiego

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

Rak nerki jest stosunkowo rzadkim nowotworem. Rocznie mamy do czynienia z 4800-5000 nowymi zachorowaniami, gdzie w przypadku raka płuca czy piersi jest to ponad 20 tys. Ostatnie dane wykazują, że liczby te po pandemii mogą wzrosnąć nawet o 20 proc. Rak nerki dotyczy częściej mężczyzn niż kobiet, a jego największym problemem jest późne rozpoznanie. Oczywiście najskuteczniejszym leczeniem nowotworu nerki jest radykalny zabieg operacyjny, jednak ze względu na późną diagnozę bardzo często dochodzi do przerzutów – m.in. do płuc, kości. Łączy się to z wieloma konsekwencjami zdrowotnymi, w tym bólem, brakiem możliwości sprawnego funkcjonowania, mniejszą wydolnością. Należy pamiętać, że same badania obrazowe, jak np. tomografia komputerowa, dla pacjenta onkologicznego po usunięciu jednej nerki są obciążające. Również samo leczenie przynosi wiele działań niepożądanych, co może się zmienić za sprawą wdrożenia terapii dwulekowej.

## **Rak nerki a sytuacja polskich pacjentów i dostęp do nowoczesnego leczenia. Czy pacjenci mają dostęp do najnowocześniejszych metod terapii? Czy są one refundowane w Polsce?**

W ostatnich latach w leczeniu nerki bardzo wiele się zmieniło na dobre. Przez jakiś czas była to stagnacja, ale teraz widzimy znaczny postęp. Od maja tego roku do leczenia raka nerki włączona została immunoterapia (przeciwciała

monoklonalne – inhibitory punktu kontrolnego). Do tej pory (przed rewizją programu lekowego, tj. 1.05.2022 r. – przyp. red.) dla pacjentów z rakiem nerki dostępna była tylko monoterapia oparta na jednoszlakowych inhibitorach kinaz tyrozynowych. Teraz polscy pacjenci mogą skorzystać z nowocześniejszych metod leczenia, które są dostępne w ramach nowego programu lekowego w leczeniu raka rozlanego nerki, co jest dla nich dużą szansą. Już wcześniej mieliśmy do czynienia z terapią skojarzoną opartą na immunoterapii przy innych nowotworach, gdzie zaobserwowaliśmy znaczną poprawę wyników. Naturalnym kolejnym krokiem w dostępności najnowocześniejszych terapii w Polsce powinno być zastosowanie dwóch leków, ale o różnym mechanizmie działania, np. połączenie immunoterapii i TKIs. Wiemy, że możliwe jest zablokowanie różnych szlaków sygnału przekąźnikowego w komórce nowotworowej, co też może zmniejszyć toksyczność takiego leczenia. Dowody na to, że skojarzenie dwóch terapii o różnych mechanizmach działania w leczeniu raka nerki w stadium rozsiewu są bardzo skuteczne, znajdują się w zaleceniach międzynarodowych organizacji, m.in. European Society for Medical Oncology, National Comprehensive Cancer Network oraz Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Na razie takie leczenie nie jest w Polsce refundowane, ale odbywa się wiele badań, które wykazują ich efektywność, przez co mam nadzieję, że niedługo będą one dostępne w programie lekowym i u nas.

**Jakie korzyści odniesie pacjent z rakiem nerki, u którego zostanie**

## **zastosowana terapia skojarzona zawierająca schematy lekowe o różnym mechanizmie działania?**

Zastosowanie terapii skojarzonej zawierającej schematy lekowe o różnym mechanizmie działania wydłuża czas wolny od progresji choroby nawet dwukrotnie, może także znacznie przedłużyć przeżycie całkowite pacjenta i polepszyć jego jakość życia. Dzieje się tak, ponieważ leki te należą do innych grup lekowych, które charakteryzują się odmiennym mechanizmem działania molekularnego – są to inhibitory kinazy tyrozynowej oraz inhibitory punktu kontrolnego. Odmiennie mechanizmy działania tych leków, wynikające z ich różnych punktów uchwytu, przyczyniają się ostatecznie do wysoce skutecznego działania przeciwnowotworowego, co w efekcie pozwala na efektywniejszą kontrolę tej zaawansowanej choroby. Za sprawą takiego leczenia terapia jest też bardziej zindywidualizowana, a my jako specjaliści możemy lepiej zarządzać opieką nad pacjentem. Jesteśmy w stanie zawczasu wdrożyć odpowiednie postępowania, wyprzedzając wystąpienie nasilonych działań niepożądanych, a jeśli już one wystąpią, to są łagodniejsze. W badaniach klinicznych oceniany jest także taki parametr jak jakość życia pacjenta, związany ze stanem zdrowia. Dane w tym zakresie dowodzą, że przy zastosowaniu terapii dwulekowej jest ona porównywalna, a nawet lepsza niż przy monoterapii.

Materiał powstał przy współpracy z firmą Ipsen Poland sp. z o.o. / ALL-PL-000368



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

# Specjaliści chcą leczyć, a pacjenci chcą być leczeni

Nowe możliwości w terapii **raka nerki**

Leczenie chorób nowotworowych w Polsce na przestrzeni ostatnich lat zmieniło się diametralnie. Postęp medycyny w zestawieniu z aktywnymi działaniami stowarzyszeń pacjenckich, środowiska medycznego oraz Ministerstwa Zdrowia sprawiają, że chorzy mają coraz więcej szans na skuteczną walkę z rakiem nerki.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

**Dlaczego ważne jest, aby lekarze oraz chorzy mieli wiedzę na temat spersonalizowanych terapii specyficznych podtypów nowotworów złośliwych nerki? Jak w tej kwestii przedstawia się program lekowy?**

Przekazywanie informacji dotyczących tej problematyki jest istotne czy wręcz niezbędne do zrozumienia złożoności sytuacji. Jednocześnie poprzez kształtowanie świadomości w tym aspekcie zwiększa się szansę na aktywne poszukiwanie skuteczniejszego leczenia – co pozytywnie wpływa na jakość życia i szansę uzyskania remisji choroby.

nerki. Jeśli nie są one dostępne, chorym pozostaje leczenie w ramach badań klinicznych, złożenie przez ośrodek prowadzący leczenie wniosku o indywidualną zgodę na refundację terapii (tzw. Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych – RDTL) bądź pozyskiwanie środków na finansowanie leczenia z fundacji lub organizacji pacjenckich. Ponadto sami lekarze powinni być świadomi istnienia różnych opcji terapeutycznych – tak, by mieli możliwość informowania o nowych możliwościach leczenia pacjentów. Ci z kolei poprzez aktywne działania w ramach organizacji pacjenckich mogą wpływać na poprawę sytuacji środowiska chorych. Starania czynione z wielu kierunków sprawiają, że postęp w leczeniu raka nerki w ostatnich latach nabrał tempa.

**Na czym polega ten postęp w leczeniu chorych na raka nerki?**

Od kilkunastu lat w leczeniu tej choroby stosujemy leki ukierunkowane molekularnie o działaniu antyangiogennym. Są to leki, które dzięki swojemu mechanizmowi działania – poprzez blokowanie specyficznych białek odpowiedzialnych za przesył sygnałów wewnątrzkomórkowo – mają zdolność do hamowania tworzenia nowych naczyń odżywczych dla guza nowotworowego. Bez nich choroba nie może się rozwijać – powiększać swojej masy, naciekać sąsiadujące tkanki, tworzyć przerzuty odległe. Leki te były i wciąż są z powodzeniem stosowane w leczeniu chorych na raka nerki. Stanowią jednak leczenie paliatywne – przedłużające życie. Przypadki wyleczenia choroby rozsianej są, w tym przypadku, niezmiernie rzadkie (ok. 1 proc. leczonych osób). Przez długi czas nie udawało się zwiększyć skuteczności leczenia systemowego. Wszystko zmieniło się kilka lat temu, gdy pojawiły



**Dr hab. n. med. Jakub Żołnierk**  
Członek Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, członek Zarządu oraz Rady Programowej Stowarzyszenia Polska Grupa Raka Nerki

się leki antyangiogenne nowej generacji oraz nowoczesna immunoterapia.

Immunoterapia polega na stosowaniu leków pobudzających układ odpornościowy do walki z nowotworem. Ich wprowadzenie do praktyki klinicznej stanowiło przełom, ponieważ nagle okazało się, że można doprowadzić do wycofania się wszystkich obserwowanych zmian nowotworowych – czyli do tzw. całkowitej remisji, a obiektywna odpowiedź (czyli zmniejszenie guza) jest możliwa do uzyskania u prawie 60 proc. chorych. Jest to też leczenie dobrze tolerowane.

Jeszcze wyższą skuteczność wykazują terapie skojarzone. Polegają one na stosowaniu schematów wielolekowych z wykorzystaniem substancji leczniczych o zróżnicowanym mechanizmie działania przeciwnowotworowego. Dziś, po modyfikacjach zapisów w tzw. programie lekowym (procedurze refundacji kosztownych terapii), które wprowadzono z początkiem maja tego roku, mamy dostęp do jednego typu terapii skojarzonej – złożonej z dwóch leków z grupy immunoterapii. To duży krok naprzód i dobra decyzja Ministerstwa Zdrowia. Ale potrzeby są większe. Brakuje dostępu do zróżnicowanych – co do składu lekowego – schematów terapeutycznych, które umożliwiłyby lepsze dopasowanie leczenia do indywidualnych potrzeb chorych. Uważam, że jest to nadal kwestia otwarta.

**Jakie korzyści odniesie chory z rakiem nerki, u którego zostanie zastosowana terapia skojarzona zawierająca schematy lekowe o różnym mechanizmie działania?**

Połączenie dwóch leków o różnym mechanizmie działania daje bardzo interesujący efekt. Otóż leki antyangiogenne podawane doustnie oddziałują uszkażdżająco na guz i wywierają swój efekt niemal natychmiast – od pierwszych dni, tygodni ich stosowania. Natomiast immunoterapia rozwija swoje działanie stopniowo i powoli. Zbudowanie armii limfocytów, czyli komórek własnego układu immunologicznego, zdolnych do niszczenia nowotworu wymaga czasu. Ta odpowiedź pojawia się później. Współdziałanie tych leków daje spektakularny rezultat – lek doustny ukierunkowany molekularnie zatrzymuje wzrost nowotworu do momentu, nim immunoterapia nie wytworzy odpowiedzi immunologicznej działającej długofalowo.

Wydawałoby się, że stosowanie dwóch leków jednocześnie zdwoi toksyczność. Dzięki temu, iż ich działania niepożądaną nie pokrywają się ze sobą, możliwe jest utrzymanie odpowiedniej jakości życia w trakcie prowadzonej terapii. Ostatecznie w sposób bezpieczny uzyskujemy zwiokrotnienie efektu terapeutycznego. Wiele światowych i europejskich onkologicznych towarzystw naukowych rekomenduje stosowanie tej strategii terapeutycznej, wskazując ją jako postępowanie z wyboru w pierwszej linii leczenia systemowego raka nerki – zwłaszcza w przypadku chorych z dynamicznie postępującą chorobą i w populacji chorych o tzw. pośrednim lub niekorzystnym rokowaniu. Od 2-3 lat terapie skojarzone – oparte na różnych mechanizmach działania – są z powodzeniem stosowane w wielu krajach, dając szansę na dłuższe okresy remisji i dłuższy czas przeżycia całkowitego.



Połączenie dwóch leków o różnym mechanizmie działania daje bardzo interesujący efekt... Współdziałanie tych leków daje spektakularny rezultat – lek doustny ukierunkowany molekularnie zatrzymuje wzrost nowotworu do momentu, nim immunoterapia nie wytworzy odpowiedzi immunologicznej działającej długofalowo.

Dostęp do szerszego wachlarza refundowanych opcji terapeutycznych daje możliwość optymalnego dobrania leku do zróżnicowanych sytuacji klinicznych, w jakich dochodzi do rozpoznania raka


**PROBLEM**


Więcej informacji  
na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

# Nowotwory głowy i szyi – jaka jest ich charakterystyka?

Istnieje wiele czynników, które powodują nowotwory raka głowy i szyi. Palenie papierosów, picie wysokoprocentowego alkoholu, brak higieny jamy ustnej, ale też zakażenie wirusem HPV – to tylko niektóre z nich. Czy mamy zatem do czynienia z epidemią nowotworów tego typu?



**Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki**  
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi, zastępca dyrektora ds. klinicznych, konsultant wojewódzki ds. radioterapii onkologicznej województwa mazowieckiego

## Czym charakteryzują się nowotwory głowy i szyi?

Do nowotworów głowy i szyi zaliczamy nowotwory, które są zlokalizowane w obrębie jamy ustnej, gardła, zatok obocznych nosa, krtani, narządu słuchu, okolicy podstawy czaszki i jamy nosa. Należy wspomnieć, że wbrew niektórym poglądom do grupy nowotworów narządów głowy i szyi nie należą nowotwory tarczycy ani nowotwory przełyku. Są to choroby charakteryzujące się inną etiologią oraz odmiennym przebiegiem klinicznym i z klasycznymi nowotworami głowy i szyi nie mają wiele wspólnego.

## Jakie są objawy nowotworów narządów głowy i szyi?

Jeśli chodzi o objawy nowotworów narządów głowy i szyi – są one niecharakterystyczne i we wczesnych fazach rozwoju choroby przypominają często symptomy przewlekłych stanów zapalnych rozwijających się w obrębie górnego odcinka układów oddechowego i pokarmowego. Do niepokojących objawów zalicza się m.in. bóle gardła – samoistne bądź przy przełykaniu – uczucie ciała obcego w gardle, bóle i uczucie dyskomfortu w jamie ustnej, nieustająca chrypka o zmiennym nasileniu, występujące zgrubienia lub nieogające się owrzodzenia w obrębie śluzówki jamy ustnej. Jeśli nawet jedna z tych dolegliwości utrzymuje się powyżej 2-3 tygodni, jest to

wskazanie do dokładnego badania laryngologicznego, ponieważ taka sytuacja budzi podejrzenie nowotworu narządów głowy i szyi. Trzeba zwrócić uwagę, że wystąpienie guza w obrębie szyi (mogą to być powiększone węzły chłonne lub guz ślinianki) z tendencją do powiększania się często jest sygnałem rozwijającej się choroby nowotworowej. Tacy pacjenci wymagają natychmiastowej konsultacji i badań specjalistycznych. Należy podkreślić, że nasilone, niekontrolowane dolegliwości bólowe, samoistne krwawienia z jamy nosowej lub ustnej czy też deformacje w obrębie twarzy świadczą o dużym zaawansowaniu choroby.

## Jaki jest wpływ zakażenia HPV na rozwój nowotworów głowy i szyi? Jakie inne czynniki determinują ryzyko zachorowania?

Czynniki kancerogenne skutkujące rozwojem nowotworu narządów głowy i szyi możemy podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa to klasyczne czynniki kancerogenne, czyli przede wszystkim ekspozycja na dym papierosowy, ekspozycja na wysokoprocentowy alkohol (dotyczy to głównie nowotworów jamy ustnej i gardła), mechaniczne drażnienie śluzówki jamy ustnej, np. poprzez ukruszony ząb lub nieprawidłowo dopasowaną protezę. Szczególnie połączenie palenia papierosów i spożywanie wysokoprocentowego

alkoholu powoduje wzajemnie nasilający się efekt.

Druga grupa czynników to czynniki wirusowe. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) jest czynnikiem sprawczym niektórych nowotworów narządów głowy i szyi, przede wszystkim raka ustnej części gardła, ale również, choć w mniejszym stopniu, raka jamy ustnej i krtaniowej części gardła. Raki zależne od zakażenia wirusem HPV mają nieco inny przebieg kliniczny, dotyczą ludzi w młodszym wieku, często nieekspozowanych na dym papierosowy czy alkohol, zaś czynnikiem ryzyka są zachowania seksualne. Nowotwory te cechują się lepszym rokowaniem, ale leczenie jest takie samo jak w innych przypadkach. Z kolei wirus Epsteina-Barr (EBV) wykazuje koincydencję z zachorowaniami na raki nosowej części gardła.

## Jak właściwie wygląda proces diagnostyczny?

Jeśli przynajmniej jeden z wcześniej wymienionych symptomów utrzymuje się powyżej 2-3 tygodni, należy wdrożyć proces diagnostyczny. Pierwszym krokiem jest dokładna ocena laryngologiczna, czyli badanie wykonane przez specjalistę laryngologa, chirurga szczękowego lub onkologa, polegające na dokładnym obejrzeniu jamy ustnej, struktur gardła, krtani i okolic. Warto już na tym etapie zastosować endoskopię – wziernikowanie bezpośrednie.

Następnie, gdy mamy do czynienia z podejrzaną zmianą – zgrubieniem czy owrzodzeniem – należy wykonać biopsję i na podstawie badania histopatologicznego pobranego wycinka ustalić rozpoznanie. Jeśli jest to nowotwór złośliwy, wtedy kolejnym etapem jest wdrożenie diagnostyki obrazowej – tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, gdy zachodzi taka potrzeba. Rolę pomocniczą odgrywają badania ultrasonograficzne oraz RTG. Należy też wykluczyć potencjalne ogniska przerzutowe w innych lokalizacjach. W tym celu wykonuje się badania obrazowe klatki piersiowej oraz jamy brzusznej.

## Jaką rolę odgrywa właściwa ścieżka diagnozy pacjenta w zplanowaniu optymalnej i skutecznej ścieżki terapeutycznej?

Właściwa ścieżka diagnostyczna, a co za tym idzie – wczesne rozpoznanie, odgrywa kluczową rolę u chorych na raki narządów głowy i szyi. We wczesnym stadium choroby są leczeni za pomocą chirurgii lub radioterapii (bądź ich połączenia) z wyleczalnością sięgającą 90 proc. i z dobrym efektem czynnościowo-estetycznym. Natomiast przy znacznym zaawansowaniu (co niestety dotyczy ok. 70 proc. chorych w Polsce) musimy stosować agresywne metody terapii – rozległe zabiegi chirurgiczne (w tym z rekonstrukcją) lub chemioradioterapię.

# Dostęp do najnowocześniejszego leczenia w nowotworach głowy i szyi

Jakiego rodzaju nowotwory zaliczają się do grupy nowotworów głowy i szyi?  
Czy zachorowalność na każdy z nich wzrasta, a może w niektórych przypadkach maleje?  
Czy polscy pacjenci mają dostęp do najnowocześniejszych terapii?



**Dr n. med. Bartosz Szałowski**  
Specjalista onkologii klinicznej, Klinika Nowotworów Głowy i Szyi, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

## Jak przedstawiają się aktualne dane epidemiologiczne? Czy zachorowalność na nowotwory szyi i głowy wzrasta?

Nowotwory głowy i szyi stanowią ok. 4 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. To przekłada się na ok. 6,5 tys. nowych zachorowań rocznie. Są to nowotwory zlokalizowane w obrębie jamy ustnej, gardła, krtani, zatok obocznych nosa, podstawy czaszki. Najczęściej są to nowotwory błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego i oddechowego. Pod nazwą „nowotwory szyi i głowy” nie ujmuje się raka tarczycy, szyjnego odcinka przełyku oraz nowotworów skóry tej okolicy. Czynniki sprzyjające powstawaniu nowotworów szyi i głowy to m.in. palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych, spożywanie alkoholu (szczególnie wysokoprocentowego), brak higieny jamy ustnej, nieodpowiednio dopasowane protezy, niedobory odżywcze. W ostatnim czasie powodem narastającej liczby nowotworów szyi i głowy jest infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego. Są to nowotwory o innej etiologii, dlatego też dużo szybciej się rozwijają. Po pandemii, ze względu na mniejszą dostępność specjalistów, zauważamy wzrost rozpoznania nowotworów głowy i szyi w zaawansowanym stadium. Natomiast zachorowalność na nowotwory krtani, czyli typowo tytoniozależne, maleje.

## Jak wygląda dalsza ścieżka pacjenta po diagnozie?

Zanim postawiona zostanie diagnoza, zawsze pierwszym krokiem jest dokładny wywiad z pacjentem i zwrócenie uwagi na objawy, które mogą sugerować nowotwory głowy i szyi. Do takich symptomów należy przedłużająca się chrypka, niegojące się owrzodzenia w jamie ustnej czy nosie, krwawienia z jamy nosowej czy też guz na szyi niezwiązany z infekcją i niezmnijający się po zastosowaniu antybiotykoterapii. Niepokojącym objawem są też problemy z połykaniem. Gdy symptomy trwają dłużej niż 3 tygodnie, należy udać się do specjalisty w celu poszerzenia

diagnostyki i znalezienia ich przyczyny. Diagnostyka obejmuje badanie podmiotowe (wywiad), w którym trzeba wziąć pod uwagę również czynniki ryzyka. Następnie wykonuje się badanie przedmiotowe, czyli fizykalne. Najlepiej, jeśli byłoby wykonane przez laryngologa za pomocą endoskopu, aby dokładnie obejrzeć jamę ustną, nosową oraz gardło i krtani. Do diagnostyki należą także badania obrazowe, przede wszystkim tomografia komputerowa. Jeśli to nie wystarczy, dostępny jest również rezonans magnetyczny.

Diagnoza jest stawiana na podstawie badania histopatologicznego, czyli wyniku próbki pobranej z podejrzanego miejsca. W zależności od zaawansowania choroby pacjent poddawany jest różnemu leczeniu. Jeśli jest to wczesne stadium, zazwyczaj wystarcza leczenie chirurgiczne bądź samodzielna radioterapia. Niestety chorzy we wczesnym stadium choroby stanowią mniejszość – ok. 30 proc. wszystkich pacjentów. 70 proc. chorych ma rozpoznaną chorobę w zaawansowanym stadium. Nowotwór zaawansowany lokalnie zazwyczaj wymaga leczenia wszystkimi dostępnymi metodami, w tym radioterapią, zabiegiem chirurgicznym, terapią systemową. Leczenie choroby przerzutowej zaś opiera się w dużej mierze na terapii systemowej (chemioterapia, immunoterapia, leki ukierunkowane molekularnie).

## Jak wygląda dostęp do nowoczesnego leczenia nowotworów głowy i szyi w Polsce – czy sytuacja pacjentów jest porównywalna do standardów europejskich i światowych?

Do leczenia systemowego zalicza się terapię ukierunkowaną molekularnie, chemioterapię i immunoterapię. W Polsce mamy dostęp tylko do części leków, które są powszechne w Europie czy na świecie. Pacjenci nie mają refundowanych immunoterapii lub immunoterapii z chemioterapią (chemioimmunoterapią).

Dotyczy to wybranych leków z grupy inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego – inhibitorów PD-1/PD-L1. Terapia ta umożliwia

zaangażowanie układu immunologicznego do walki z komórkami nowotworowymi, dzięki czemu leczenie jest skuteczniejsze i długofalowe.



**Czynniki sprzyjające powstawaniu nowotworów szyi i głowy to m.in. palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych, spożywanie alkoholu, brak higieny jamy ustnej, nieodpowiednio dopasowane protezy, niedobory odżywcze.**

## Jakie działania systemowe mogą doprowadzić do zwiększenia efektywności leczenia pacjentów? Jakich refundacji brakuje w Polsce? Jak ich dostępność wpłynie na zwiększenie rokowań chorych?

Z pewnością dostęp do najnowocześniejszych terapii polepsza rokowanie pacjentów. Jeśli chodzi o refundację w Polsce, brakuje wcześniej wymienionych, określonych typów leków w leczeniu pierwszej linii choroby nawrotowej i przerzutowej. Leki te w porównaniu z tradycyjną chemioterapią dają wyraźnie lepszy rezultat. Zostało to wykazane w randomizowanych, wieloosrodkowych badaniach trzeciej fazy z udziałem prawie tysiąca chorych. Są to duże, reprezentatywne grupy pacjentów. Niestety w Polsce większość pacjentów w pierwszej linii leczenia nie ma możliwości skorzystania z najnowocześniejszych terapii – immunoterapii lub chemioimmunoterapii.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

# Profilaktyka ratuje nam życie – to nie slogan, lecz fakt

O profilaktyce trzeba mówić jak najwięcej, ponieważ w codziennym biegu zapominamy o tym, że może uratować nam życie. Wcześniej wykryta choroba może być w stu procentach wyleczalna. Wiemy to nie tylko od ekspertów, ale też od samej pani prezes i podopiecznych fundacji Kwiat Kobiecości.



**Ida Karpińska**  
Prezes fundacji  
Kwiat Kobiecości

## Profilaktyka, profilaktyka i jeszcze raz profilaktyka. Dlaczego należy komunikować rolę regularnych badań profilaktycznych?

Profilaktyka ratuje nam życie, profilaktyka jest najtańsza, profilaktyka jest najszybszą formą sprawdzenia stanu naszego organizmu. Są to najważniejsze kwestie, które przekładają się na nasze zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Badania to nasz spokój ducha i komfort psychiczny. Nawet jeśli wtedy zostanie wykryta choroba, jesteśmy spokojne i możemy szybko zadziałać. Wiem, że pójście do lekarza może być kłopotliwe, ale jeśli znajdujemy czas na wizytę u kosmetyczki, to zapisanie się na badania raz w roku nie powinno stanowić tak dużego problemu. Musimy zdawać sobie sprawę, że jeśli nie zatroszczymy się o nasze zdrowie, to nasza zewnętrzność nie będzie tak piękna, jak tego chcemy, kiedy codziennie o nią dbamy.

ponieważ są to pierwiastki w naszym organizmie, które odpowiadają za choroby nowotworowe. Dobrze by było wykonać badanie obrazowe jamy brzusznej, w tym jajników, czyli USG transwaginalne. Bardzo ważne jest badanie nerek – obrazowe i z moczu. Przy chorobach jelita grubego kluczowe za to będzie badanie m.in. kału. Oczywiście do tego corocznego przeglądu zdrowia należy dodać wizytę u stomatologa, ponieważ od stanu naszych zębów również zależy wiele chorób. Są to naprawdę podstawowe badania, które nie zajmują dużo czasu.

## Z czego wynika tak niski współczynnik osób badających się pod kątem nowotworów? Jak zachęcić Polki do badań?

Może to wynikać z braku świadomości. Dotyczy to szczególnie grupy kobiet w starszym wieku, które np. nie uczęszczają do ginekologa, ponieważ wcześniej chodziły do niego tylko w celu prowadzenia ciąży lub po receptę na tabletki antykoncepcyjne. Niektóre panie mówią też, że nie chodzą po lekarzach, bo jeszcze coś im wykryją. Z drugiej zaś strony ta świadomość się zmienia i idzie ku lepszymu. Młode kobiety coraz częściej dbają o swoje zdrowie, wykonując badania profilaktyczne. Przyczyniły się do tego m.in. akcje uświadamiające, informacje umieszczane w internecie czy też łatwiejszy dostęp do specjalistów.

## Jaką rolę odgrywa wczesna i odpowiednio postawiona diagnoza w skuteczności terapii pacjenta?

Wczesna diagnoza odgrywa kluczową rolę w całym procesie leczenia. Gdy choroba jest zaawansowana, jest to walka o życie – tragedia zarówno dla samej pacjentki, jak i jej bliskich. Jednak gdy diagnozę postawi się wcześniej, możemy sprawnie zadziałać – jesteśmy spokojniejsze, możemy szybko zareagować. Z własnego oraz moich podopiecznych doświadczenia wiem, że profilaktyka ratuje życie. Wczesne rozpoznanie sprawia, że nie trzeba podejmować inwazyjnych kroków, a i rokowania są znacznie lepsze.

## Jak często powinniśmy wykonywać badania profilaktyczne pod kątem nowotworów kobiecych?

Idealnie by było, gdybyśmy minimum raz do roku zrobili badanie cytologiczne (przynajmniej szkiełkowe, ale najlepiej płynne), badanie USG piersi lub mammografię, jeśli już jesteśmy w wymaganym wieku. Warto również wykonać badania krwi, w tym określenie poziomu arsenu i selenu,



Wczesna diagnoza odgrywa kluczową rolę w całym procesie leczenia. Gdy choroba jest zaawansowana, jest to walka o życie – tragedia zarówno dla samej pacjentki, jak i jej bliskich.

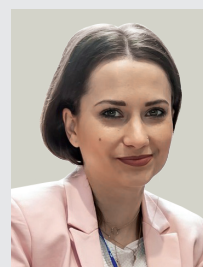
Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

## WYZWANIA

# Jakie wyzwania stoją przed pacjentem onkologicznym?

Pacjent ma prawo dopytać lekarza o wszystkie ważne dla niego aspekty. W razie wątpliwości warto skonsultować się z innym lekarzem – pacjenci mają prawo do drugiej opinii lekarskiej.



**Anna Żuchniewicz**  
Koordynator komunikacji w Fundacji Onkologicznej Rakiety

## Jakie czynniki determinują zachorowanie na nowotwór? Jaki jest wpływ prawidłowej diety i aktywności fizycznej na życie w zdrowiu?

Zgodnie z aktualną wiedzą dotyczącą czynników ryzyka zachorowania na nowotwory około połowie przypadków zachorowań można by było zapobiec, wiodąc zdrowy styl życia – nie paląc tytoniu, eliminując alkohol, stosując odpowiednią dietę oraz aktywność fizyczną.

Samo palenie tytoniu w połączeniu z niewłaściwą dietą, bogatą w produkty wysoko kaloryczne typu fast food, przetworzone mięso, nasycone tłuszcze – głównie pochodzenia zwierzęcego oraz cukier – stanowi ok. 60 proc. wśród wszystkich czynników ryzyka, podczas gdy np. czynniki dziedziczne – ok. 15 proc.



**Aleksandra Ochlik**  
Koordynator Działu Społecznego w Fundacji Onkologicznej Rakiety

## Pacjent po diagnozie – jak wygląda ścieżka leczenia? Z jakimi wyzwaniami spotyka się chory na nowotwór?

Po ustaleniu diagnozy (a czasem już wcześniej) pacjent ma zakładaną kartę DIL0 (karta diagnostyki i leczenia onkologicznego), która uprawnia do szybszej diagnostyki onkologicznej i leczenia przeciwnowotworowego. Ostateczną diagnozę zwykle potwierdza badanie histopatologiczne. W celu ustalenia planu leczenia wykonuje się również dodatkowe badania (np. badania obrazowe), które pozwalają określić stadium rozwoju choroby, np. ewentualną obecność przerzutów. Pacjentowi przedstawiany jest plan leczenia, który w zależności od rodzaju i stopnia zaawansowania

nowotworu złośliwego może obejmować m.in. zabieg chirurgiczny, chemioterapię, radioterapię. Pacjenci na początku ścieżki leczenia często czują się zagubieni, mają obawy związane ze skutkami ubocznymi leczenia. Często na swoją sytuację nakładają własne wyobrażenia związane z chorobą nowotworową oraz informacje znalezione w internecie. Dlatego na tym etapie szczególnie ważne jest znalezienie zaufanego źródła informacji. Pacjent ma prawo dopytać lekarza o wszystkie ważne dla niego aspekty. W razie wątpliwości warto skonsultować się z innym lekarzem – należy pamiętać, że pacjenci mają prawo do drugiej opinii lekarskiej. Kolejnym etapem jest zbudowanie wokół siebie systemu wsparcia – dużą rolę odgrywa tutaj wsparcie bliskich osób, ale również warto zadbać o inne obszary – skorzystać z konsultacji z psychoonkologiem, dietetykiem, w razie potrzeby psychiatrą, seksuologiem. Warto tutaj słuchać swoich potrzeb i świadomie poszukiwać pomocy. Leczenie, a później rehabilitacja często wiążą się z kosztami, dlatego pacjenci i ich bliscy już na samym początku mogą zastanowić się nad możliwością poszukiwania wsparcia finansowego, np. przez założenie zbiórki.

## W jaki sposób możemy wspierać chore na raka osoby?

Poza finansowym wsparciem leczenia, które często jest nierefundowane i opiewa na bardzo wysokie kwoty, fundacje takie jak nasza oferują również bezpłatne wsparcie psychoonkologiczne, które jest nierzadko równie istotne dla osoby chorej – daje bowiem możliwość porozmawiania o swojej chorobie, lękach, obawach czy o zmianach, jakie zachodzą w naszym ciele na skutek leczenia, i emocjach z tym związanych.

Oczywiście ważne jest również wsparcie bliskich, nasza obecność i świadomość, że jest ktoś, z kim można porozmawiać i kto może pomóc. Nie zawsze jednak jest to łatwe, ponieważ przez chorobę bliskiej osoby sami doświadczamy również trudnych emocji. W tej sytuacji także warto skorzystać z konsultacji z psychoonkologiem, który podpowie, jak mądrze wspierać i radzić sobie z zaistniałą sytuacją.



WAŻNE

# Rola hipertermii w leczeniu onkologicznym

Z wielu badań wynika, że zarówno onkotermia (mEHT), jak i inne techniki hipertermii miejscowej zewnętrznej, jako metody uzupełniające, potrafią zwiększyć korzyść terapeutyczną leczenia onkologicznego (chemioterapię oraz radioterapię), i to w znacznym procencie.



**Dr n. med. Norbert Szaluś**  
Specjalista w zakresie medycyny nuklearnej, entuzjasta fitoterapii i medycyny komplementarnej, klinicysta

Więcej informacji:

[drszalus.pl](http://drszalus.pl)

## Czym jest hipertermia miejscowa?

Ogólnie metoda ta polega na dostarczeniu ciepła do niewielkiego obszaru, np. guza, przy użyciu różnych technik. Do ogrzewania mogą być stosowane następujące energie: ciepło, mikrofałe, częstotliwość radiowa oraz ultradźwięki. W zależności od lokalizacji nowotworu techniki hipertermii miejscowej możemy podzielić na takie jak: zewnętrzna, śródścienna lub endokawitarna i śródmiąższowa. Zabiegi również przeprowadza się w zakresie różnych temperatur. Przykładowo: umiarkowana hipertermia w onkologii odnosi się do procesu ogrzewania guza do temperatury w zakresie 39-42,5 st. C. Stosuje się ją w celu uwrażliwienia nowotworu na leczenie onkologiczne (chemioterapię, radioterapię, a obecnie i immunoterapię). Stosunkowo nową metodą hipertermii miejscowej zewnętrznej jest modulowana elektrohipertermia (mEHT – popularnie określana onkotermią). Koncentruje się na selektywnym ogrzewaniu macierzy pozakomórkowej i błon komórkowych w nowotworze (a nie na jednorodnym ogrzewaniu nowotworu, które jest celem klasycznych technik nagrzewania).

## W leczeniu jakich schorzeń zaleca się stosowanie hipertermii miejscowej? W przypadku jakich nowotworów i na jakich etapach choroby można stosować terapię?

Pozytywne obserwacje kliniczne dotyczą wielu nowotworów, np.: glejaka, raka jelita grubego, płuca,

nerki, żołądka, wątroby, jajnika, szyjki macicy, mięsaków, trzustki, prostaty, przełyku i trzonu macicy. Optymalny czas na wprowadzenie tej metody to rozpoczęcie terapii onkologicznej.

## Na czym polega zabieg hipertermii onkologicznej? Jak się do niego przygotować?

Aplikatory zewnętrzne są umieszczane wokół lub w pobliżu odpowiedniego obszaru, a energia jest skupiona na guzie w celu podniesienia jego temperatury. Technicznie: pacjent kładzie się na łóżku, a aplikatory (głowicę lub elektrodę tekstylną) umieszcza się nad planowanym obszarem ogrzewania. Zabieg najczęściej trwa od 30 do 60 minut. Pacjent nie musi się przygotowywać do zabiegu. Istnieją jednak do niego przeciwwskazania. Przykładowo: są to mocne podrażnienia skóry okolicy zabiegu, czynne krwawienia okolicy nowotworu czy wręcz brak współpracy pacjenta. Szczególną uwagę należy zwrócić na chorych z metalowymi protezami w obszarze, który jest poddany zabiegowi.

## Jakie korzyści płyną z zastosowania hipertermii miejscowej (w tym onkotermii)? Czy terapia polepsza rokowanie chorych?

Z wielu badań wynika, że zarówno onkotermia (mEHT), jak i inne techniki hipertermii miejscowej zewnętrznej, jako metody uzupełniające, potrafią zwiększyć korzyść terapeutyczną leczenia onkologicznego (chemioterapię oraz

radioterapię), i to w znacznym procencie. Dla przykładu: hipertermia miejscowa w nowotworach okolicy głowy i szyi zwiększyła całkowitą odpowiedź na leczenie nawet o 30 proc. (w tym przypadku leczenie radioterapią zostało uzupełnione hipertermią miejscową). W 2007 r. w czasopiśmie „Clinical Oncology” dokonano metaanalizy łącznego zastosowania radioterapii i hipertermii miejscowej. Analiza dotyczyła 23 badań obejmujących takie nowotwory jak: zaawansowany rak piersi, rak klatki piersiowej, szyjki macicy, odbytnicy, pęcherza moczowego, prostaty, czerniaka, nowotworów głowy i szyi. Łączna liczba pacjentów objętych badaniami to 1861. Kontrola lokoregionalna choroby dla samej radioterapii wyniosła 38 proc. (dane uśrednione dla 23 badań), przy czym aż 52 proc. dla radioterapii w połączeniu z hipertermią. Oznacza to, że korzyść terapeutyczną odniosło o 14 proc. więcej pacjentów przy zastosowaniu połączonych metod leczenia.

Jeśli chodzi o połączenie z chemioterapią, warto przytoczyć badanie „Fiorentini i asp. nad zastosowaniem mEHT w połączeniu z chemioterapią w zaawansowanym raku trzustki”. W badaniu tym uzyskano o 37 punktów procentowych lepsze wyniki na korzyść chemioterapii w połączeniu z onkotermią. Ponadto grupa pacjentów, w której połączono chemioterapię z onkotermią, uzyskała również wyższy wskaźnik częściowej odpowiedzi na leczenie (52 proc. vs. 14 proc.) oraz niższy wskaźnik progresji choroby (5 proc. vs. 58 proc.) w porównaniu z grupą pacjentów poddanych leczeniu samą chemioterapią.

14 proc.) oraz niższy wskaźnik progresji choroby (5 proc. vs. 58 proc.) w porównaniu z grupą pacjentów poddanych leczeniu samą chemioterapią.

Kolejną pracą mówiącą o korzystnym łącznym zastosowaniu hipertermii miejscowej połączonej z chemioterapią jest publikacja japońskich autorów (Anticancer Research; 2015). Japońscy badacze (Dr Nishimura) wykazują, że „terapia z zastosowaniem chemiohipertermii u pacjentów z resztkowym lub nawrotowym rakiem przełyku po zakończonej standardowej chemioterapii (standardowa chemioterapia raka przełyku) może być bezpiecznie stosowana i jednocześnie osiągnęła wystarczającą skuteczność leczenia miejscowego w połączeniu z chemioterapią po standardowej chemioterapii. Dzięki takiemu protokołowi leczenia uzyskano również poprawę objawów klinicznych, a jednocześnie jakości życia pacjentów z tą chorobą”.

Reasumując, z dostępnych danych wynika, że należy brać pod uwagę hipertermię lokalną jako metodę uzupełniającą standardowe leczenie onkologiczne. Godne zauważenia jest, że na obecną chwilę na portalu Clinical Trial (będącym bazą aktualnie prowadzonych badań klinicznych na całym świecie) możemy znaleźć 27 badań klinicznych (na różnych etapach ich prowadzenia) z zastosowaniem hipertermii lokalnej. Cieszy to bardzo i może przyczyni się do jej szerszej popularyzacji.

## Hipertermia miejscowa

Należy podkreślić, że hipertermia miejscowa (w tym onkotermia) powinna być brana pod uwagę w terapii onkologicznej celem poprawy wyników leczenia u pacjentów z chorobą nowotworową.

**H**ipertermia miejscowa jest zabiegiem polegającym na podwyższeniu temperatury w obszarze nowotworu. Przykładowo: umiarkowana hipertermia w onkologii odnosi się do procesu ogrzewania guza do temperatury w zakresie 39-42,5 st. C w celu uwrażliwienia nowotworu na leczenie onkologiczne. Stosunkowo nową metodą hipertermii miejscowej jest modulowana elektrohipertermia (mEHT; popularnie określana onkotermią). Koncentruje się na selektywnym ogrzewaniu macierzy pozakomórkowej i błon komórkowych w nowotworze (a nie na jednorodnym ogrzewaniu nowotworu, które jest celem klasycznych technik nagrzewania). Onkotermia

jest bezpieczną formą hipertermii. Dr n. med. Norbert Szaluś z Instytutu Immunomedica dodaje, że onkotermia „wykazuje równe korzyści w porównaniu z innymi formami hipertermii w przypadku różnych nowotworów, w tym głębokich guzów miednicy. W badaniach klinicznych I/II fazy nie stwierdzono jej toksyczności, która ogranicza jej dawkę. Obserwacje te dotyczyły przerzutów do otrzewnej u pacjentek z rakiem jajnika, jak również raka płuca i zmian nowotworowych wątroby”.

Wyniki badań klinicznych wskazują na poprawę przeżycia wolnego od choroby u pacjentów leczonych onkotermią. Dla przykładu: „w badaniu Fiorentini i asp. nad zastosowaniem

mEHT w połączeniu z chemioterapią w zaawansowanym raku trzustki” – mówi dr n. med. Norbert Szaluś – „uzyskano o 37 punktów procentowych lepsze wyniki na korzyść chemioterapii w połączeniu z onkotermią. Ponadto grupa pacjentów, w której połączono chemioterapię z onkotermią, uzyskała również wyższy wskaźnik częściowej odpowiedzi na leczenie (52 proc. vs. 14 proc.) oraz niższy wskaźnik progresji choroby (5 proc. vs. 58 proc.) w porównaniu z grupą pacjentów poddanych leczeniu samą chemioterapią”.

Zarówno z powyższego badania, jak również z wielu innych wynika, że onkotermia (mEHT) jako metoda uzupełniająca potrafi zwiększyć korzyść

terapeutyczną leczenia onkologicznego o znaczny procent. Dla przykładu: hipertermia miejscowa w nowotworach głowy i szyi zwiększyła całkowitą odpowiedź na leczenie nawet o 30 proc. (leczenie radioterapią zostało uzupełnione hipertermią miejscową). Pozytywne obserwacje kliniczne dotyczą wielu nowotworów, np.: glejaka, raka jelita grubego, płuca, nerki, żołądka, wątroby, jajnika, szyjki macicy, mięsaków, trzustki, prostaty, przełyku i trzonu macicy.

Resumując, należy podkreślić, że hipertermia miejscowa (w tym onkotermia) powinna być brana pod uwagę w terapii onkologicznej, aby poprawić wyniki leczenia u pacjentów z chorobą nowotworową.

Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

# Jak wspierać w pracy osoby chorej na nowotwór?



**Anna Długotęcka**  
Psycholog,  
współzałożycielka  
i prezes fundacji  
Warszawskie  
Centrum  
Psychoonkologii

Wiele osób po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej wycofuje się z życia zawodowego. Coraz częściej firmy wychodzą naprzeciw potrzebom chorego pracownika i aktywizują go w miejscu pracy.

## **Chorobę nowotworową często diagnozuje się u osób czynnych zawodowo. Z jakimi trudnościami zawodowymi spotykają się one po diagnozie?**

Dane przytaczane przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (Rydziński 2018\*) wskazują, że 57 proc. osób z chorobą nowotworową w wyniku diagnozy musi zaprzestać pracy lub nauki bądź zmienić dotychczas pełnioną funkcję zawodową. U osób, które podejmują leczenie onkologiczne, mogą pojawić się ograniczenia zarówno fizyczne, jak i psychiczne związane ze sprawnością intelektualną, w tym m.in. ze zdolnością zapamiętywania, kojarzenia i szybkością działania. Innymi trudnościami, negatywnie wpływającymi na sytuację zawodową chorych onkologicznie, są stres i lęk, które pojawiają się w związku z chorobą, a także jej odbiorem przez środowisko zawodowe.

## **Dlaczego nie warto rezygnować z pracy w trakcie choroby? Jakie korzyści niesie aktywność zawodowa osobom chorym na raka?**

Praca dla większości osób ma duże znaczenie i jest ważną częścią ich życia. Jest ona nie tylko sposobem pozyskiwania środków finansowych, ale także pełni funkcję terapeutyczną i rehabilitacyjną. Dzięki pracy osoby z chorobą nowotworową kształtują i odbudowują zachwianą przez chorobę tożsamość i osiągają poczucie normalności. Jest to obszar, w którym mogą czuć się sprawcze i kompetentne. Kontynuowanie aktywności zawodowej pomimo choroby pomaga na jakiś czas zapomnieć o sobie jako o pacjencie i realizować się w roli pracownika, przełożonego, specjalisty. Dodatkowo, pracując w życzliwym środowisku, chory może otrzymać wsparcie, którego potrzebuje w tych wyjątkowych okolicznościach. Istotną korzyścią jest także możliwość zarabiania – chory dzięki temu nie tylko może finansować proces leczenia, ale również ma świadomość, że mimo choroby jest w stanie być niezależnym bądź w miarę niezależnym finansowo. To istotne, gdyż u chorych onkologicznie często pojawia się lęk związany z tym, że będą od kogoś zależni, a trud finansowania terapii spocznie na innych członkach rodziny.

## **W jaki sposób pracodawcy mogą wspierać osoby chore onkologicznie?**

Przed wszystkim słuchając ich potrzeb i wychodząc naprzeciw tym potrzebom. Jest naprawdę wiele możliwości prawnych, w tym m.in. zmiana zakresu obowiązków, który w trakcie leczenia pozwoli wykonywać osobie chorej pracę, dodatkowe, pełnopłatne dni wolne od pracy oraz inne udogodnienia, w tym np. elastyczne godziny pracy lub możliwość pracy zdalnej. Ponadto pracodawca może zapewnić choremu dodatkową opiekę medyczną (rozszerzenie pakietu), dodatkowe środki finansowe na leki oraz wsparcie psychoonkologiczne. Świetnym rozwiązaniem są także wewnętrzne zbiórki na leczenie pracownika oraz spotkania ze specjalistami, którzy wytłumaczą reszcie pracowników, jak oswoić się z nową sytuacją i jak mogą np. wspierać osobę chorą. Warto też projektować konkretne i zindywidualizowane działania ułatwiające pacjentom powrót do aktywności po przerwie związanej z leczeniem!

Źródło: Rydzyński, Konrad. 2018. Choroby przewlekłe a powroty do pracy – zakres problemu, uwarunkowania i ograniczenia [prezentacja danych przygotowana przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi], [https://rpo.lodzkie.pl/slider/item/download/395\\_c26d658dab1f859ceaff001c0a747b8f](https://rpo.lodzkie.pl/slider/item/download/395_c26d658dab1f859ceaff001c0a747b8f) [10.03.2020].



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

# Pacjent onkologiczny chce być samodzielny, czyli czym jest rehabilitacja onkologiczna



**Dr n. kult. fiz. Hanna Tchórzewska-Korba**  
Specjalista II stopnia rehabilitacji ruchowej, kierownik Zakładu Rehabilitacji Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, od 20 lat nauczyciel akademicki

By pacjent był zdrowy, musi spełniać określone warunki – nie tylko mieć dobre wyniki, ale również być sprawny w zakresie ruchu, kondycji fizycznej i psychicznej. Do tego niezbędna jest mu rehabilitacja onkologiczna.

## **W kompleksowej i koordynowanej opiece onkologicznej niezwykle ważnym etapem jest wdrożenie w odpowiednim czasie rehabilitacji onkologicznej. Kto powinien rozważyć takie wsparcie?**

Rehabilitacja nie jest wsparciem, lecz elementem leczenia pacjenta. Bardzo często słowo rehabilitacja kojarzy się z poprawą funkcjonowania narządu ruchu – gdy np. złamiemy nogę i chcemy wrócić do pełnej sprawności. Tym zajmuje się fizjoterapia. Natomiast rehabilitacja onkologiczna jest pojęciem o wiele szerszym. To proces społeczno-medyczny, do którego zalicza się fizjoterapię, wsparcie psychologiczne oraz odnalezienie dla pacjenta onkologicznego jego miejsca w życiu po chorobie. Z pewnością każdy pacjent powinien mieć dostęp do fizjoterapii. Wiele operacji onkologicznych z jednej strony leczy pacjenta, z drugiej zaś doprowadza do zmniejszenia sprawności. Przykładowo, jeśli pacjentka ma usuwany węzeł chłonny w wyniku

leczenia raka piersi, może mieć ograniczoną ruchomość obręczy barkowej. Rehabilitacja onkologiczna ma za zadanie pomóc jej usprawnić ten obszar.

## **Na czym polega rehabilitacja onkologiczna pacjentów onkologicznych i jakie są jej główne cele?**

Zależy nam na powrocie pacjenta do społeczeństwa i, jeśli to możliwe, do pracy. Wielu pacjentów chce być także samodzielnymi. Naszym głównym celem jest aktywizacja pacjentów onkologicznych – trzeba obalić mit, który mówi o tym, że chory musi tylko leżeć. Tak jest np. w przypadku pacjentów chorych na raka płuc. Ruch jest częścią procesu zdrowienia i musi być dostosowany do możliwości pacjenta, nawet jeśli jest to tylko spacer. Oczywiście, jest to też zależne od kondycji psychicznej chorego – gdy jest ona kiepska, powinien otrzymać wsparcie psychologiczne, czym również zajmuje się rehabilitacja onkologiczna.

Fizjoterapia wdrażana jest w ośrodkach onkologicznych od momentu, kiedy pacjent jest na oddziale. W onkologii powinno zaczynać się od preredhabilitacji, czyli przygotowania pacjenta do skończonego leczenia. Jeśli pacjent jest np. wyniszczony, stosuje się u niego konkretne zalecenia dietetyczne. Wykonuje się również pacjentom testy sprawnościowe, by sprawdzić, czy ich organizm będzie w stanie poradzić sobie w okresie rekonwalescencji. Także wychodząc z oddziałów,

pacjenci otrzymują poradniki oraz wiele informacji dotyczących ich powrotu do zdrowia.

Rehabilitacja onkologiczna to nie tylko leczenie, ale również zapobieganie. Bardzo ważna jest dla nas profilaktyka wtórnego obrzęku limfatycznego. Jest on częsty u pacjentów z usuniętymi węzłami chłonnymi bądź napromienianiem w tej okolicy. Działania fizjoterapeutyczne obejmują również ćwiczenia oddechowe.

## **Jak wygląda dostęp do wspomnianych świadczeń? Gdzie szukać profesjonalnej pomocy?**

Myszę, że nie ma dziedziny medycyny, w której nie byłoby elementu usprawniania pacjenta. Dlatego też ten dostęp do rehabilitacji powinien być powszechny. W centrach onkologii pacjenci mają do dyspozycji zarówno poradnie psychologiczne, jak i poradnie fizjoterapeutyczne. Przykładowo: w Narodowym Instytucie Onkologii znajduje się Zakład Rehabilitacji działający już od 1984 roku. Otwieraliśmy tę drogę i na szczęście takich miejsc jest coraz więcej, jednak nadal za mało.

Na pewno to, co powinno się w tej kwestii zmienić, to również świadomość lekarzy i fizjoterapeutów. Pacjent onkologiczny nie zaraża – nie należy wykluczać tej grupy pacjentów z dostępu do usług fizjoterapeutycznych w poradniach lub zakładach rehabilitacji. Nie należy bać się przyjmować takich chorych, a niestety jeszcze zdarzają się takie przypadki.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

# Pacjencie onkologiczny – pamiętaj również o zdrowiu swojej skóry!

Skóra jest największym i jednym z najważniejszych narządów chroniących nasz organizm przed światem zewnętrznym. Dlatego tak ważna jest jej odpowiednia pielęgnacja, szczególnie podczas leczenia onkologicznego.



## Jak leczenie onkologiczne wpływa na skórę? Od czego zależy skala uszkodzenia skóry po chemio- i radioterapii? Jak długo trwa czas regeneracji skóry i czy możliwe jest jego skrócenie?

Chemioterapia jest leczeniem ogólnoustrojowym. Podajemy pacjentowi leki cytotoksyczne, które wpływają nie tylko na komórki nowotworowe, ale również na wszystkie inne komórki naszego organizmu, w tym składowe naszej skóry. One też podlegają wyniszczeniu, dlatego możemy zaobserwować m.in. zahamowanie wzrostu płytek paznokciowych czy zmiany w obrębie samej skóry. Może być ona przesuszona, łuszczyć się, mieć tendencje do pęknięcia. Nie możemy zapominać również o oddziaływaniu samego nowotworu. Jeśli choroba nowotworowa jest zaawansowana, mamy do czynienia z niedoborami witamin i wyniszczeniem organizmu, co przekłada się na zdrowie skóry.

Radioterapia jest leczeniem miejscowym. Polega na naświetlaniu chorego narządu znajdującego się wewnątrz naszego organizmu – np. raka piersi czy płuca. W związku z tym promieniowanie musi przejść przez skórę. Choć obecnie mamy do dyspozycji nowoczesne narzędzia do radioterapii, to skóra nadal jest poddawana napromienieniu. Dlatego w tych miejscach pojawiają się różnego rodzaju stany zapalne, ostre odczyny



**Prof. dr hab. n. med. Adam Reich**  
Zakład Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego

popromienne, łuszczenie, owrzodzenia. W dłuższej perspektywie w tej okolicy mogą wytworzyć się widoczne przebarwienia, a nawet kolejne stany nowotworowe w zakresie samej skóry. Na czas regeneracji skóry po leczeniu składa się kilka czynników – wiek pacjenta, stan ogólny (w tym współchorobowość), rodzaj i dawka terapii. Jest to zatem kwestia niezwykle indywidualna.

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

Odpowiednia pielęgnacja skóry w trakcie leczenia onkologicznego jest bardzo ważna, ponieważ – tak jak wspomniałem – jej brak może doprowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, w tym nawet do tworzenia się nowotworów w obrębie skóry. Terapia onkologiczna jest leczeniem toksycznym, dlatego też stan skóry ulega znacznemu pogorszeniu. W trudnym okresie leczenia onkologicznego pacjenci zapominają o swojej skórze, dlatego też ważną rolę w tym zakresie odgrywa personel pomocniczy, pielęgniarski – by uczyć chorych, w jaki sposób dbać o skórę. Jest to istotny element w całym procesie powrotu pacjenta do zdrowia.

## W jaki sposób powinniśmy dbać o skórę w trakcie chemio- i radioterapii?

Bez wątpienia pacjenci onkologiczni, a już szczególnie leczeni radioterapią, powinni być pod stałą opieką dermatologiczną i dbać o swoją skórę w odpowiedni sposób. Dobrze zaopiekowana skóra łatwiej się regeneruje, jest elastyczna, bardziej odporna na zewnętrzne urazy. Powinniśmy zatem pamiętać o jej nawilżeniu, ale też o właściwej higienie. Jest ona kluczowa, ponieważ u pacjentów poddawanych chemioterapii lub radioterapii układ immunologiczny jest osłabiony. Należy ich chronić przed powikłaniami infekcyjnymi, w tym zakażeniami bakteryjnymi skóry.

## Jakie składniki są kluczowe w produktach do odbudowy skóry?

Osoba z chorobą nowotworową powinna zadbać o siebie od środka – pamiętać o zdrowym odżywianiu i odpowiednim nawodnieniu. Jeśli chodzi o preparaty stosowane zewnętrznie – ważne, by miały niskie pH, były delikatne dla skóry. W odbudowie naskórka dużą rolę odgrywają produkty emolientowe, zwłaszcza te zawierające ceramidy, lipidy. Najważniejsze jest to, by preparaty pielęgnacyjne nie podrażniały, ale odbudowywały barierę naskórkową oraz przywracały prawidłowy mikrobiom skóry, który u pacjentów onkologicznych bardzo często jest zaburzony.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)



## Właściwa pielęgnacja skóry po leczeniu onkologicznym

Aby ukoić skórę po chemio- i radioterapii, warto sięgnąć po kosmetyki onkologiczne **APIDERM** od **Apis Natural Cosmetics**, które działają wielokierunkowo i zawierają substancje natłuszczające, nawilżające, odżywiające i łagodzące podrażnienia.



Czytaj więcej na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)

Znajdziemy w nich wartościowe oleje, takie jak: lniany, arganowy i kokosowy, oraz masło shea, które przywrócą skórze balans hydrolipidowy. Zawarte w nich antyoksydanty i witaminy A, E będą chronić DNA komórek przed nowymi uszkodzeniami, a skwalen z oliwek, kwas hialuronowy, wyciąg z owsa czy

ekstrakt z peruwiańskiej rośliny Tara dogłębnie nawilżą i utrzymają wodę w naskórku. Wzbogacone D-panthenolem, aloesem oraz alantoiną ukoją oraz złagodzą powstałe podrażnienia.

W skład serii wchodzi odbudowująco-odżywczy: **balsam do ciała, krem do rąk i paznokci, balsam do stóp, krem na dzień, krem na noc.**



**Joanna Górka**  
Dziennikarka, prezes  
Fundacji Silni Soba

# Rak może dotknąć każdego...

Kobiecość to nie tylko wygląd. Najważniejsza jest głowa, silna głowa, nastawienie. Czasem trzeba skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry. Ja takiego wsparcia potrzebowałam po leczeniu.



chowałam się ze swoim rakiem i nigdy się nie wstydziłam. Pokazanie się w telewizji w peruce było dużym wyzwaniem, ale praca była jednym z elementów normalności, o którą dbaliśmy. Byłam szczęśliwa, że mimo raka mogę się realizować zawodowo i że rak nie demoluje nam życia prywatnego. Kiedy czułam się dobrze, byłam radosną mamą, aby syn wiedział, że mama ma raka, ale rak nie ma jej. Byłam kochającą partnerką, podróżowaliśmy, spotykaliśmy się ze znajomymi.

Pytają państwo, czy można pokonać raka. Nie wiem. Nigdy nie powiedziałam, że wygrałam, że pokonałam, że jestem zdrowa... Nie mam odwagi. Ale czekam na dzień, kiedy pomyślę, że mam to za sobą.

”

**Staram się własnym przykładem dawać siłę i pokazywać inne oblicze pacjenta onkologicznego.**

**Im więcej o profilaktyce, tym lepiej. Z pani perspektywy – dlaczego należy nagłaśniać rolę regularnych badań? Jak często Polki powinny się badać?**

Rak nie jest zaraźliwy. Od profilaktyki się nie zachoruje. Wśród tych, którzy się nie badają, panuje powszechne przekonanie, że lepiej się nie badać, bo jeszcze coś się wybada. Znajomość swojego ciała, wiedza na temat własnego zdrowia i interweniowanie, kiedy coś jest nie tak, to jedyna słuszna droga. Jestem żywym dowodem na to, że wczesne wykrycie to życie. Gdybym nie wyczuła guza albo gdybym zbagatelizowała to, co wyczułam... Przy złośliwości 95 proc. i tym rodzaju guza, jakiego miałam – już byśmy pewnie nie rozmawiały. Kobiety, moim i lekarzy zdaniem, powinny regularnie robić badania USG piersi, cytologię i morfologię. Ja obecnie badam się często, ale przed rakiem dokładny przegląd organizmu robiłam raz w roku. Dobrze raz w miesiącu, w dziesiątym dniu cyklu, wykonywać samokontrolę piersi. Jeśli coś wyczuwamy, nigdy nie wolno tego bagatelizować. Pamiętajmy, że rak nie poczeka, aż pozafatwimy ważne i mniej ważne sprawy. Rak może dotknąć każdego – młodego i starego, bogatego i biednego, grubego i chudego... Rak nie wybiera, rak nie czeka.

**Podkreśla pani, że nowotwór nie oznacza pozbawienia kobiecości. Wiemy, że sama zmagająca się pani z chorobą. W jaki sposób dbać o swoją psychikę w tym ciężkim momencie w życiu?**

To bardzo trudne. Kiedy widzisz w lustrze kogoś zupełnie innego, kogoś, kogo nie znasz, bo znasz siebie zupełnie inną... Jedyną drogą jest akceptacja tego widoku, bo w głębi serca wiesz, że jesteś inna, ale to ciągle jesteś ty. Ja powtarzałam sobie, czasami nawet na głos, że to przejściowe, „odzyskasz siebie”, „bądź dzielna”. Kobiecość to nie tylko wygląd. Najważniejsza jest głowa, silna głowa, nastawienie. Czasem trzeba skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry. Ja takiego wsparcia potrzebowałam po leczeniu. Strach przed nawrotem był tak paraliżujący, że nie byłam w stanie funkcjonować. Terapia dała mi narzędzia, dzięki którym wiem, jak ze sobą postępować, by lęk nie wypchał mnie w czarną otchłań beznadziei.

**Choroba nowotworowa może dotknąć każdego. Jaką rolę odgrywają osoby publiczne w szerzeniu świadomości, że z nowotworem możliwe jest aktywne życie zawodowe oraz że raka można pokonać?**

Sądzę, że dzielenie się wiedzą i doświadczeniem to mój przywilej i obowiązek. Uważam, że osoby publiczne, które mają to szczęście i zaszczyt gościć np. za pośrednictwem telewizji w domach tysięcy ludzi, które mają jakiś wpływ na społeczeństwo i jego myślenie, nie powinny milczeć. Ale jeśli się nie udziela – też jestem w stanie to zrozumieć. Myślę, że swoje zasięgi trzeba dobrze wykorzystywać. Staram się własnym przykładem dawać siłę i pokazywać inne oblicze pacjenta onkologicznego. Z perspektywy czasu cieszę się, że nie

**Jest pani prezesem fundacji Silni Sobą. Czy mogłaby pani przybliżyć naszym czytelnikom cel działań fundacji? Dlaczego ważne jest, aby chorzy oraz ich bliscy mieli świadomość, że nie zostali z chorobą sami i istnieją miejsca, które wspierają osoby w walce z rakiem?**

Przez całe leczenie był ze mną mój narzeczony, zawsze mogłam na niego liczyć. Razem napisaliśmy książkę. „Dziad. On silny, my silniejsi” to spojrzenie na to, co się stało z dwóch stron – osoby chorującej i wspierającej. Na początku myśleliśmy, że ta książka jest tylko dla nas, że napiszemy to, co czujemy, wydrukujemy i zamknijemy ten rozdział życia. Tymczasem okazuje się, że dziesięć tysięcy zabierają „Dziada” na chemię, że mówią sobie: „Skoro Górka dała radę, to ja też dam”. Już na premierze wiedzieliśmy, że książka będzie początkiem. Założyliśmy Fundację Silni Sobą, wspieramy pary po chorobie nowotworowej i z chorobami przewlekłymi. Chcemy, aby choroba nie przekreślała ich marzeń i planów, aby nauczyli się żyć z trudnymi doświadczeniami, żeby one były w tle, a nie na pierwszym planie. W ramach działań Fundacji organizujemy w firmach i korporacjach prelekcje z tzw. obsługi pacjenta onkologicznego. Mówimy, jak rozmawiać, jak nie rozmawiać, co robić, jak reagować, co może boleć, a co może dodać siły... Ale mówimy też o potrzebach osoby wspierającej. Kiedy Fundacja się rozkręci, będziemy organizować wyjazdy dla podopiecznych, gdzie będą różne warsztaty i szkolenia, terapie psychologiczne i ruchowa. Mamy fajne pomysły, oby udało się je zrealizować. Działamy.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](http://byczdrowym.info)