

Walka z rakiem



NIE PRZEGAP:

NOWOŚĆ

Czy już niedługo rak szyjki macicy będzie nam obcy? **s4**

SPRAWDŹ

Szczepienie przeciw wirusowi HPV skuteczne nie tylko u nastolatków **s5**

EKSPERT

Żywność pacjenta onkologicznego odgrywa istotną rolę w powodzeniu terapii **s6**

Dr Paweł Kabata

s8-9

**NAJWAŻNIEJSZA JEST KWESTIA
ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ I PROMOCJI
BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH**

W WYDANIU

WYZWANIA



Prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński
Badania genetyczne jako element profilaktyki przeciwnowotworowej



Prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko
Diagnostyka molekularna, czyli precyzyjna metoda namierzania celu



Adrianna Sobol
Opieka nad pacjentem onkologicznym to nie sprint, lecz maraton

Senior Project Manager: **Krystyna Miłoszewska**
Tel.: **+48 537 693 500**
E-mail: krystyna.miloszewska@mediaplanet.com
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Managing Director: **Karolina Kukietka**
Skład: **Mediaplanet**
Web Editor & Designer: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Aleksandra Podkówka-Poźniak**
Fotografie: 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

mediaplanet.pl

mediaplanet

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



Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Koszty leczenia **pacjenta onkologicznego**

Choroba onkologiczna dotyka nie tylko samego chorego, ale również jego bliskich, a pośrednio także jego pracodawcę i samo państwo. Jest to zarówno obciążenie zdrowotne, psychiczne, jak i ekonomiczne oraz społeczne. Jak zatem przedstawiają się same koszty leczenia onkologicznego i co można zrobić, by zniwelować następstwa choroby?

Jakie są następstwa ekonomiczne leczenia chorych onkologicznych z perspektywy społecznej? Czy stan zdrowia pacjentów onkologicznych ma wpływ na gospodarkę kraju?
Każda choroba generuje koszty zarówno po stronie ubezpieczyciela, który ma zobowiązania w postaci świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych czy też rehabilitacyjnych, jak i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Są to koszty związane z krótką bądź długotrwałą niezdolnością do pracy. Mówimy tu o osobach będących jeszcze w wieku produkcyjnym. Wydatki, szczególnie w przypadku pacjentów onkologicznych, są na bardzo wysokim poziomie, co powoduje wielokrotnie obciążenie dla sektora finansów publicznych. Jest to jednak jedynie wierzchołek góry lodowej – do kosztów pośrednich ponoszonych przez ZUS należy doliczyć także te związane z prezenteizmem, czyli utratą produktywności z powodu choroby samego pacjenta, a także jego opiekuna/opiekunów, oraz koszty przedwczesnych zgonów. Nie zapominajmy także o tym, że pacjent podczas choroby wydaje ze swojej kieszeni pieniądze na pokrycie wielu innych komponentów opieki, m.in. na materiały opatrunkowe, dodatkowe leki, dojazdy do ośrodków, w których prowadzone jest leczenie.

Czy wiadomo, jaki koszt leczenia onkologicznego ponosi obecnie państwo?
Z analiz opublikowanych przez NFZ wynika, że w 2020 r. publiczny płatnik wydał na opiekę onkologiczną 11,2 mld zł. Dla porównania: w roku 2009 była to kwota 4,8 mld zł. Wydatki publiczne ponoszone przez ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy związane z nowotworami wyniosły w 2018 r. 1,7 mld zł. Ponadto, według szacunków zespołu prof. Igi Magdy, koszty utraconych dochodów z pracy osób w wieku 15-64, które zachorowały na nowotwór lub umarły z jego powodu, w 2016 r. kształtowały się na poziomie od 18 mld zł do nawet 50 mld – w zależności, czy zakładano powrót do pracy po chorobie, czy też definitywne zakończenie aktywności zawodowej. Jak widać, skala konsekwencji finansowych chorób nowotworowych jest ogromnym wyzwaniem dla finansów publicznych każdego kraju, także Polski.

Jakie działania powinno podjąć państwo, by polepszyć sytuację pacjentów onkologicznych?
Powinniśmy zadbać o skuteczność profilaktyki. Choroby nowotworowe są to choroby cywilizacyjne, którym możemy dzisiaj skutecznie zapobiegać lub wcześniej je wykryć, co znacząco poprawia rokowania i obniża koszty. Budowanie świadomości naszej osobistej roli co do ochrony naszego zdrowia jest niezwykle cenne. Sami możemy uratować nasze życie, jeśli przyjmujemy bardziej proaktywną postawę, nie licząc tylko na system i nie zrzucając obowiązków na lekarza rodzinnego czy też poszczególnych dostawców usług zdrowotnych.

„
Skala konsekwencji finansowych chorób nowotworowych jest ogromnym wyzwaniem dla finansów publicznych każdego kraju.

Nasza sprawczość może manifestować się w postaci regularnego korzystania z badań profilaktycznych. Oczywiście, w tej kwestii niezwykle ważna jest również czujność onkologiczna lekarzy rodzinnych i specjalistów. Kluczowe jest, by pacjent, u którego pojawiły się symptomy, jak najszybciej został skierowany do wyspecjalizowanego ośrodka. Kolejnym etapem musi być zindywidualizowany, optymalny dla indywidualnego pacjenta plan leczenia, prowadzony w sposób skoordynowany. Działania zorientowane na standaryzację opieki, sieciowanie ośrodków w celu ich lepszej współpracy na ścieżce pacjenta oraz pomiar efektów leczenia to pożądane kierunki zmian w polskim systemie opieki onkologicznej.

 EKSPERT

Co na temat naszego stanu zdrowia może powiedzieć morfologia krwi



Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda
Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, krajowy konsultant w dziedzinie hematologii

Nie bez powodu zwykło się mawiać, że morfologia krwi jest odzwierciedleniem stanu naszego organizmu. Jest to podstawowe badanie krwi o zastosowaniu nie tylko diagnostycznym, ale też profilaktycznym, które pozwala na ogólną ocenę układu czerwonokrwinkowego, białokrwinkowego i płytek krwi.

Morfologia krwi pełna (tzw. morfologia 5 diff) obejmuje analizę pięciu frakcji krwinek białych. Morfologia krwi to najprostsze i najszybsze badanie, które może zlecić nasz lekarz rodzinny.

O potrzebie wykonania morfologii krwi decyduje zazwyczaj lekarz po przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego i po badaniu pacjenta. Jednak hematolodzy podkreślają, że kluczowe jest wykonywanie morfologii krwi również profilaktycznie – raz w roku.

Morfologia krwi pozwala na wstępne rozpoznanie niedokrwistości i jej różnicowanie, stanów zapalnych, infekcji, małopłytkowości, jak również umożliwia wstępną diagnostykę chorób nowotworowych szpiku kostnego i układu limfatycznego. Morfologię krwi powinny szczególnie wykonać osoby, które od dłuższego czasu skarżą się na przewlekłe zmęczenie i osłabienie, cierpią na nawracające infekcje, mają krwawienia z nosa, dziąseł czy zaobserwowały na skórze wybroczyny, schudły znacząco w ostatnim czasie, skarżą się na nocne poty czy gorączkę

niebędącą objawem zakażenia. Należy pamiętać, że zmęczenie, osłabienie czy zmniejszenie naszej wydolności fizycznej to nie zawsze są objawy przepracowania i szybkiego tempa życia, ale mogą świadczyć o wielu bardzo poważnych chorobach.

Badanie morfologii krwi jest bardzo proste i nie wymaga od nas wielkiego przygotowania. Zazwyczaj wykonuje się je rano, na czczo, a do badania pobiera się krew żylną, nakłuwając żyłę kończyny górnej, najczęściej w okolicy zgięcia łokciowego, rzadziej grzbietu dłoni lub przedramienia. Wynik zarówno pacjent, jak i lekarz kierujący otrzymują zazwyczaj następnego dnia, a w przypadkach pilnych – tego samego dnia. Warto podkreślić, że wynik badania morfologii krwi powinien zawsze skonsultować lekarz. Porównanie naszych wyników z zakresami referencyjnymi, które podawane są przez laboratoria, często może powodować u pacjenta niepotrzebny lęk i stres. Prawidłowo odczytana morfologia krwi pozwala specjalście na wstępne postawienie diagnozy i skierowanie dalszych badań. Z wyniku morfologii

kwi można dowiedzieć się, czy występuje na przykład niedokrwistość, a na podstawie parametrów jakościowych krwinek czerwonych wstępnie określić jej przyczynę, nadkrwistość, małopłytkowość, nadpłytkowość, zaburzenia ilościowe i jakościowe krwinek białych. Nieprawidłowości w ww. parametrach mogą z kolei nasuwać podejrzenie niedoboru pewnych witamin, niedoborów odporności, zakażenia bakteryjnego czy wirusowego, chorób zapalnych, ale także nowotworów szpiku kostnego lub układu chłonnego.

Profilaktyczna morfologia krwi wykonywana raz w roku może nas uchronić przed konsekwencjami wielu poważnych chorób, których objawy w początkowym okresie choroby mogą być mało charakterystyczne i trudne do uchwycenia. Wczesna diagnostyka umożliwia podjęcie właściwych decyzji terapeutycznych, co z kolei przekłada się na skuteczność leczenia i rokowanie. Dlatego ważne jest, aby morfologia krwi stała się standardowym badaniem wykonywanym w ramach badań profilaktycznych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)

 WAŻNE

Pamiętaj o profilaktyce: zbadaj się już teraz!

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

Kiedy powinno się wykonać badanie profilaktyczne w kierunku nowotworu jelita grubego i jakie są czynniki ryzyka?

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.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)

Test na krew utajoną w kale FOB TEST

Zadbaj o profilaktykę raka jelita grubego.



domowe laboratorium
OD 1987 ROKU

[www.domowelaboratorium.pl](#)



Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

Czy już niedługo **rak szyjki macicy** będzie nam obcy?

Rak szyjki macicy jest jednym z niewielu nowotworów, którym możemy skutecznie przeciwdziałać. Podłożem problemu jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), którego można wyeliminować za pomocą skutecznych szczepień, badań przesiewowych i terapii. Czy to oznacza, że w przyszłości nowotwór szyjki macicy może stać się chorobą rzadką?



Dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, prof. NIO-PIB w Warszawie
Poradnia Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, NIO-PIB Warszawa, Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach

Czy mógłby pan profesor wyjaśnić, czym jest strategia WHO 90-70-90, dążąca do wyeliminowania raka szyjki macicy?

Strategia WHO 90-70-90 to swego rodzaju manifest i wezwanie zobowiązujące kraje na całym świecie do podjęcia aktywnych działań na rzecz sprowadzenia raka szyjki macicy do postaci nowotworu rzadkiego, czyli takiego, na który zapadać będą rocznie mniej niż cztery kobiety na 100 tys. w każdym z państw. Jest to program kilkudziesięcioletni, który zakłada szersze stosowanie profilaktyki pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej. Profilaktyka pierwotna to szczepienia przeciwko wirusowi HPV. Wtórna oznacza wczesne wykrywanie i leczenie stanów przedrakowych, a trzeciorzędowa obejmuje terapię samej choroby oraz zapobieganie jej niekorzystnym skutkom. W ramach powyższej strategii WHO nakazuje objęcie szczepieniami przeciwko HPV 90 proc. nastoletnich dziewcząt, objęcie 70 proc. dorosłych kobiet wysokiej jakości badaniami przesiewowymi oraz objęcie skutecznym leczeniem 90 proc. pacjentek z wykrytymi stanami przedrakowymi oraz zdiagnozowanym nowotworem złośliwym szyjki macicy w oparciu o dostępne współcześnie metody terapii. W przypadku wczesnego wykrywania zalecane jest zastosowanie bardzo czułych metod biologii molekularnej, czyli testów wykrywających HPV DNA zarejestrowanych do badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy lub innych, co najmniej równie skutecznych technologii w przyszłości.

Czy ta strategia ma szansę skutecznego zaistnienia w Polsce?

Ma szansę, chociaż cele strategii WHO są bardziej ambitne niż założenia Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Osiągnięcie liczb 90-70-90 jest możliwe, co widać już na przykładzie innych krajów, takich jak Australia czy Belgia, które są bliskie zrealizowania tego zadania. Dlatego też warto zintensyfikować nasze działania, aby te cele osiągnąć. Myślę,

że już w przyszłym roku program bezpłatnych szczepień przeciwko HPV będzie realizowany w Polsce. Nie wiem, czy osiągniemy 90 proc. poziom zaszczepienia docelowych roczników nastolatków, ale należy zrobić wszystko, by tak się stało. W zakresie ostatniego celu – objęcia leczeniem 90 proc. pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem i stanami przedrakowymi w Polsce – to zadanie już jest realizowane. Ogromna większość kobiet z rakiem szyjki macicy jest poddawana terapii w ośrodkach onkologicznych, chociaż oczywiście zawsze jest coś do poprawienia w zakresie jakości tego leczenia. Podobnie jest z leczeniem stanów przedrakowych. Narodowa Strategia Onkologiczna również wprowadza odpowiednie działania, aby podnieść jakość badań przesiewowych i terapii.

Panie profesorze, w tej strategii ważny jest screening (badanie cytologiczne). Czy w Polsce jest na satysfakcjonującym poziomie?

Raport GUS przedstawiający dane z 2019 roku pokazuje, iż ponad 60 proc. Polek pomiędzy 20. a 60. rokiem życia deklaruje, iż w ciągu ostatnich trzech lat wykonało badanie cytologiczne. W niektórych grupach wiekowych, np. 30-40 lat, jest to nawet blisko 90 proc. W Polsce nie mamy centralnego rejestru takich badań, zatem trudno je jednoznacznie zweryfikować. Rejestrujemy tylko badania wykonywane w programie profilaktyki refundowanym przez NFZ, ale to jest zdecydowana mniejszość badań wykonywanych w Polsce. Mam nadzieję, że wprowadzenie nowych metod badań przesiewowych z pomocą diagnostyki molekularnej spowoduje, iż Polki, po pierwsze, będą miały do nich dostęp, po drugie, zwiększy się zaufanie do nowoczesnych metod wczesnego wykrywania, także w refundowanym przez NFZ programie profilaktyki. Należy wspomnieć, że wskazane przez WHO testy HPV DNA stosujemy już w Polsce w ramach pilotażu refundowanego przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Te badania są już także dostępne od kilku lat na rynku prywatnych usług medycznych.

Czy badanie cytologiczne to jedyna metoda profilaktyki raka szyjki macicy?

To na razie podstawowa metoda profilaktyki wtórnej w Polsce – czyli wczesnego wykrywania. Natomiast założeniem profilaktyki pierwotnej jest uniknięcie czynników ryzyka lub czynników sprawczych choroby i w tym przypadku naszym zadaniem jest wprowadzenie programu szczepień przeciwko HPV. Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada objęcie szczepieniem 60 proc. populacji dziewczynek i chłopców w naszym kraju. Mam nadzieję, że już w przyszłym roku program ten będzie realizowany i osiągniemy objęcie 80-90 proc. nastolatków szczepieniami.

A co z kobietami, które nie miały szansy być zaszczepione jako nastolatki? Czy warto zachęcać je, aby szczepiły się prywatnie?

Szczepienia przeciwko HPV mają największą skuteczność populacyjną, jeśli są zastosowane u młodych dziewcząt, optymalnie w polskich warunkach pomiędzy 11. a 13. rokiem życia. Natomiast nie ma przeciwwskazań, żeby szczepiły się kobiety dorosłe, po inicjacji seksualnej. Szczególną grupę, która może odnieść korzyść ze szczepienia przeciwko HPV, stanowią kobiety diagnozowane i leczone z powodu stanów przedrakowych wywołanych tym wirusem. Chociaż aktualnie dostępne szczepionki nie mają działania terapeutycznego, to w przypadku pacjentek leczonych z powodu stanów przedrakowych szyjki macicy mogą zmniejszyć ryzyko reinfekcji HPV i nawrotu choroby.

Czy pan profesor szczepi swoje pacjentki?

Tak, szczepię i zalecam szczepienie u pacjentek diagnozowanych i leczonych z powodu stanów przedrakowych. Czasem te dorosłe kobiety przyprowadzają na szczepienie swoje nastoletnie córki, aby miały szansę uniknąć tego, przez co same przeszły.

Szczepienie przeciw wirusowi HPV skuteczne nie tylko u nastolatków

Według licznych doniesień oraz analiz, szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) przynoszą korzyści zarówno w grupie osób przed inicjacją seksualną, jak i aktywnych seksualnie. Szczepienia, choć mają charakter profilaktyczny, są wykorzystywane także w ramach leczenia zmian przednowotworowych. Dlatego ważne jest, byśmy nie zawężali znaczenia tej formy profilaktyki chorób HPV-zależnych, w tym raka szyjki macicy, tylko do grupy nastolatków.



Dr Dominik Pruski
Medicorner
w Poznaniu; Oddział
Położniczo-
-Ginekologiczny
z Pododdziałem
Ginekologii
Onkologicznej
i Pododdziałem
Endokrynologii
Ginekologicznej,
Szpital Wojewódzki
w Poznaniu

Dlaczego w kontekście szczepień na HPV mówimy tylko o nastolatkach?

Głównym założeniem szczepienia przeciwko HPV jest postępowanie profilaktyczne. Oznacza to, że stosuje się szczepionkę w populacji osób przed inicjacją seksualną, czyli zanim dojdzie do ekspozycji na wirusa brodawczaka ludzkiego. Wtedy też pacjenci są w ponad 95 proc. chronieni, a układ immunologiczny lepiej reaguje na szczepionkę. Dlatego kalendarz szczepień obejmuje obecnie populację nastoletnich dziewczynek i chłopców. W wieku od 9 do 14 lat konieczne są dwie dawki, powyżej 15. roku życia trzy dawki szczepienia.

Natomiast coraz więcej badań donosi, że w grupie wiekowej do ok. 26. roku życia pacjenci również odnoszą korzyść i mogą być chronieni przeciwko HPV, w podobnym mechanizmie. Jest to bardzo istotne, ponieważ wirus brodawczaka ludzkiego odpowiada za całe spektrum chorób HPV-zależnych. U kobiet mówimy przede wszystkim o raku szyjki macicy i licznych stanach przednowotworowych, w tym szyjki macicy, pochwy oraz sromu. W przypadku mężczyzn wirus HPV może przyczynić się do powstania stanów przednowotworowych, a w konsekwencji raka, w obrębie narządów płciowych męskich, a także w okolicy odbytu. HPV powoduje również tworzenie się kłykcin – w obszarze zarówno narządów płciowych, jak i w krtani, nosogardzieli i jamie ustnej.

Czyli nastolatki to nie jedyna grupa, którą warto szczepić?

Nie, grupa pacjentów, których można, a nawet trzeba szczepić, jest dużo szersza. Są to między innymi kobiety i mężczyźni po inicjacji seksualnej. Takie działanie profilaktyczne może zabezpieczyć przed zarażeniem się innymi typami HPV lub w ogóle przed infekcją, a według niektórych danych może nawet ułatwić eliminację wirusa. Wraz z grupą specjalistów

w czasopiśmie „Vaccines” opublikowaliśmy wyniki badania potwierdzającego bardzo wysoką skuteczność wytwarzania przeciwciał klasy IgG przeciwko HPV u kobiet zaszczipionych po inicjacji seksualnej. Jesteśmy też w trakcie pisania artykułu dotyczącego częstości remisji infekcji HPV po szczepieniu. Wstępne dane wykazują, że u 70-80 proc. pacjentek z rozpoznanym stanem przednowotworowym szyjki macicy lub infekcją HPV doszło do eliminacji wirusa po zabiegu ekscyzyjnym i następowym podaniu trzech dawek szczepienia. Podkreślę zatem raz jeszcze, że ze szczepienia przeciwko HPV odniosą korzyść nie tylko nastolatki w okresie przed inicjacją seksualną, ale także reszta społeczeństwa, jak również osoby z już zdiagnozowanym zakażeniem HPV czy śródnamionkową neoplazją. Dlatego też coraz częściej za szczepieniami wśród szerszej grupy pacjentów opowiadają się zarówno ginekolodzy, jak i laryngolodzy oraz proktolodzy.

Czy szczepi pan doktor także dorosłe kobiety, proponuje im taką możliwość?

Jestem ginekologiem oraz ginekologiem-onkologiem, w mojej praktyce lekarskiej szczepię dorosłe pacjentki po inicjacji seksualnej oraz te z potwierdzoną obecnością wirusa. Szczepienie stosuję również u dziewczynek, jednak jest to mały odsetek, 2-3 proc. wszystkich pacjentek. W ostatnich latach na szczepienie decydowały się zarówno mamy, jak i córki. Coraz częściej na szczepienie decydują się także pary, w których u jednego z partnerów stwierdzono już infekcję HPV. W ciągu miesiąca szczepię od 10 do 20 pacjentek, co stanowi wysoką liczbę.

Czy kobiety wiedzą cokolwiek na temat HPV i chorób, jakie mogą one powodować?

Świadomość pacjentek w tym kontekście w ostatnim czasie bardzo się zmieniła. Obecnie pytają się one nie

tylko o samą cytologię i jej rodzaj (czy jest to klasyczna, czy płynna, co jest niezwykle istotne), ale również o badania molekularne w kierunku infekcji wirusem HPV. Wiedza na ten temat jest coraz większa i mam wrażenie, że idzie to w dobrym kierunku. Podobnie jest ze świadomością lekarzy – ginekologów, ponieważ coraz częściej zlecane są testy molekularne wykrywające HPV. Jako specjaliści staramy się dążyć do skринingu opartego na modelu HPV-zależnym. Zatem w ostatnich latach w profilaktyce nowotworu szyjki macicy i stanów przednowotworowych obserwujemy liczne, korzystne zmiany.

„
Ze szczepienia przeciwko HPV odniosą korzyść nie tylko nastolatki w okresie przed inicjacją seksualną, ale także reszta społeczeństwa.

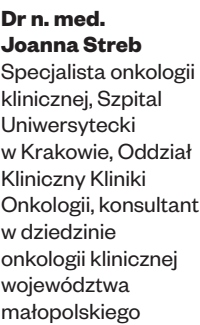
Czy kobiety mają wiedzę na temat samego szczepienia?

Jak już wspomniałem, świadomość jest coraz to wyższa, natomiast jest jeszcze w tym aspekcie wiele do zrobienia. Dotyczy to nie tylko pacjentek, ale też lekarzy ginekologów, pediatrów. Mam wrażenie, że niewielu specjalistów w Polsce zajmuje się stricte szczepieniami przeciwko HPV. Brakuje również w naszym kraju lepszego, szerszego programu szczepień oraz dostępu do refundacji wszystkich rodzajów szczepionek, w tym według mnie najbardziej skutecznej 9-walentnej.



Więcej informacji na stronie:

[hpv.pl](#)



W trakcie radio- i chemioterapii odczyn popromienne mogą być znacznie nasilone. W tej kwestii do dyspozycji pacjentów również znajdują się preparaty, które skutecznie zabezpieczają skórę przed wystąpieniem zmian. Są to przede wszystkim produkty łagodząco-regenerujące do pielęgnacji skóry po zastosowaniu radio- lub chemioterapii. Zwiększają one poczucie komfortu, nawilżają skórę, zmniejszają odczyny popromienne, a także wspomagają proces regeneracji bariery hydrolipidowej skóry.

byczdrowym.info

Krem łagodząco-regenerujący

Badania genetyczne jako element profilaktyki przeciwnowotworowej

Postęp medycyny daje nam możliwość weryfikacji, czy jesteśmy posiadaczami wadliwego genu sprzyjającego powstawaniu konkretnych nowotworów. Dzięki badaniom genetycznym, które je odkrywają, możemy zareagować dużo wcześniej i realnie wpłynąć na nasze zdrowie, a nawet życie.

Istnieje wiele typów mutacji genetycznych odpowiadających za ryzyko zachorowania na nowotwory. Jakie znaczenie ma diagnostyka genetyczna? Jak można poprawić wczesną wykrywalność nowotworu?

Zanim przejdę do samych badań genetycznych, chciałbym podkreślić, jak istotną rolę w profilaktyce odgrywa żywienie oparte na ocenie pierwiastków. Najnowsze badania wykazują, że np. niski poziom selenu może być odpowiedzialny za zgon co drugiego pacjenta chorującego na nowotwór w ciągu 5-10 lat. Wszystko zatem przemawia za tym, by w onkologii przypilnować parametrów związanych z żywieniem, wykorzystać ten niesamowity potencjał i wpłynąć na przeżycia naszych pacjentów.



Prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński
Kierownik Katedry Onkologii i Zakładu Genetyki i Patomorfologii na Wydziale Farmacji, Biotechnologii i Medycyny Laboratoryjnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Wracając do badań genetycznych – dzięki nim można wykryć m.in. mutację genu BRCA1 odpowiedzialnego za raka piersi i jajnika. W Polsce ten gen w zmutowanej formie może występować nawet u 200 tysięcy osób. Jak na razie odkryliśmy mutację BRCA1 u 20 tysięcy. Następnym genem, który się wykrywa, jest BRCA2, powodujący te same nowotwory, lecz dotyczący znacznie mniejszej liczby osób, 20-30 tysięcy. Kolejny gen to CHEK2 – pozwala na ocenę ryzyka wystąpienia m.in. raka jelita grubego, tarczycy, nerki, żołądka, ale także piersi i prostaty. Wystąpienie takich mutacji jest ważne również w doborze terapii, ponieważ kobiety chorujące na raka piersi z powodu mutacji genu CHEK2 (a jest ich aż 10 proc.) są odporne na chemioterapię. Następny gen to PALB2, uznawany za winowajcę wystąpienia raka piersi. W Polsce nosicielej tej mutacji jest około 100 tysięcy. Mutacja, o której warto wspomnieć, to także zmiany NBN.

Jeśli zawczasu odkryjemy wyżej wymienione mutacje genów, możemy pacjenta zaliczyć do grupy wysokiego ryzyka, zaproponować mu odpowiednie działania profilaktyczne, zlecić dopasowane systemy badań kontrolnych, ale też zastosować możliwość chemoprewencji opartej na żywieniu i utrzymaniu właściwego poziomu danych pierwiastków (arsenu, ołowiu, selenu itp.). Do skrajnych działań przy wykryciu np. mutacji BRCA1, PALB2 itp. należą profilaktyczne zabiegi operacyjne u kobiet. Wtedy takie ryzyko jest niższe niż populacyjne.

Czy badania genetyczne w Polsce są szeroko dostępne? Jak wygląda przebieg takiego badania?

Badania genetyczne są szeroko dostępne. Są również proste, szybkie i wykonuje się je z krwi. Mniejszym problemem w tej kwestii są środki przeznaczone na te badania, a większym działania edukacyjno-promocyjne zwiększające świadomość wśród pacjentów i lekarzy. Należy wiedzieć, że badania genetyczne ratują nasze zdrowie i całkowicie zmieniają los takich pacjentów. Przykładowo: podanie pacjentce z rakiem piersi i mutacją genu BRCA1 cisplatyny powoduje kompletne znikanie guzów i wyleczenie u 70 proc. chorych.

Obecnie jesteśmy na etapie tworzenia chipa, który będzie w stanie wykryć wszystkie opisane dotąd mutacje genów odpowiedzialnych za nowotwory w Polsce.

Co z badaniami genetycznymi wśród dzieci? W jakich sytuacjach warto się na nie zdecydować?

Jest to bardzo ważne szczególnie u dzieci rodziców chorujących na nowotwory. Prawdopodobieństwo mutacji w ich genach jest bardzo wysokie. Badania genetyczne wykonuje się u dzieci także w kontekście wielu chorób genetycznych, nie tylko nowotworów. Z niewielkimi wyjątkami jak na razie nie mamy jednak dostępnych narzędzi w profilaktyce tych chorób.

Diagnostyka molekularna, czyli precyzyjna metoda namierzania celu



Prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko
Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Diagnostyka molekularna jest standardem postępowania w Polsce już od ponad 10 lat. Jest też coraz skuteczniej wykorzystywana, umożliwia dostęp do wciąż rosnącej listy nowych terapii dostępnych dla polskich pacjentów.

Jakie szanse daje pacjentom diagnostyka molekularna w onkologii?

Diagnostyka molekularna jest warunkiem kwalifikacji pacjenta do odpowiedniego leczenia, niezależnie, czy będzie to terapia molekularna, czy też immunoterapia. Przykładowo: diagnostyka molekularna raka płuca polega na analizie materiału genetycznego pochodzącego z komórek nowotworowych, a nie komórek pacjenta. Poszukujemy w tym materiale charakterystycznych cech/zmian na poziomie genów lub chromosomów bądź też szukamy markerów białkowych, które są następstwem zmian zachodzących w komórkach nowotworowych. Dzięki temu możemy ocenić, jakie jest prawdopodobieństwo, czy nowotwór odpowie na konkretną formę leczenia. Innymi słowy, za sprawą diagnostyki molekularnej mamy możliwość dopasowania leczenia do profilu molekularnego nowotworu.

Jak odpowiednio dobrana ścieżka leczenia zwiększa rokowania pacjenta?

Precyzyjnie dobrana terapia znacznie poprawia rokowanie pacjenta, na co wskazują badania naukowe. Dane z wieloletnich obserwacji chorych leczonych terapią ukierunkowaną molekularnie potwierdzają, że u znaczącego odsetka chorych zaawansowany niedrobnokomórkowy rak płuca staje się chorobą przewlekłą. Podobną rewolucję przeżywa leczenie chorych na wczesne postaci tego nowotworu. Wiemy już, że zastosowanie leczenia anty-EGFR po leczeniu operacyjnym pacjentów z mutacjami aktywującymi w tym genie radykalnie poprawia ich rokowanie.

Czy badania molekularne w Polsce są szeroko dostępne?

Diagnostyka molekularna raka płuca jest wykonywana w wielu laboratoriach w Polsce w zakresie wynikającym z programu lekowego Ministerstwa Zdrowia, jest więc dostępna w wielu ośrodkach klinicznych. Co więcej, badania molekularne są refundowane przez NFZ w zakresie metod genetycznych. Podobnie jest w przypadku diagnostyki wielu guzów litych, w tym raka piersi oraz nowotworów ginekologicznych. W tej kwestii także od wielu lat zauważamy znaczną poprawę rokowania pacjentek objętych terapią ukierunkowaną molekularnie, możliwą po wykonaniu diagnostyki molekularnej. Należy jednak podkreślić, że biomarkery białkowe, oceniane znacznie tańszą metodą immunohistochemiczną, takiej refundacji nie podlegają.

Gdy patrzy się na rejestracje w Europie i Stanach Zjednoczonych, należy oczekiwać, że zakres diagnostyki molekularnej w Polsce w szybki sposób będzie się poszerzał. Niestety, nadal jest znacznie więcej dostępnych celów molekularnych i odpowiadających im terapii na świecie niż w naszym kraju.

Jakie powinny nastąpić zmiany, by zwiększyć dostępność diagnostyki molekularnej w Polsce?

Diagnostyka molekularna jest dostępna, jednak nie oznacza to, że nie natrafia na ograniczenia administracyjne czy też organizacyjne. Dużym problemem jest też brak komunikacji pomiędzy specjalistami na każdym etapie leczenia pacjenta. Od wielu lat zabiegamy o wprowadzenie ośrodków koordynowanej diagnostyki i leczenia raka płuca, czyli konsorcjów, w których ośrodki np. pulmonologiczne, terapii chirurgicznej i onkologiczne działają wspólnie w koordynowanej opiece nad pacjentem. Do tego należy dołączyć system sieci wysokospecjalistycznych laboratoriów realizujących diagnostykę molekularną. Jest to paląca potrzeba, ponieważ w diagnostyce genetycznej będziemy coraz szerzej wykonywać szerokie profilowanie genetyczne, czyli wysoko zaawansowaną technologicznie metodę sekwencjonowania nowej generacji. Jest to strategia wymagająca bardzo wysokich kompetencji, szczegółowej ekspertyzy ze strony zespołu genetycznego oraz ścisłej współpracy ze specjalistami w zakresie patomorfologii.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)



 SYLWETKA

Większość przypadków nowotworów piersi nie ma podłoża genetycznego

Dr Paweł Kabata
Chirurg onkolog, autor książki „O chirurgii inaczej”

 @chirurgpawel

Co roku ok. 19 tys. Polek dowiaduje się, że są chore na raka piersi, a większość przypadków nie ma podłoża genetycznego. Podstawą skutecznego leczenia jest wczesne wykrycie nowotworu oraz prowadzenie terapii przez zespół złożony z lekarzy różnych specjalizacji.

Czym jest rak piersi i jakie są jego objawy?

Rak piersi to nowotwór złośliwy, który dotyczy tylko gruczołu piersiowego, a więc tylko tego, co znajduje się pod skórą. Najczęstszym objawem, z którym pacjentki się zgłaszają, jest wyczuwalny palcami guzek w okolicy piersi. Natomiast dzięki technologii diagnostycznej – badaniom USG, mammografii, ultrasonografii – wiele przypadków rozpoznawanych jest bez typowych objawów zewnętrznych. Do rzadszych symptomów raka piersi zaliczyć można też zaciągniętą skórę piersi, znaczący obrzęk i zaczerwienie skóry wokół piersi lub wyciek patologiczny z brodawki sutkowej. Podkreślę jednak, że te dwa ostatnie objawy nie muszą jednoznacznie oznaczać raka piersi.

Ile Polek co roku zapada na ten nowotwór?

Przyjmuje się, że w Polsce mamy ok. 19 tys. nowych zachorowań każdego roku i ta liczba – podobnie jak na świecie – stale rośnie. Według statystyki WHO rak piersi jest obecnie najczęstszym nowotworem złośliwym ogółem, niezależnie od płci chorych. Ta tendencja wzrostowa nie jest spowodowana coraz powszechniejszym dostępem do badań profilaktycznych, gdyż niestety obserwujemy proces rozszerzania się populacji kobiet, które zapadają na raka piersi – dziś już nikogo nie dziwi



pacjentka poniżej 40. roku życia. Postęp w diagnostyce pozwala nam natomiast na rozpoczęcie leczenia we wcześniejszej fazie rozwoju nowotworu, co znacznie poprawia rokowania pacjentek.

Czy jest możliwość określenia predyspozycji do zachorowania na raka piersi?

Niektóre przypadki są uwarunkowanie genetycznie, gdy u pacjentek występują mutacje w jednym z kilku genów odpowiedzialnych za raka piersi oraz przypadki tzw. silnej agregacji rodzinnej, gdy na raka zapadają krewne w jednej linii. Zdecydowana większość przypadków jest jednak „spontaniczna”. Oczywiście do pewnego stopnia prawdopodobieństwo raka piersi wzrasta u kobiet mających pewne predyspozycje, jak np. bogato gruczołową budowę piersi, wczesną miesiączkę czy późną menopauzę. Czynniki związane ze stylem życia też zwiększają ryzyko zachorowań, a niestety żyjemy coraz szybciej i coraz mniej zdrowo.

Jak można poprawić wczesną wykrywalność nowotworu?

Najważniejsza jest kwestia świadomości społecznej i promocji badań profilaktycznych. Jako Polacy boimy się

badać, by czasem nie dowiedzieć się o chorobie. Tymczasem profilaktyka jest absolutnie najważniejsza. Widzimy to zwłaszcza w czasach pocovidowych, gdy wiele osób zaniechało wykonania lub nie mogło wykonać terminowo badań okresowych, co teraz przekłada się na większą liczbę wykryć bardziej zaawansowanego stadium raka. Poza tym widzimy też, że pojawia się coraz więcej akcji informacyjnych oraz zachęt do badań profilaktycznych wśród kobiet z jednej rodziny czy między przyjaciółkami.

Jakie są dostępne metody leczenia nowotworu piersi?

Są trzy główne metody: chirurgiczna, systemowa i radioterapia. Żadna z nich nie jest lepsza lub gorsza, one się na ogół wzajemnie uzupełniają i razem stanowią trzy filary skutecznego leczenia. Niezwykle istotnym elementem terapii jest wymóg, by była ona prowadzona w specjalistycznych ośrodkach, w których pracują lekarze bardzo wielu specjalizacji, którzy mają doświadczenie z leczenia wielu różnych przypadków. Ważne, żeby decyzja o sekwencji leczenia była podejmowana konsyliarnie przez zespół

złożony z onkologa, radioterapeuty, chirurga, psychologa czy patologa. Dzięki wspólnej decyzji możemy ustalić optymalną ścieżkę leczenia. Główną bolączką naszego systemu są oczywiście kwestie finansowe, przez co dostęp do wielu metod stosowanych w bogatszych krajach jest w Polsce mocno ograniczony. Paradygmatem w leczeniu chirurgicznym jest dążenie do zachowania piersi pacjentki, co w najlepszych na świecie ośrodkach specjalistycznych udaje się w aż 80-90 proc. przypadków.

”
Postęp w diagnostyce pozwala nam na rozpoczęcie leczenia we wcześniejszej fazie rozwoju nowotworu, co znacznie poprawia rokowania pacjentek.

Jak wygląda codzienne życie chorych na raka piersi?

Stan pacjentek w trakcie terapii może być bardzo różny, w zależności od biologii nowotworu i organizmu chorej. Jeśli mówimy o delikatnej wersji raka, to leczenie jest mało uciążliwe – wystarczy godzinna operacja, wsparta kilkoma dniami radioterapii, po której pacjentka jest w pełni wyleczona i wraca do normalnego życia. Oczywiście już na zawsze pozostaje pod nadzorem i przez kilka lat przyjmuje tabletki, ale w takich przypadkach mówimy, że nowotwór był jedynie nieprzyjemnym epizodem życia kobiety. Trudniejsze przypadki wymagają 4-5 miesięcy chemioterapii oraz leczenia chirurgicznego, co łącznie może trwać około roku. To, jak pacjentka żyje przez te kilka-kilkanaście miesięcy terapii, zależy od jej organizmu – na ile jest osłabiony, na ile źle znosi leki i naświetlanie.

PROBLEM



Opieka nad pacjentem onkologicznym to nie sprint, lecz maraton

W leczeniu pacjenta onkologicznego bardzo często zapominamy o tym, że w całym tym procesie niezwykle ważną rolę odgrywają jego opiekuni. Zazwyczaj są to najbliżsi pacjenta, którzy nierzadko sami potrzebują odpowiedniego wsparcia, by nie doprowadzić do wypalenia. Co zatem możemy zrobić, żeby odpowiednio zaopiekować się również opiekunem chorego?

sytuacji rozmawiać. Brakuje również współpracy i wzajemnego wysłuchania, ponieważ każdy chce zrealizować swój plan na to zdrowienie, nie zauważając potrzeb drugiej strony.

Bycie opiekunem to ważna, ale również ciężka praca. Jak wesprzeć opiekuna w jego roli?

Towarzyszenie pacjentowi w chorobie onkologicznej i opieka nad nim jest to długi, męczący proces. Opiekun jest lekarzem, dietetykiem, psychologiem i rehabilitantem dla pacjenta. Dużo jak na jedną osobę. Każdy opiekun na swoje ograniczone zasoby i przeważnie na samym początku się o tym zapomina. Niejednokrotnie jest tak, że to jeden członek rodziny bierze na siebie całą tę odpowiedzialność – towarzyszenie, pomoc i wsparcie. Nie tylko nikt mu w tym nie pomaga, ale również inni mają wobec tej osoby oczekiwania. Zapomina się, że opiekun też czuje, też jest zmęczony i potrzebuje wyrwać się w kontekście myśli w jakąś inną przestrzeń, gdzie jest zdrowie i normalność. Dlatego bardzo dobrym rozwiązaniem są narady rodzinne, podczas których rozmawia się o tym, w jaki sposób można odciążyć tego głównego opiekuna. Warto wtedy zaproponować, by ta osoba wyszła na chwilę z tej roli, sprawiła sobie przyjemność i zadbała o siebie.

Dlaczego tak ważne jest, aby opiekun także zatroszczył się o siebie?

Często odpoczynek i zatroszczenie się o samego siebie to słowa, które w słowniku opiekuna nie istnieją, ponieważ jest on w poczuciu, że w tej sytuacji nie wypada myśleć o sobie i odpoczywać. Nie można tego robić – opieka nad chorym to nie sprint, lecz maraton. Trzeba rozłożyć siły na to, by ten maraton przebiec. Dodatkowo rodziny poprzez swoją nadopiekuńczość dokładają tych obowiązków

opiekunowi i sprawiają, że pacjent staje się bardziej wymagający, niż jest potrzeba. Zdarzają się też sytuacje odwrotne – dla członków rodziny ten stan jest tak trudny do zniesienia, że bagatelizują sytuację, nie rozmawiają o niej i każdy mierzy się z nią sam. To też powoduje, że pacjent czuje się niezaopiekowany i niewysłuchany. Najlepszą postawą zatem będzie autentyczność i odwaga do rozmów na trudne tematy. Gdy opiekun jest zmartwiony, nie może tego dusić w sobie i udawać, że wszystko jest w porządku. Jeśli ma ochotę popłakać z pacjentem, to niech sobie na to pozwoli. Ta szczerość i autentyczność są kluczowe, ponieważ to one budują zdrowe relacje.

Warto też wspomnieć, że rodziny nie chcą przyjmować pomocy, ale powinny mieć dostęp do profesjonalnego wsparcia psychologicznego. Potrzebna jest edukacja w kwestii, jak pomagać, ale też w jaki sposób poradzić sobie ze swoimi emocjami. Sama jestem autorką poradnika dla osób towarzyszących w chorobie pt. „Jak być dobrym wsparciem, nie tracąc siebie”.

Wypalenie opiekuna – jak sobie z nim radzić i gdzie szukać pomocy?

Gdy mówi się, że pacjent przeżywa żałobę po sobie jako po osobie zdrowej, to też opiekunowie, rodzina odczuwają żałobę po swoim dotychczasowym życiu. Opiekun zaniedbuje nie tylko siebie, ale też swoją rodzinę, pracę zawodową itp. Koncentrując się na samym pacjencie (co jest oczywiście zrozumiałe), nie zauważamy, że my sami możemy doznać wypalenia, co niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne, nawet w postaci depresji. Dlatego tak ważne jest, by opiekunowie szukali specjalistycznej pomocy psychologicznej i korzystali ze wsparcia innych członków rodziny, by podzielić się obowiązkami.

Choroba nigdy nie dotyka tylko pacjenta, ale wpływa też na życie całej rodziny. Jaką rolę odgrywa opiekun w ścieżce leczenia pacjenta onkologicznego?

Emocje, które towarzyszą pacjentowi, czyli szok, niedowierzanie, złość, targowanie się z losem, potem nawet epizody depresji, a na końcu próba oswojenia tematu choroby – to wszystko dotyka także rodziny, a co za tym idzie – najczęściej opiekunów. Co więcej, czasami rodzina pacjenta ma gorzej niż sam pacjent. Oczywiście chory zmagą się z fizycznym cierpieniem i dramatem, jaki wynika z choroby, jednak pacjent, gdy już wie, co mu dolega, rozpoczyna proces działania i jest w tym aktywny. Natomiast rodzina w tym samym czasie stoi w poczuciu kompletnej bezradności. Zaczyna się też odgrywanie ról – pacjent nie chce martwić swojej rodziny, dlatego też zazwyczaj nie informuje lub nie angażuje jej we wszystko, co jest związane z chorobą. W innym przypadku zaś rodzina staje się nadopiekuńcza i chce zabrać pacjentowi całą jego autonomię, decyzyjność. Niekiedy też te emocje, czyli strach i lęk, są tak silne, że następuje swego rodzaju rozłam rodziny – chory się izoluje, a opiekunowie nie chcą o tej trudnej



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