

**GŁOS****Nr 2/2023 (55)**

PACJENTA

ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych**www.pkpo.pl**

PREHABILITACJA – WAŻNY KROK NA ŚCIEŻCE KAŻDEGO PACJENTA



Fot. Szpital Specjalistyczny w Brzozowie

Zespół Poradni prehabilitacji Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie. Na zdjęciu od lewej: mgr Angelika Glazer – dietetyk kliniczny, mgr Marcin Teszner – fizjoterapeuta, mgr piel. Katarzyna Potoczna – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i onkologicznego, mgr inż. Urszula Stanisławczyk – dietetyk, lek. Łukasz Kic – specjalista chirurgii ogólnej, mgr Jakub Czyżewski – fizjoterapeuta, dr n. o zdr. Beata Barańska – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego i onkologicznego, lek. Sebastian Opaliński – specjalista radioterapii onkologicznej.

PREHABILITACJA ZWIĘKSZA SZANSE PACJENTA

lek. Sebastian Opaliński _____ s.2

FIZJOTERAPIA W ONKOLOGII POTRZEBNA NA CITO

mgr Krzysztof Maćkowski _____ s.6

JAK SIĘ ŻYWIĆ W TRAKCIE LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

dr n. med. n. o zdr. Maja Czerwińska _____ s.9

ZAWSZE BĘDĘ POMAGAŁ

Jan Salamonik, pacjent _____ s.13

RAK ŻOŁĄDKA. W POSZUKIWANIU OPTIMALNEGO LECZENIA

Fundacja EuropaColon Polska _____ s.16

RAPORT: DIAGNOSTYKA MOLEKULARNA W LECZENIU NOWOTWORÓW

_____ s.19

IMMUNOTERAPIA W RAKU TRZONU MACICY

_____ s.21

RAK RDZENIASTY TARCZYCY JEST INNY

prof. dr n. med. Marek Dedecjus _____ s.23

BĄDŹMY MĄDRZEJSI OD LĘKU

_____ s.25

TOP ONKO 2023 - LEK NA RAKA NA PIERWSZYM MIEJSCU

_____ s.27

WYCISKAM ŻYCIE JAK CYTRYNĘ!

Andrzej Dziedzic, Fundacja DKMS _____ s.28

11. FORUM PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH NAGRODY JASKÓŁKI NADZIEI

_____ s.30

AKADEMIA DOBRYCH PRAKTYK

_____ s.33

APLIKACJA POMAGA WYKRYĆ WZNOWY RAKA PŁUC

_____ s.34

ILU PACJENTÓW PALI PO DIAGNOZIE?

ALARMUJĄCE WYNIKI BADAŃ _____ s.34



PREHABILITACJA ZWIĘKSZA SZANSE PACJENTA

Lek. Sebastian Opaliński, koordynator Poradni Prehabilitacji Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie.

– Nowe technologie lekowe znacząco wydłużają życie pacjenta. By mógł z ich dobrodziejstw w pełni skorzystać, powinien rozpocząć leczenie w jak najlepszej kondycji. Temu celowi są podporządkowane wszystkie nasze działania – mówi lek. Sebastian Opaliński, koordynator Poradni Prehabilitacji Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie.

13 grudnia 2022 r. kapituła wyłoniła zwycięzców 22. edycji konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny. Triumfátorem w konkursie Sukces Roku w kategorii „Lider Roku 2022 w Ochronie Zdrowia – innowacyjny szpital” został Szpital Specjalistyczny w Brzozowie.

W Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie, Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bronisława Markiewicza otwarta została pierwsza w Polsce Poradnia Prehabilitacji Onkologicznej, której celem jest doprowadzenie pacjenta do możliwie optymalnego stanu zdrowia, co pozwala na dobrą tolerancję leczenia, zminimalizowanie powikłań i wsparcie w szybkim powrocie do zdrowia.

– W naszym ośrodku chorzy są objęci opieką już od początku leczenia, czyli rozpoznania choroby nowotworowej. Pacjent, żeby mógł otrzymać leczenie onkologiczne, musi przejść przez szeroką diagnostykę, co zajmuje tygodnie, a w niektórych przypadkach nawet miesiące. Podczas prehabilitacji ten czas jest wykorzystywany efektywnie – wyjaśniał w czasie wręczania nagrody lek. Sebastian Opaliński, koordynator Poradni Prehabilitacji Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie.

Czym jest prehabilitacja?

Prehabilitacja to nowoczesne przygotowanie pacjenta do czekającego leczenia. Początkowo, mówiąc o prehabilitacji, mieliśmy na myśli tylko przygotowanie pacjenta do leczenia operacyjnego. Natomiast teraz my, jako poradnia prehabilitacji onkologicznej chcemy, aby pacjent był przygotowany nie tylko do leczenia chirurgicznego, ale każdej formy leczenia onkologicznego, czyli również do radioterapii, chemioterapii czy immunoterapii.

Prehabilitacja opiera się na 4 filarach: przygotowaniu żywieniowym pacjenta, wdrożeniu go do aktywności fizycznej i fizjoterapii, pomocy w rezygnacji z nałogów i wsparciu psy-

chologicznym. Każdy z tych elementów jest równie ważny, a do wszystkich tych działań włączamy również bliskich naszych pacjentów.

Dlaczego prehabilitacja jest taka ważna?

Współczesne leczenie onkologiczne jest multidyscyplinarne, rzadko kiedy pacjent korzysta z jednej tylko formy terapii. Najczęściej sięgamy po więcej niż jedną terapię i łączymy je ze sobą w różny sposób. W zależności od potrzeb stosujemy leczenie przedoperacyjne, leczenie chirurgiczne, leczenie uzupełniające pooperacyjne. Samo leczenie systemowe to nie tylko chemioterapia, ale również immunoterapia czy leczenie celowane. I to jest leczenie, które czasami trwa wiele lat.

Przygotowanie pacjenta do nadchodzącego leczenia już na etapie diagnostyki, czyli jeszcze przed jego rozpoczęciem, zmniejsza ryzyko wystąpienia komplikacji z powodu leczenia, pacjent krócej przebywa w szpitalu, odnosi większe korzyści z zastosowanej terapii. Prehabilitacja sprawia, że ma mniej powikłań przy wyższej skuteczności leczenia.

W którym miejscu na ścieżce pacjenta onkologicznego znajduje się poradnia prehabilitacji?

Pacjent, który przychodzi do poradni onkologicznej, bardzo często musi mieć uzupełnione badania diagnostyczne - tomografię, rezonans, echo serca etc. Ten proces trwa zwykle kilka tygodni. I ten czas możemy wykorzystać właśnie na wdrożenie prehabilitacji.

W ośrodkach, gdzie takiej poradni prehabilitacji nie ma, pacjent przychodzi na wizytę pierwszorazową do poradni onkologicznej i dowiaduje się, że musimy na przykład zrobić tomografię klatki piersiowej, jamy brzusznej, USG i jeszcze echo serca. Ma założoną kartę DiLO. Po 3 tygodniach kończy ten pierwszy etap diagnostyki pogłębionej, zostają mu dwa tygodnie do rozpoczęcia leczenia. To jest 5 tygodni, rzadko kiedy mniej, gdy pacjent tylko czeka i różne myśli chodzą mu po głowie.

U nas nie usłyszysz, że kolejna wizyta będzie dopiero za 3 tygodnie, gdy będą już wszystkie wyniki badań. My mówimy - za 3 tygodnie będą wyniki, ale w międzyczasie pani/pan zgłosi się do poradni prerehabilitacyjnej, skorzysta tam z porad kilku specjalistów. To jest najlepsza chyba forma wsparcia

psychologicznego, bo pacjent wie, że cały czas ktoś o niego się troszczy, że nie jest porzucony sam sobie, nie ma czasu na zamartwianie się, bo musi działać. Dzięki temu aktywnie wykorzystuje ten czas oczekiwania na diagnozę - może wdrożyć nowe nawyki żywieniowe, a jeśli sama modyfikacja diety nie jest skuteczna, może sięgnąć po wsparcie dojelitowe czy pozajelitowe. To jest czas na rozmowę z psychologiem, to jest czas na rzucenie nałogów, wprowadzenia aktywności fizycznej. Tych wszystkich działań nie da się zainicjować podczas jednej wizyty lekarskiej, nie są to też zadania dla jednej osoby - potrzebne są cykliczne spotkania z poszczególnymi osobami tworzącymi zespół terapeutyczny.

Działacie dopiero pół roku - czy pacjenci chętnie się zgłaszają do waszej poradni?

Zachęcamy do tego, żeby pacjent podczas pierwszej wizyty w poradni onkologicznej dostał już informację, że może, a nawet powinien, udać się do poradni prehabilitacji. Takie informacje są wywieszone na korytarzach, umieszczone na ulotkach, są przekazywane przez lekarzy w poradni. Jeśli z różnych względów pacjent jednak nie dotrze do poradni prehabilitacji na etapie diagnostyki to przychodzi na konsylium. W jego trakcie „wyłapujemy” tych pacjentów, a panie koordynatorki, planując kolejne kroki leczenia pilnują, by dotarli oni również do poradni prehabilitacji. Ta grupa „spóźnialskich” pacjentów jest coraz mniejsza, widzimy, że z każdym miesiącem coraz więcej pacjentów od razu zgłasza się do poradni. Mamy już nawet takich pacjentów, którzy jeszcze nie trafili do onkologa, a już pukają do naszej poradni.

W waszej wizji prehabilitacja nie kończy się na etapie wdrożenia leczenia...

Mamy coraz lepsze formy terapii onkologicznej, pojawiają się nowoczesne technologie lekowe, mamy nowoczesną radioterapię, w tym radioterapię stereotaktyczną, nowoczesny sprzęt, który zmienia leczenie chirurgiczne. Każdy etap leczenia onkologicznego jest nowocześniejszy. Pacjent otrzymuje naprawdę dobre leczenie, które sprawia, że może z chorobą żyć wiele lat. Niestety, to z kolei powoduje, że mogą się pojawić rozmaite powikłania, a organizm jest czasem przez wiele lat mocno obciążony przez terapię. Dlatego tak ważne jest, by umożliwić mu startowanie z jak najlepszego pułapu. Prehabilitacja mu to umożliwia. Ważne jest jednak też to, by w trakcie leczenia kontrolować, co się z pacjentem dzieje, sprawdzać jego stan odżywienia, dbać o dobrostan psychiczny, sprawność fizyczną. Stąd konieczne jest okresowe sprawdzanie, czy nasze zalecenia przynoszą odpowiednie efekty, czy modyfikacja żywienia jest skuteczna, fizjoterapia i psychoterapia działa. Prosimy naszych pacjentów o to, by zgłaszali się do nas na kolejne wizyty lub wtedy, gdy zauważą, że dzieje się coś niepokojącego. Wiemy bowiem z badań prowadzonych nad wsparciem żywieniowym, że same, nawet najlepsze zalecenia, jeśli nie będą kontrolowane, niewiele dają. Potrzebny jest ktoś, kto pacjentowi je w odpowiedni sposób przedstawi, wytłumaczy niejasności a potem sprawdzi, czy są przez pacjenta wdrażane i jakie dają efekty oraz w razie potrzeby, wprowadzi niezbędne modyfikacje.

W naszym ośrodku mamy też poradnię żywienia domowego, gdzie pomoc uzyskują ci pacjenci, u których zwykła pomoc w modyfikacji diety nie przynosi efektu. Powody takiego stanu rzeczy mogą być bardzo różne, m.in. dysfagia czy rozсія choroby nowotworowej do otrzewnej. Sięgamy wtedy po wsparcie w formie żywienia dojelitowego albo pozajelitowego.

Staramy się też rozwijać prehabilitację na poziomie oddziałów szpitalnych. Jest to także proces wieloetapowy. Chcemy na przykład weryfikować pacjentów pod względem spożycia posiłków - sprawdzać, czy osoba chora zjada w całości to, co serwujemy, czy oddaje jakąś część lub cały posiłek. Staramy się, by pacjent opuszczający oddział dostał odpowiednie szczegółowe zalecenia żywieniowe, a jeśli tego potrzebuje, kierujemy go do odpowiedniego specjalisty ambulatoryjnie.

U pacjentów z nowotworami głowy i szyi proponujemy założenie profilaktycznej gastrostomii endoskopowej przed leczeniem onkologicznym. Zdecydowana większość naszych pacjentów z tej grupy chorych trafia na radioterapię już po jej założeniu. Ostatnio miałem pacjentkę, która zaczynając terapię, nie miała żadnych objawów dysfagii, ale przekonałem ją do tego rozwiązania - teraz ta pani mówi, że to najlepsza rzecz, która ją spotkała.

Pamiętajmy, że w trakcie terapii onkologicznej łatwo o niedożywienie, nawet jeśli nowotwór nie jest bezpośrednio związany z przewodem pokarmowym. Ten problem pojawia się na przykład w raku płuca czy raku pęcherza moczowego. Wynika to różnych przyczyn, na przykład z tego, że niektóre terapie onkologiczne dają skutki uboczne w postaci utraty apetytu, dysfagii czy bolesnych zmian na błonach śluzowych. Sama choroba nowotworowa wpływa także na przyspieszenie metabolizmu. Wraz z postępem choroby nowotworowej często pojawia się kacheksja, która bardzo negatywnie wpływa na kondycję pacjenta - czasami może uniemożliwiać podjęcie dalszego leczenia lub kontynuację rozpoczętego. By tego uniknąć musimy pacjenta odpowiednio przygotować żywieniowo.

Jaki jest stosunek pacjentów do waszych działań?

Pacjent musi mieć świadomość, że dobry wynik leczenia nie zależy jedynie od personelu medycznego i leków, ale również od niego. Jeśli zdobędziemy zaufanie pacjenta, będzie on częściej korzystał z różnych poradni nie tylko psychologicznych czy zachęcających do rzucenia nałogów. Będzie bardziej podatny na jakiegokolwiek formy modyfikacji swojego życia, również te radykalne. Kwestia rezygnacji z nałogu, to nie jest jedynie kwestia powiedzenia pacjentowi „Proszę zaprzestać palenia papierosów”. Musimy pacjenta poznać, zdobyć jego zaufanie, by nasza argumentacja do niego trafiła.

My jesteśmy przekonani do tego co robimy, do tego, że prehabilitacja jest naprawdę ważna i dla nas jest to oczywiste. To nie znaczy, że łatwo jest do takich działań przekonać inne osoby. Widzimy jednak, że najłatwiej trafić do innych poprzez przykład skuteczności naszych działań. Mamy jednego, drugiego, trzeciego pacjenta, który przeszedł przez cały proces prehabilitacji. Patrząc na niego, zarówno lekarze, jak i personel pomocniczy oraz sami pacjenci widzą, że takie podejście przynosi korzyści. Zaczyna działać poczta pantoflowa, marketing szeptany. Pacjenci przecież często spędzają wiele godzin w poczekalniach, rozmawiają ze sobą, dzielą się doświadczeniami.

Od jakiegoś czasu prowadzimy też dni otwarte dla pacjentów. W pawilonach chemioterapii dziennej, na piętrach poradniowych, prowadzimy rozmowy na temat wsparcia żywieniowego i całego procesu prehabilitacji. Te działania spotykają się z ogromnym zainteresowaniem pacjentów.

Zdajemy sobie sprawę, że wartościowe rzeczy buduje się zwykle powoli - i w naszym przypadku też tak jest. To jest proces wymagający czasu. Oczywiście chcielibyśmy, żeby wszystko jak najszybciej działało doskonale, ale wiemy też, że pewnych etapów tworzenia tego nowego podejścia do leczenia nie da się ominąć. I my, i nasi pacjenci musimy się wielu rzeczy nauczyć.

A jak reagują rodziny na wasze propozycje?

W procesie leczenia bardzo ważna jest rola rodziny. Pacjent onkologiczny rzadko jest sam - towarzyszą mu bliskie osoby. I to najbliżsi często bardzo aktywnie szukają pomocy dla pacjenta. Zdarza się, że rozważają alternatywne formy leczenia, sięgają po rozmaite suplementy, dopytują, gdzie szukać pomocy, u kogo dodatkowo się konsultować. Często są bardziej zdeterminowani niż sam pacjent, niekiedy nawet wymuszają pewne działania na chorym. To najbliżsi często pilnują terminów, dbają o zmianę stylu życia, modyfikację diety. Staramy się wykorzystywać to zainteresowanie dla dobra pacjenta, wskazując najlepsze rozwiązania. I tutaj nie tylko pacjent dostaje zadania, ale również właśnie rodzina.

W zespole poradni macie specjalistów z wielu dziedzin...

Bardzo ważne jest, by w takich poradniach jak nasza, nie pracowali tylko lekarze. Rolą lekarza powinno być sprawowanie nadzoru nad procesem prehabilitacji, jak i nadanie rangi temu postępowaniu. To ważne również dla pacjenta, który poważniej podchodzi do zaleceń, jeśli słyszy je z ust lekarza. Jeśli ma do niego zaufanie, to przenosi je na pozostałe osoby z zespołu. To, że kilka osób, z których każda jest fachowcem w swojej dziedzinie, jest zaangażowanych w opiekę już na tym pierwszym etapie procesu leczenia, daje pacjentowi poczucie, że jest dobrze „zaopiekowany” i bardzo pozytywnie wpływa na psychikę. Do tego, co warto podkreślić, każda z osób w zespole ma czas, by porozmawiać z pacjentem oraz z jego bliskimi o problemach leżących w obszarach danych specjalizacji i dokładnie wyjaśnić wszelkie wątpliwości. Myślę, że każdy, kto usłyszał diagnozę onkologiczną, powinien mieć szansę na taką opiekę.

Nasi podopieczni bardzo sobie chwalą takie rozwiązania. Możemy to obserwować na przykładzie pacjentek z rakiem piersi, leczonych przez nasz Breast Cancer Unit. Mają one na przykład radioterapię uzupełniającą, w międzyczasie korzystają z fizjoterapii i wsparcia żywieniowego w ramach poradni prehabilitacji. Gdy przychodzą do mnie na wizytę to dostają opisane kilka ścieżek, którymi idą równocześnie. I nie narzekają, że mają tyle rzeczy do zrobienia, a są zachwycone kompleksowością leczenia. Wiedzą, że cały czas ktoś nad nimi czuwa.

Z jakimi problemami się borykacie?

Pamiętajmy, że naszą przychodnię otworzyliśmy 6 miesięcy temu, więc cały czas jesteśmy na początku drogi - mamy już

sporo doświadczeń, ale za rok będzie ich jeszcze więcej. To jest nieustanny proces, w którym wszyscy wzajemnie aktywnie uczestniczymy i uczymy się od siebie wzajemnie - zarówno my, którzy tworzymy zespół jak i nasi pacjenci.

Tworząc coś od podstaw, bazując na własnych doświadczeniach, musimy być elastyczni i nieustannie modyfikować podejmowane działania. Od chwili powstania przy naszym szpitalu poradni prehabilitacyjnej nieustannie weryfikujemy skuteczność tego, co robimy. Działania, które się sprawdzają doskonalimy, te, które nie przynoszą zadowalających efektów - poprawiamy i optymalizujemy. Zdarza się, że coś przynosi pożądaný efekt od razu, ale bywa i tak, że kilkukrotnie dokonujemy zmian w jakimś zakresie aktywności, bo widzimy, że efekty nie są zadowalające i pacjent nie otrzymuje tego, co powinien.

Chcielibyśmy, by w całym kraju zaczęły powstawać takie poradnie prehabilitacyjne jak nasza. By nie opierały się na działaniach zapaleńców, a bazowały na sprawdzonych metodach działania. Nie chciałbym, by okazało się, że działalność naszej poradni prehabilitacji trzyma się tylko na zaangażowaniu osób, które w niej pracują i poświęcają swój, często prywatny, czas. By nie doszło do sytuacji, gdy ktoś powie, że musi się skupić na innej sferze swojego życia, a to doprowadzi do paraliżu naszych działań. Budujemy więc zespół, staramy się wypracować pewne schematy działania, procedury systemowe, by również inni mogli skorzystać z naszych doświadczeń.

Członkowie zespołu naszej przychodni regularnie spotykają się, by dzielić się doświadczeniami, dzielimy się spostrzeżeniami, dyskutujemy. Uczestniczymy również w spotkaniach z przedstawicielami innych ośrodków. Na przełomie marca i kwietnia tego roku było zorganizowane duże spotkanie dotyczące prehabilitacji, w którym uczestniczyło około 150 osób z całej Polski. Widzimy więc, że zainteresowanie tematem prehabilitacji rośnie. To dobry moment na to, by wprowadzać szeroko prehabilitację do naszego systemu, tym bardziej, że przed nami duże zmiany, bo rusza właśnie Krajowa Sieć Onkologiczna.

O czym pan marzy?

Ośrodek w Brzozowie jako pierwszy uruchomił poradnię prehabilitacji onkologicznej. Teraz takie poradnie są już również w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii oraz w Narodowym Instytucie Onkologii Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie. Chciałbym, by wkrótce powstały kolejne. Mam też nadzieję, że pojawią się systemowe rozwiązania, które pozwolą, by każdy ośrodek onkologiczny mógł takie wsparcie zaoferować swoim pacjentom. Bo pacjent nie powinien być pozostawiony sam sobie w systemie. Nasze działania muszą mieć na celu holistyczne zadbanie o jego dobrostan, bo nawet najnowocześniejsze leczenie nie będzie w pełni skuteczne, jeśli nie otrzyma dodatkowego wsparcia.

To, by w każdym ośrodku onkologicznym były takie poradnie prehabilitacyjne z prawdziwego zdarzenia, to z jednej strony kwestia chęci, ale z drugiej - działań systemowych. I tu wydaje się, że wprowadzana właśnie Krajowa Sieć Onkologiczna to świetna okazja, by pomyśleć o umocowaniu prehabilitacji w systemie, szczególnie, że mamy dowody na to, że

znacząco wpływa ona na efektywność leczenia.

My działamy, bo mamy bardzo duże wsparcie ze strony dyrekcji. Nasz dyrektor jest też onkologiem i rozumie doskonale pewne kwestie. Koszt stworzenia takiej poradni prehabilitacyjnej jest żadnym kosztem w porównaniu do korzyści wynikających ze zmniejszenia kosztów hospitalizacji, zmniejszenia ilości powikłań czy zwiększenia efektywności terapii onkologicznej.

Bardzo bym chciał, by przy wprowadzaniu KSO znalazło się w systemie miejsce dla takich działań jak nasze. By możliwe stało się przejście takiej drogi, jak w przypadku konsyliów onkologicznych czy koordynatorów - ich wejście do systemu oczywiście nie nastąpiło dnia na dzień, ale się pojawiły i jak widać, dobrze się sprawdzają. Dzisiaj trudno sobie nawet wyobrazić, jak system mógł działać bez nich i jak było możliwe efektywne leczenie onkologiczne, gdy ich nie było.

Prehabilitacja jest kolejną cegiełką, która po dołączeniu do tych działań zwiększy właśnie efektywność leczenia. Przecież cały świat szuka sposobów by tę efektywność leczenia podnieść. Sięgamy po nowe terapie i technologie, a przecież przez przygotowanie pacjenta możemy również te wskaźniki poprawić i to w sposób, który nie jest jakoś wybitnie kosztochłonny, a ewidentnie prowadzi do tego, że pacjent odniesie większe korzyści z tego drogiego, nowoczesnego leczenia.

Jeśli mówimy już o kosztach, to mówimy o kosztach bezpośrednich, czyli kosztach samego szeroko rozumianego leczenia onkologicznego, ale mamy też koszty pośrednie. Pacjenci onkologiczni są coraz młodszy. Jeśli będą efektywniej leczeni, z mniejszą ilością powikłań, to szybciej wrócą do normalnej aktywności, do pełnienia ról zawodowych i społecznych. To nie jest mała grupa. W Polsce żyje około milion osób z chorobami onkologicznymi, a prognozy nieubłagane wskazują, że będzie ich z roku na rok więcej. Do tego coraz bardziej skuteczne terapie sprawiają, że pacjenci z chorobą rozsianą, nie są już pacjentami, którzy żyją kilka miesięcy - oni żyją wiele lat. I nie tylko dla nich, ale i dla nas powinno być ważne, by żyli w komforcie i dobrej kondycji ogólnej. Idealne by było, gdyby sam twór „poradnia prehabilitacji” był zakontraktowany. Wtedy nie musielibyśmy szukać furtek, by finansować nasze działania, a i ułatwiłoby to powstawanie kolejnych takich poradni w innych ośrodkach onkologicznych. Niestety, problemów proceduralnych, prócz braku zakontraktowania poradni prehabilitacyjnych jest więcej. Zawód dietetyka też nie jest zawodem medycznym, poradnie dietetyczne też nie są kontraktowane. Brakuje też poradni antynikotynowych - w tej chwili tak naprawdę istnieją tylko 3 takie poradnie. Za to poradnia fizjoterapii jest refundowana. I to są paradoksy, z którymi stykamy się na co dzień.



Fot. freepik.com

13 grudnia 2022 r. kapituła wyłoniła zwycięzców 22. edycji konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny. Triumfátorem w konkursie Sukces Roku w kategorii „Lider Roku 2022 w Ochronie Zdrowia – innowacyjny szpital” został Szpital Specjalistyczny w Brzozowie. W Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie, Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bronisława Markiewicza otwarta została pierwsza w Polsce Poradnia Prehabilitacji Onkologicznej, której celem jest doprowadzenie pacjenta do możliwie optymalnego stanu zdrowia, co pozwala na dobrą tolerancję leczenia, zminimalizowanie powikłań i wsparcie w szybkim powrocie do zdrowia.

– W naszym ośrodku chorzy są objęci opieką już od początku leczenia, czyli rozpoznania choroby nowotworowej. Pacjent, żeby mógł otrzymać leczenie onkologiczne, musi przejść przez szeroką diagnostykę, co zajmuje tygodnie, a w niektórych przypadkach nawet miesiące. Podczas prehabilitacji ten czas jest wykorzystywany efektywnie – wyjaśniał w czasie wręczania nagrody lek. Sebastian Opaliński, koordynator Poradni Prehabilitacji Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie.

W szpitalu w Brzozowie funkcjonują też poradnie leczenia bólu, leczenia ran przewlekłych i żywienia domowego oraz Breast Cancer Unit i Colorectal Cancer Unit.

– Pomimo wydawałoby się peryferyjnego położenia w naszym ośrodku mamy możliwości terapeutyczne odpowiadające ogólnopolskim, a często i światowym standardom. Staramy się oferować pacjentom kompleksową opiekę oraz dostęp do najnowszych metod leczenia onkologicznego. W naszym szpitalu przede wszystkim udało się zebrać bardzo dobrych specjalistów, którzy poświęcają się dla pacjentów. Obecnie modne są wysokospecjalistyczne urządzenia, jak np. robot da Vinci. W Brzozowie robota co prawda nie mamy, lecz mamy za to niejednego Leonarda da Vinci – mówił w trakcie odbierania nagrody Sebastian Opaliński.

FIZJOTERAPIA W ONKOLOGII POTRZEBNA NA CITO. NIE TYLKO UROLOGICZNA

Mgr Krzysztof Maćkowski, kierownik Centrum Rehabilitacji, LUXMED Onkologia, Warszawa.

Na każdym etapie choroby onkologicznej pacjent może dostać skierowanie do fizjoterapeuty. Często jest to skierowanie cito. Niestety, cito w fizjoterapii onkologicznej to co najmniej kilka tygodni oczekiwania. O wsparciu specjalisty przed operacją, czyli w ramach prehabilitacji większość pacjentów może tylko pomarzyć. Z jakimi problemami mamy do czynienia, wyjaśnia mgr Krzysztof Maćkowski, kierownik Centrum Rehabilitacji, LUXMED Onkologia w Warszawie na przykładzie fizjoterapii uroonkologicznej.

Głównym celem fizjoterapii urologicznej jest wytrenowanie mięśni dna miednicy. To dlatego, że najczęstszym powikłaniem po zabiegach w obrębie miednicy jest nietrzymanie moczu i/lub nietrzymanie kału. Najczęściej w takiej fizjoterapii wykorzystujemy tradycyjny trening mięśni Kegla, ale pojawiają się też nowości, jak na przykład biofeedback, dzięki któremu oddziałujemy na pacjenta, by świadomie napinał mięśnie. W terapii nietrzymania moczu możemy również wykorzystać elektrostymulację pęcherza moczowego - elektrody są umieszczane na brzuchu i w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Ich zadaniem jest stymulacja obkurczania pęcherza.

Kto powinien z niej korzystać?

Każdy, kto w trakcie czy po leczeniu onkologicznym odczuwa problemy urologiczne, a przede wszystkim związane z nietrzymaniem moczu. Fizjoterapia urologiczna w onkologii ma zastosowanie nie tylko po zabiegach chirurgicznych usunięcia nowotworów w obrębie dróg moczowych, ale również w nowotworach jelita grubego i odbytu. Poza tym stosuje się ją w przypadku mężczyzn operowanych z powodu raka prostaty oraz u kobiet po operacjach usunięcia nowotworów ginekologicznych. Po takich zabiegach obie płcie mogą się borykać z nietrzymaniem moczu, nietrzymaniem kału i gazów. U pań może dojść również do obniżenia narządów rodnych, a stosunki seksualne mogą stać się bolesne. U panów po operacji usunięcia prostaty pojawiają się problemy ze wzrodem, nietrzymanie moczu pojawia się częściej po 60. roku życia. Niestety, fizjoterapia niewiele może pomóc w problemach ze wzrodem - prócz ćwiczeń mięśni brzucha i mięśni głębokich miednicy, ale nie ma to raczej bezpośredniego przełożenia na poprawę sytuacji. Pozostaje farmakologia, ewentualnie wsparcie psychologiczne. Oczywiście jest możliwość wszczęcia hydraulicznej protezy prącia, ale jest to zabieg kosztowny i niestety nie jest refundowany. W Polsce takie implantacje nie są popularne, ale na przykład w Stanach

Zjednoczonych bywają wykonywane jednocześnie w trakcie operacji stercza.

Pacjenci onkologiczni potrzebują nie tylko fizjoterapii urologicznej

Fizjoterapia urologiczna zaspokaja tylko fragment potrzeb pacjentów onkologicznych. Borykają się oni z wieloma problemami, w których my, fizjoterapeuci, możemy im pomóc na każdym etapie leczenia - od diagnozy aż do wsparcia po zakończeniu terapii. Pacjent dobrze przygotowany do leczenia odniesie z niego większe korzyści i ma większe szanse na szybki powrót do zdrowia i życie dobrej jakości. Teraz operacje nie są bardzo rozległe, ale i tak blizny powodują problemy - ograniczają ruchomość, są bolesne. Pojawiają się neuralgie, przeculice. Po chemioterapii pacjenci często skarżą się na przykład na ból kręgosłupa lędźwiowego. Tych problemów, które wynikają z leczenia jest sporo i w wielu z nich możemy pacjentowi pomóc.

Fizjoterapia na ścieżce pacjenta

Po raz pierwszy fizjoterapeuta powinien pojawić się na ścieżce pacjenta przed operacją. Na tym etapie naszym celem jest przygotowanie go do zabiegu. Wyjaśniamy, co się będzie działo, jakie problemy mogą się pojawić w trakcie leczenia i jak sobie z nimi radzić. Pokazujemy, jak wzmocnić mięśnie, które zostaną przecięte, tłumaczymy, co pacjent będzie mógł po zabiegu wykonywać - to często są proste porady, dotyczące tego, jak wstawać z łóżka, by nie uszkodzić blizny pooperacyjnej, jak załatwiać potrzeby fizjologiczne, jak dbać o bliznę, jak ją chronić. Już na tym etapie mówimy o przyszłości, o tym, jakie ćwiczenia będzie mógł wykonywać, by szybko i bezpiecznie wrócić do formy. To jest taki wstęp przed rozpoczęciem właściwego leczenia.

Później odbywa się zabieg. W zależności od tego, co zostało zoperowane, gdzie umiejscowiony był nowotwór, początek jest podobny. Wszystkich pacjentów uczymy napinania mięśni głębokich dna miednicy, odbytu. Uczymy zabezpieczania blizny pooperacyjnej, uczymy jak postępować z blizną, jak ją zmiękczać, jak ćwiczyć, żeby nie powstał po operacji bliznowiec. Uczymy również, jak zabezpieczać kończyny przed obrzękami, bo po większości tych zabiegów podawana jest chemioterapia, która zwiększa prawdopodobieństwo ich wystąpienia, szczególnie po stronie operowanej. Jeśli operacja dotyczy dna miednicy, to mogą puchnąć obie kończyny. Wtedy uczymy automasażu i odpowiednich ćwiczeń pompy mięśniowej, układania elewacyjnego kończyny, zaopatrywania

się w odzież uciskową, zabezpieczającą przed powstawaniem obrzęków.

Potem pacjent jest kierowany na rehabilitację specjalistyczną - terapię przeciwobrzękową. Może też korzystać z pomocy w łagodzeniu bólu i innych problemów wynikających z leczenia onkologicznego.

Fizjoterapeuta - przewodnik pacjenta

Wciąż w wielu kręgach panuje bardzo szkodliwe przekonanie, że skoro fizjoterapeuta nie jest lekarzem, to nie bardzo zna się na tym, co robi. A to nie jest prawda. Dzisiaj fizjoterapeuta kończy studia, nieustannie się szkoli, specjalizuje. To na jego barkach spoczywa odpowiedzialność za decyzje terapeutyczne, które podejmuje samodzielnie, w oparciu o swoją wiedzę. Nie tylko zajmujemy się samymi ćwiczeniami i zagadnieniami z naszej dziedziny, ale też staramy się być przewodnikami po ścieżce pacjenta. Dzięki spotkaniom z nami pacjent dowiaduje się, jak ma postępować, żeby się nie zgubić w rozgardiaszu, jaki panuje w naszym systemie ochrony zdrowia.

Rozpisujemy naszym pacjentom na kartkach zalecenia. Przygotowujemy do rozmów z lekarzami, podsuwając pytania, jakie powinni im zadać na wizycie. Nie każdy pacjent na przykład wie, że jeżeli jego lekarz prowadzący ma urlop, to może iść z wypisem do swojego lekarza POZ, który też może wystawić skierowanie na fizjoterapię. Bo to nie lekarz POZ bierze na siebie odpowiedzialność, tylko fizjoterapeuta, który oceni stan pacjenta w gabinecie i podejmie decyzję o dalszym postępowaniu.

W prostej rozmowie, w kilku zdaniach, można wiele spraw pacjentowi wyjaśnić, uspokoić go. Pacjenci często mają czarne myśli, nie zdają sobie sprawy z tego, że dzisiaj z nowotworem można żyć wiele lat, że diagnoza nie oznacza szybkiego żegnania się z życiem.

Jeżeli pacjent wie, że za dwa tygodnie czeka go operacja, dzięki kontaktowi z fizjoterapeutą dowiedziałby się wielu rzeczy. Jak się zachowywać, o co zadbać przed a o co zadbać po operacji. Pamiętajmy, że wiele placówek operuje, a nie ma rehabilitacji a miejscu.

Niestety, rzeczywistość skrzeczy

Teoretycznie pacjent z podejrzeniem nowotworu powinien jak najszybciej trafić do fizjoterapeuty. Niestety, na tym etapie nasz system niewiele zapewnia - na takie wsparcie mogą liczyć pacjenci, którzy korzystają z leczenia w „cancer unitach” lub leczą się w ośrodku, gdzie funkcjonuje poradnia prehabilitacji. W pozostałych sytuacjach pacjent może jedynie szukać takiego wsparcia komercyjnie.

LuxMed Onkologia jest w tej dobrej sytuacji, że mamy 2 tak zwane programy medyczne w ramach NFZ - breast cancer unit i colorectal cancer unit. W związku z tym każdy pacjent z rakiem piersi czy rakiem jelita grubego, który trafia do nas, jest przygotowywany do leczenia. W ramach tego przygotowania ma zapewniony kontakt z fizjoterapeutą już przed operacją i jest przez niego prowadzony przez cały proces leczenia, również po operacji. Potem otrzymuje od lekarza prowadzącego skierowanie do naszej poradni fizjoterapii.

Unity rozwiązują wiele problemów. Pacjent rozmawia z fizjoterapeutą na pierwszym spotkaniu z lekarzem anestezjologiem, co ma miejsce co najmniej kilka dni przed zabiegiem.

Ta rozmowa ma na celu wyjaśnienie i wytłumaczenie, jak będzie wyglądało leczenie. Widzimy, że to bardzo dużo daje pacjentom. Nie są oni tak bardzo zagubieni w systemie, są bardziej świadomi. Mam wrażenie, że daje im to poczucie, że ktoś za nimi stoi, ktoś ich asekuruje, ktoś o nich dba. My mamy dla naszych pacjentów dużo więcej czasu niż lekarze, czy pielęgniarki. Często pacjenci nam mówią, że te rozmowy z nami są dla nich ważne. Zresztą to fizjoterapeuta, którego poznali przed zabiegiem, jest tym, którego widzą tuż po wybudzeniu z narkozy. Daje to pewne poczucie bezpieczeństwa i działa uspokajająco.

Gdy unitów w danym ośrodku nie ma, dostęp do fizjoterapii się komplikuje. Nikt pacjenta przed operacją nie przyjmie na NFZ, nawet jeśli ma kartę DiLO. Nie przygotuje się więc odpowiednio do zabiegu, bo nie ma takiej możliwości, a z rehabilitacji może skorzystać dopiero po operacji.

Po zakończeniu leczenia pacjent powinien dostać skierowanie na rehabilitację na cito i każda poradnia powinna go przyjąć i leczyć. Jednak w praktyce nie ma możliwości, by pacjent od razu rozpoczął zabiegi. Dostępność fizjoterapii na NFZ zależy od placówki. Długość kolejek w poszczególnych przychodniach można sprawdzić na stronach NFZ. Każda placówka, poprzez specjalną aplikację, zgłasza do systemu pacjentów i terminy z oznaczeniem, czy skierowanie jest na cito, czy zwykle. Jest kolejka, nadzorowana przez NFZ.

Trzeba pamiętać, że lekarz POZ już może wystawić skierowanie na poradę do fizjoterapeuty, na którym wpisze podejrzenie nowotworu. I w tym miejscu pojawia się pierwszy problem - o tej możliwości nie wiedzą nie tylko pacjenci, ale i lekarze. Jeśli pacjent jest świadomy tych problemów, to może wcześniej, jeszcze przed leczeniem, wziąć skierowanie na fizjoterapię od lekarza POZ i ustawić się w kolejce licząc, że termin rozpoczęcia rehabilitacji wypadnie tak, że akurat będzie się świeżo po operacji.

W mojej przychodni w tej chwili pacjent ze skierowaniem pilnym jest przyjmowany w ciągu 3 tygodni. To wbrew pozorom bardzo szybko, bo nie ma sensu ukrywać, że w większości placówek oczekiwanie ze skierowaniem na cito to 3-4 miesiące.

Konieczne są zmiany systemowe

O ile sytuacja z dostępem do fizjoterapii onkologicznej w dużych ośrodkach wygląda nie najlepiej, to w małych jest bardzo źle. Pacjenci onkologiczni są wrzucani do jednego worka i sami muszą się martwić, co ze sobą począć. Nie mają wiedzy o tym, co im przysługuje, jak się poruszać w systemie. Tu musimy podkreślić dużą rolę, jak odgrywają organizacje pacjentów. Mam wiele pacjentek z rakiem piersi, które od razu kieruję do Amazonek, bo one już znają wszystkie meandry systemu i najlepiej potrafią pomóc komuś, kto jest dopiero na początku tej drogi.

Teraz jest tak, że pacjent onkologiczny czeka w kolejce z pacjentem np. ze zwyrodnieniem kręgosłupa. W przychodniach rehabilitacyjnych nie ma podziału na ortopedyczną, onkologiczną etc. Nie chodzi o to, żeby wartościować pacjentów, którzy potrzebują bardziej pomocy, ale pacjent onkologiczny jest już w procesie leczenia, który do tego momentu przebiegał sprawnie i nagle, na tym, często końcowym etapie, ma przestój, utrudniający mu powrót do zdrowia.

Moim zdaniem ten problem mogłoby rozwiązać osobne rozliczanie pacjenta onkologicznego przy kontaktowaniu. Mając oddzielną pulę pieniędzy, przychodnie mogłyby tych pacjentów przyjmować szybciej. Właściwe kontraktowanie mogło-

by również zagwarantować pacjentowi dostęp do fizjoterapii w prehabilitacji, która znacząco wpływa na kondycję pacjenta w trakcie i po leczeniu, zwiększając szansę na dobre wyniki terapii.

Jak sprawdzić uprawnienia fizjoterapeuty?

Jeżeli pacjent decyduje się odwiedzić fizjoterapeutę komercyjnie, to moim zdaniem powinien sprawdzić jego wykształcenie w wyszukiwarce na stronie internetowej Krajowej Izby Fizjoterapii (www.kif.pl). Po wpisaniu imienia i nazwiska fizjoterapeuty otrzymamy odpowiedź, czy dana osoba ma prawo wykonywania zawodu. Gdy szukamy fizjoterapeuty, który na pewno zna się na onkologii, to trzeba się pytać o to, czy ma skończony kurs kompleksowej terapii przeciwozrostkowej. Trwa on prawie pół roku, jego uczestniczy uczy się postępowania z pacjentem onkologicznym czy to z rakiem piersi, czy to z rakiem jelita grubego, czy innych nowotworów. Oczywiście to nie jest jedyny kurs pozwalający zdobyć fizjoterapeucie taką wiedzę, ale ten jest pod patronatem Ministerstwa Edukacji i Nauki.

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

**BY PACJENT
NIE BYŁ
WYKLUCZONY**

ANKIETA „By PACJENT nie był WYKLUCZONY”

Kim jest pacjent wykluczony?

Chcesz się z nami podzielić swoim doświadczeniem?

Co dla Ciebie oznacza wykluczenie?

www.pkpo.pl/ankieta

Wykluczenie może pojawić się w wielu obszarach, m.in. z powodu: wieku, miejsca zamieszkania, posiadanych środków finansowych, stopnia zaawansowania choroby/wielochorobowości/specyfiki samej choroby, wykluczenia cyfrowego, wsparcia bliskich



**ANKIETA
ZAJMIE
7 MINUT**

Ankietę można wypełnić do 31 października 2023 r. Pozyskane dane zostaną wykorzystane do opracowania Raportu, który zostanie zaprezentowany w grudniu br. decydom i szerokiemu gronu ekspertów, by rozpocząć dyskusję nad poprawą sytuacji i wdrożeniem rozwiązań systemowych.

Ogólnopolska kampania społeczna Pacjent Wykluczony to kampania organizowana przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych na rzecz pomocy chorym na nowotwory, którzy nie znajdują oparcia w systemie opieki zdrowotnej, czyli stają się wykluczeni przez system, trwa nieprzerwanie od 2013 r.

DIETETYCZNY WYŚCIG ZBROJEŃ. O TYM JAK SIĘ ŻYWIĆ W TRAKCIE LECZENIA ONKOLOGICZNEGO



Dr n. med. n. o zdr. Maja Czerwińska-Rogowska, dietetyk kliniczny specjalizujący się w onkologii i zaburzeniach hormonalnych. Od 2015 pracuje w szpitalnym zespole żywieniowym, gdzie zajmuje się przede wszystkim pacjentami niedożywionymi i żywionymi dojelitowo. Autorka licznych publikacji i szkoleń dla dietetyków. Wykładowca Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Prelegentka na konferencjach krajowych i międzynarodowych.

Dieta nie leczy raka, ale to, co je chory w trakcie terapii przeciwnowotworowej ma ogromne znaczenie dla jego kondycji i szans wygrania z chorobą. Regularne dostarczanie organizmowi odpowiedniego „paliwa” to jeden z kluczowych elementów strategii leczenia onkologicznego. W dodatku taki, na który my sami mamy naprawdę duży wpływ. W tym czasie nie wystarczy po prostu jeść, trzeba odżywiać organizm wspierając tym samym m.in. układ odpornościowy i regenerację tkanek. Tylko w ten sposób jesteśmy w stanie zapobiec niedożywieniu i wyniszczeniu organizmu, które może zmniejszać szanse wyzdrowienia.

Przygotujcie się na to, że Wasz jadłospis w czasie leczenia onkologicznego będzie wymagał modyfikacji z powodu rozmaitych dolegliwości gastrycznych, czy zaburzeń wchłaniania, które mogą się pojawić. Bądźcie gotowi na to, że ulubione potrawy przestaną Wam smakować, albo organizm po prostu przestanie je tolerować. Bardzo możliwe, że będą takie dni, gdy w ogóle nie będziecie mieli ochoty na jedzenie, a zapachy kuchenne będą wzbudzać wyłącznie mdłości. Jak je przezwyciężyć i w takich trudnych momentach nie zostawić organizmu bez „paliwa”? Są na to sposoby! **Opowiada o nich dietetyk kliniczny i psychodietetyk dr n. med. i zdr. Maja Czerwińska-Rogowska.**

OPERACJA

**Co zrobić by wyjść ze szpitala
w nie gorszej kondycji niż do niego weszliśmy.**

Często pierwszym etapem leczenia choroby nowotworowej jest operacja polegająca na usunięciu guza. Czym interwencja chirurgiczna jest dla organizmu?

W zależności od jej zakresu, jest większym lub mniejszym naruszeniem stanu homeostazy czyli wewnętrznej równowa-

gi organizmu spowodowanym m.in. przerwaniem ciągłości tkanek i utratą krwi, ale także znieczuleniem, wspomaganie oddechu czy krążenia. Przyczynia się do niego także każda głódówka przed operacją, nie mówiąc o stresie psychicznym jaki przeżywa pacjent przed zabiegiem.

Uraz operacyjny to dla organizmu sytuacja kryzysowa, w której musi zmobilizować wszystkie siły by przetrwać. Wzrasta poziom hormonów stresu: kortyzolu, adrenaliny, noradrenaliny, pod wpływem których dochodzi do zwiększonego wyrzutu cytokin prozapalnych, niezbędnych np. do opóźnienia krwawienia. To może się wiązać z zaostrzeniem przewlekłych chorób na tle zapalnym. Wątroba zwiększa metabolizm węglowodanów, by dostarczyć energii do walki. Zostaje też uruchomiony przyspieszony rozpad mięśni, w wyniku którego uwalnia się glukoza. To z kolei prowadzi do tzw. pooperacyjnej insulinooporności. U większości osób, które przed operacją dobrze radziły sobie z metabolizowaniem węglowodanów, po pewnym czasie ten stan mija. Ale u pacjentów z zaburzeniami na tle cukrzycowym np. insulinoopornością lub stanem przedcukrzycowym, mogą się one nasilić. Osoby ze zdiagnozowaną wcześniej cukrzycą typu 2, po operacji mogą wymagać bardziej intensywnego leczenia. Nieprawidłowe stężenie cukru, katabolizm białkowy i wzrost parametrów ogólnoustrojowego stanu zapalnego przekładają się na wzrost ryzyka powikłań w postaci zapalenia płuc, zakażenia układu moczowego czy problemów z gojeniem rany pooperacyjnej.

Czy tym niekorzystnym zmianom metabolicznym można zapobiegać?

Dobre odżywienie organizmu, a u osób niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem zastosowanie odpowiedniej interwencji żywieniowej pozwala ograniczyć ryzyko tych niekorzystnych zmian np. utraty masy mięśniowej.

Aby zapobiec nasileniu nadciśnienia czy zmian cukrzycowych, przed operacją chorzy powinni mieć skorygowane stężenie glukozy we krwi przez dietę lub dietę i leki. Każdy pacjent na 2-3 godziny przed operacją powinien wypić zalecony przez lekarza specjalny płyn wysokowęglowodanowy, który stabilizuje poziom glukozy we krwi podczas zabiegu i zmniejsza insulinooporność pooperacyjną. Co więcej, badania potwierdzają, że ten prosty zabieg zabezpiecza mięśnie przed rozpadem, do którego dochodzi gdy poziom cukru w organizmie niebezpiecznie się obniża. Zauważono też, że pacjenci, którzy przed operacją wypili taki wysokowęglowodanowy napój są bardziej odprężeni. Prawdopodobnie to efekt wydzielania serotoniny przez mózg pod wpływem dużej dawki węglowodanów.

Czy ta procedura jest bezpieczna dla cukrzyków?

Badania potwierdzają, że podanie napoju wysokowęglowodanowego jest korzystne także dla diabetyków, ale o tym jak to powinno przebiegać powinien indywidualnie zdecydować lekarz. U niektórych pacjentów z cukrzycą konieczne jest podanie dodatkowej dawki insuliny.

Rutynowa głodówka przed operacją, oraz „szpitalna dieta” mogą osłabić organizm. Co zabrać ze sobą do szpitala, by zminimalizować te straty?

Najlepiej omówić to wcześniej z lekarzem kwalifikującym do operacji. Jeśli tego nie zrobiliśmy, to wspomnijmy o naszych obawach podczas przyjęcia do szpitala. Zapytajmy lekarza, czy rodzina może dostarczyć doustne preparaty odżywcze i które będą najlepsze w danej sytuacji, mogą one wspomóc pacjenta, zarówno przed operacją jak i po niej, nawet po wypisie ze szpitala.

Bardzo ważny jest stan odżywienia pacjenta przed operacją. Jeśli pacjent ma prawidłową masę ciała i masę mięśniową,

gdyż zgromadził odpowiednie rezerwy białka w mięśniach, powinien po krótkim okresie rekonwalescencji wrócić do stanu równowagi i szybko poradzić sobie z gojeniem rany pooperacyjnej. U takich osób powikłania zdarzają się rzadko. Choć każda interwencja chirurgiczna narusza homeostazę czyli stan równowagi organizmu, to jednak prawidłowo funkcjonujący układ odpornościowy wkracza do akcji i szybko opanowuje kryzys. Po większości niezbyt rozległych operacji, pacjent wstaje z łóżka jeszcze tego samego lub następnego dnia, a po kolejnych 2-3 dobach opuszcza szpital. Takiej osobie krótka głodówka związana z przygotowaniem do operacji czy szpitalna dieta o niskiej jakości nie powinny zaszkodzić, choć oczywiście zawsze powinno być to monitorowane przez lekarza.

Musimy jednak myśleć o tym, co nas czeka w przyszłości. Większość chorych na nowotwór wymaga leczenia skojarzonego. Operacja jest często jego pierwszym etapem. Większość chorych musi przejść jeszcze radio- lub chemioterapię podczas której stan odżywienia jest również bardzo ważny. Dlatego również po powrocie do domu chory powinien dbać o właściwe odżywianie wspomagające regenerację organizmu.

Czy osoba dobrze odżywiona może w jakiś sposób dodatkowo wspomóc swój układ odpornościowy?

Pacjent prawidłowo odżywiony teoretycznie powinien mieć zgromadzone odpowiednie zasoby, aby układ odpornościowy pracował prawidłowo. Jak wspomóc swój układ odpornościowy? Przede wszystkim zadbać o odpowiednią ilość białka, cynku a także witaminy D. U niektórych osób lekarz może zalecić stosowanie specjalnego **preparatu o działaniu immunomodulującym**. Takie preparaty można kupić w aptece bez recepty. To tzw. doustne diety przemysłowe, najczęściej w postaci odżywczych płynnych preparatów (tzw. nutridrinki) lub proszku do sporządzania koktajli. Zawierają ważne



składniki o działaniu wspierającym układ odpornościowy. Najczęściej są to arginina oraz kwasy tłuszczowe omega-3. Innymi związkami o działaniu immunomodulującym są również nukleotydy i B-glukany. Dużo mówi się zwłaszcza o wielonienasyconych kwasach tłuszczowych omega-3, które działają przeciwzapalnie oraz zapobiegają utracie mięśni.

Jak pomóc choremu, którego stan odżywienia tuż przed operacją nie jest najlepszy?

Badania naukowe potwierdzają, że - o ile jest to możliwe - lekarz może przesunąć termin operacji onkologicznej o tydzień czy dwa tygodnie i w tym czasie odżywić pacjenta, niż operować w wyznaczonym terminie, narażając chorego niedożywionego na wyższe ryzyko powikłań. Na szczęście grono chirurgów, którzy świadomie podejmują tego typu decyzje, jest coraz szersze.

Czy opóźniając termin operacji nie damy forów rakowi?

To zależy od konkretnego przypadku. Ale u pacjenta mocno niedożywionego korzyści z takiego rozwiązania przewyższają ryzyko z nim związane. Rolą lekarza jest wyjaśnienie tego pacjentowi oraz zmotywowanie go do współpracy.

Mam wątpliwości czy stosując szpitalną dietę można poprawić stan odżywienia pacjenta...

Oprócz szpitalnych posiłków można zastosować specjalistyczne preparaty odżywcze, tzw. doustnie diety przemysłowe, w żargonie medycznym nazywane ONS-ami (od ang. *oral nutrition supplements*). Nie wszystkie oddziały nimi dysponują dlatego, gdy lekarz wspomina o konieczności odżywienia chorego przed operacją, warto zapytać, czy powinniśmy je kupić we własnym zakresie. Te preparaty są dostępne w aptekach. Ponieważ jest ich sporo, dobrze byłoby zapytać lekarza prowadzącego jakie konkretnie są najbardziej wskazane w przypadku naszego pacjenta.

Chorym, którzy mają problemy z odżywianiem drogą doustną, lekarz może zalecić żywienie przez zgłębnik, potocznie nazywany sondą wprowadzoną przez nos wprost do żołądka lub jelita, lub przez specjalny dostęp założony bezpośrednio do żołądka lub jelita. Natomiast gdy nie ma możliwości żywienia doustnie lub przez zgłębnik, np. w przypadku pacjentów z niedrożnością przewodu pokarmowego możemy zastosować żywienie pozajelitowe, czyli podawanie specjalnych mieszanek odżywczych drogą dożylną. Zwykle takie odżywianie jest kontynuowane jeszcze przez jakiś czas po operacji, aby pokryć zwiększone zapotrzebowanie na substancje odżywcze wywołane przez stres okołoperacyjny.

Zwykle goście odwiedzających chorego po operacji przynoszą mu czekoladki, cytrusy lub biszkopty. Czy te produkty są rzeczywiście pomocne?

Z punktu widzenia rekonwalescencji to produkty „bezwartościowe”, będące wyłącznie źródłem pustych kalorii, podobnie jak słodzone napoje. To, czego chory potrzebuje po operacji to dieta lekkostrawna ze zwiększoną zawartością białka. Zde-

cydowanie lepiej przynieść domowy rosół lub zupę jarzynową z rozdrobnionym chudym mięsem, albo kawałek ugotowanego lub upieczonego mięsa (drób, królik, cielęcina lub ryba) w jarzynowej potrawce. A jeszcze lepiej przynieść preparaty typu ONS czyli produkty medyczne do żywienia w okresie choroby.

Można przynieść owoce lub warzywa?

W pierwszych dniach po operacji zarówno owoce, jak i warzywa lepiej podawać w formie gotowanej i dodatkowo utartej lub zblendowanej. Dzięki temu są łatwiej strawne. W pierwszych dniach po operacji lepiej unikać roślin strączkowych i kapustnych, ze względu na ich wzdymające właściwości. Najłatwiej strawne są gotowane warzywa skrobiowe np. ziemniaki, marchew, bataty, a także dynia lub cukinia, kabaczek bez skórki. Lepiej też wstrzymać się z podawaniem soków warzywnych i owocowo-warzywnych. Powinniśmy też unikać potraw smażonych, panierowanych i mocno przyprawionych i pikantnych bo są ciężkostrawne.

Czy rodzina, która chce przynieść choremu coś do jedzenia, powinna najpierw skonsultować to z lekarzem?

Tak, to bardzo ważne. Być może chory jest na specjalnej diecie i nawet o tym nie wie, albo ze względu na ryzyko zakrzepienia nie powinien przyjmować pokarmów płynnych. A może wręcz przeciwnie, powinien dostawać wyłącznie półpłynne, zmiksowane potrawy.

Czy rosół, uważany za zupę mocy, rzeczywiście ma szansę postawić na nogi chorego?

Rosół na dobrej jakości mięsie z dużą ilością warzyw ma w sobie sporą dawkę białka, w tym ważny dla gojenia aminokwas glutaminę. Im dłużej go gotujemy, tym więcej aminokwasów przechodzi z mięsa do roztworu. Najlepiej gotować go na wolnym ogniu przez kilka godzin, a na koniec dodać rozkłócone żółtko lub przygotowane na jego bazie kluski lane, które dostarczą dodatkową porcję białka. Ewentualnie lekko zagęścić zaciągnąć kaszą manną lub rozgotowanymi płatkami ryżowymi.

Rosół nie powinien być jednak tłusty, bo wówczas będzie ciężkostrawny. Dlatego najlepiej przygotować go nie na tłustym mięsie, ale na drobiu lub mięsie królika. Można też dodać odrobinę kurkumy, która jest bardzo silnym antyoksydantem, jednak wcześniej warto upewnić się czy chory akceptuje smak i zapach tej przyprawy.

Czy dobrym pomysłem jest podanie preparatu odżywczego, który jest dostępny w aptece?

Trzeba to uzgodnić z lekarzem. Jeśli odpowiedź będzie twierdząca, to warto dopytać jaki konkretnie preparat rekomenduje i w jakiej dawce. Dla osób w okresie rekonwalescencji po operacji najbardziej wskazane są preparaty typu „protein” czyli ze zwiększoną zawartością białka. Osobom ze skłonnością do powikłań w gojeniu oraz odleżyn najlepiej zrobi odżywczy napój ze składnikami immunomodulującymi.

Oprócz białka zawiera np. argininę, wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, które wspierają układ odpornościowy. Są też preparaty ze zwiększoną zawartością błonnika dla pacjentów ze skłonnością do zaparć.

Czasem takie produkty są w oddziałach chirurgicznych, ale nie zawsze akurat w takich smakach, jakie akceptuje pacjent. Rodzina może poszukać innych smaków, które będą bardziej akceptowalne.

Dla wielu osób barierą jest problematyczny mdły smak tych preparatów. Ma pani dla nich jakąś radę?

Tych smaków jest bardzo wiele. Warto wypróbować kilka, by znaleźć ten, który najbardziej nam odpowiada. Oprócz najpopularniejszych owocowych, są dostępne także preparaty o smaku kawy czy czekolady, albo o smaku neutralnym. Te ostatnie można dodać do zupy, owsianki, purée ziemniaczanego czy budyniu.

Mdły smak tych napojów poprawia się, gdy przed podaniem je schłodzimy. Można je nawet miksować z owocami, zamrażać i spożywać w postaci lodów.

Tego typu preparaty zawierają dużą dawkę węglowodanów. Czy mogą po nie sięgać chorzy na cukrzycę?

Dla diabetyków przeznaczona jest specjalna linia takich preparatów bez dodatku cukru. Zawierają węglowodany złożone, które nie powodują gwałtownych wahań stężenia cukru we krwi. Jest też specjalna linia przeznaczona dla osób z chorobami nerek o zmodyfikowanym składzie elektrolitów.

Często chorzy odmawiają picia preparatów odżywczych twierdząc, że ubocznym skutkiem ich spożywania jest biegunka. Czy można jej zapobiegać?

Duża osmolarność, czyli wysokie stężenie składników odżywczych w niewielkiej objętości sprawia, że wchłanianiu

tego typu preparatów towarzyszy wydzielanie wody do światła jelita, stąd mogą pojawić się biegunki. Można im zapobiegać pijąc taki napój bardzo powoli, małymi łykami, przez około pół godziny, najlepiej przez słomkę, przepijając w międzyczasie wodą.

Czy takie białkowe odżywki są w stanie uchronić leżącego pacjenta przed utratą masy mięśniowej?

W ten sposób możemy jedynie zmniejszyć jej utratę. Aby białko miało szansę wbudować się w strukturę mięśni, niezbędny jest ruch. Dlatego tak ważne jest wczesne uruchamianie chorych po operacjach. Osoby, które nie są w stanie wstać z łóżka, powinny mieć zapewnioną tzw. bierną rehabilitację, czyli ćwiczenia z rehabilitantem w pozycji leżącej.

Czy chorzy, którzy po operacji znajdują się w stanie śpiączki potrzebują jedzenia?

Zdecydowanie tak! Nieprzytomnego pacjenta nie można jednak żywić drogą doustną. W tej sytuacji pozostaje żywienie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy lub nosowo-jelitowy lub przez bezpośredni dostęp do żołądka czy jelita lub żywienie pozajelitowe. Wydaje się, że nieprzytomny pacjent, który się nie porusza, często nawet samodzielnie nie oddycha, nie traci energii, więc nie potrzebuje jedzenia. Prawda jest zupełnie inna, potrzeby energetyczne oraz zapotrzebowanie na białko wynikające z potrzeby regeneracji organizmu są naprawdę potężne. Dlatego żywienie nieprzytomnego pacjenta powinno być rozpoczęte najszybciej jak tylko jest to możliwe. Kroplówki z glukozą to nie to samo, co żywienie dojelitowe czy pozajelitowe.

Rozmawiała: Katarzyna Koper

GDY RANA POOPERACYJNA NIE CHCE SIĘ GOIĆ

Sprawność gojenia rany zależy w dużej mierze od kondycji układu odpornościowego. Komplikacje przy jej gojeniu oznaczają niedomaganie mechanizmów odpornościowych. Aby je wzmocnić trzeba dostarczyć układowi odpornościowemu odpowiedniego paliwa czyli:

- nawet 2 g białka na kg masy ciała (potrzebne są wszystkie aminokwasy, ale szczególne znaczenie dla gojenia mają dwa z nich: glutamina i arginina obecne głównie w mięsie)
- ok. 500 mg na dobę wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, najlepiej EPA i DHA zmniejszających ogólnoustrojowy stan zapalny poprzez wpływ na układ odpornościowy, działają przeciwzakrzepowo. Źródłem kwasów tłuszczowych omega-3 są ryby morskie, algi, siemię lniane, olej rzepakowy, orzechy)
- przeciwutleniacze czyli witamina C, witamina E, witamina A a także cynk i witaminy z grupy B



Więcej informacji o żywieniu w chorobie na stronie:
www.zywieniemedyczne.pl

ZAWSZE BĘDĘ POMAGAŁ



Jan Salamonik, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Przewłękę Białaczkę Szpikową, przez wiele lat pełnił też funkcję wiceprezesa Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Koordynator programu Pacjent Wykluczony, w ramach którego wspiera pacjentów z rakiem i ich bliskich. Wykonuje tę pracę z ogromnym zaangażowaniem, poświęceniem własnego czasu i z wielkim profesjonalizmem. Udziela informacji głównie pacjentom z małych miejscowości, którzy nie wiedzą, do jakiego specjalisty się zgłosić i gdzie zwrócić się o pomoc.

Mogę powiedzieć, że jestem pacjentem, który jest żywym przykładem sukcesu rozwoju onkologii klinicznej. Przewrotnie dodam, że dzięki skutecznemu leczeniu jednego nowotworu, dożyłem momentu, którym zdiagnozowano u mnie kolejny.

Dlatego my pacjenci i nasi bliscy nie powinniśmy tracić nadziei. Dosłownie każdy dzień przynosi informację o nowych odkryciach, o rejestracji kolejnych efektywnych cząsteczek, ale także o postępie w stosowaniu innowacyjnych technologii medycznych.

Również patrząc z perspektywy tych ponad dwóch dekad widzę, jak ogromne zmiany dokonały się w Polsce w dostępie do innowacyjnych technologii lekowych, ile nowych terapii weszło, zwłaszcza w ostatnim roku.

Oczywiście mamy jeszcze wiele do zrobienia w tym zakresie, ale jest coraz lepiej, także dzięki zaangażowaniu organizacji pacjentów w proces refundacji.

Z przewłęką białaczką szpikową żyję od 26 lat

Po raz pierwszy zachorowałem na nowotwór w 1997 roku - zdiagnozowano u mnie przewłęką białaczkę szpikową. Wtedy jedyną szansą na wyleczenie był przeszczep szpiku kostnego. Jednak 26 lata temu zarejestrowanych dawców szpiku było tylko 1500 w całej Polsce (w tej chwili jest to 1,7 mln osób), a maksymalny wiek kwalifikacji pacjenta do przeszczepu wynosił 45 lat, więc ta droga była dla mnie zamknięta.

W Instytucie Hematologii dowiedziałem się, że mam od 2 do 4 lat życia i nic więcej nie mogą dla mnie zrobić, ewentualnie zalecić leczenie paliatywne. Dostałem leki - chemioterapeutyki *busulfan* i *hydroksykarbamid*, które zmniejszały ilość białych ciałek we krwi i poprawiały samopoczucie. Miałem oczywiście świadomość, że po jakimś czasie, może dojdzie do kryzy blastycznej (przełomu blastycznego) i mogło pozostać mi jeszcze 3 miesiące życia.

Na szczęście w 2001 roku pojawił się lek, *imatynib*, który zrewolucjonizował podejście do przewłęk białaczki szpikowej. Zakwalifikowałem się do badania klinicznego, gdyż przeszedłem wszystkie dostępne fazy leczenia. Już po 3 miesiącach stosowania leku, z 99% komórek nowotworowych w szpiku, ich ilość spadła do 12%, po następnych 3 miesiącach ich ilość zmalała do 5%, aż do śladowych ilości.

Po wielu latach stosowania tego leku, uważam, że nigdy nie można tracić nadziei, gdyż zawsze podczas trwania leczenia może pojawić się nowy lek, który może przedłużyć życie, nawet do późnego wieku.

Przez wiele lat żyłem sobie spokojnie, choroba była pod kontrolą, ale nadszedł dzień, gdy znowu przyszło mi się zmierzyć z nowotworem. Tym razem okazało się, że mam raka wpustu żołądka. Historia związana z procesem diagnostycznym w tym przypadku jest dowodem na to, że warto drążyć i szukać przyczyny nawet banalnych dolegliwości, bo dzięki temu można ocalić życie.

Wewnętrzny niepokój doprowadził do kolejnej diagnozy

Zaczął się od bólu brzucha. Był on tak silny, że wezwałem pogotowie, które zawiozło mnie do szpitala. Wykonano mi wtedy cały zestaw badań, ale nie wykazały one nic niepokojącego. Sprawa nie dawała mi jednak spokoju i po 6 tygodniach doszedłem do wniosku, że powinienem jednak zrobić sobie gastroscopię. Mój niepokój był na tyle silny, że nie chciałem czekać na badanie w ramach NFZ - zdecydowałem się na prywatną przychodnię. Dopiero pod sam koniec badania lekarz zauważył niepokojącą zmianę - niewielkie zgrubienie. Mimo że nie wzbudziło ono szczególnego zaniepokojenia u doktora, który mnie badał, to jednak zdecydował się on pobrać próbkę do badania.

Wyniki, które były już po tygodniu, nie dały jednoznacznej odpowiedzi, co się dzieje, bo pobrano zbyt mało materiału. Byłem tak zdeterminowany, że postanowiłem powtórzyć badanie w ramach NFZ w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie.

Po wynik jechałem pewny, że okaże się, że niepotrzebnie się przejmuję, a tymczasem bez owijania w bawełnę powiedziano mi, że mam raka. Lekarz, którego zapytałem, co robimy, powiedział, że mam 2 drogi - albo od razu zacząć leczenie, albo szykować się do odejścia w ciągu najbliższych 6 miesięcy. Nie trudno zgadnąć, którą opcję wybrałem.

Leczenie raka wpustu żołądka

Lekarz wprost mi powiedział, że lecze-

nie będzie bardzo obciążające - zaczniesz się od chemioterapii, a po jej zakończeniu konieczna będzie operacja. Jak rozległa, to się okaże dopiero w jej trakcie, bo nowotwór był umiejscowiony na połączeniu żołądka z przełykiem, więc może być konieczne otarcie nie tylko jamy brzusznej, ale również klatki piersiowej.

W ramach chemioterapii przedoperacyjnej otrzymałem 4 razy FLOT. Po pierwszym wlewie spędziłem 4 dni na SORze kardiologicznym - zrobiono mi wszystkie badania i okazało się, że dolegliwości sercowe były spowodowane chemioterapią.

Doktor, która prowadziła moje leczenie systemowe stwierdziła, że nie możemy rezygnować z terapii, która jest bardzo skuteczna, możemy natomiast wydłużyć czas podawania leku z 24 do 42 godzin. I to faktycznie nieco uspokoiło objawy kardiologiczne, które odczuwałem.

Przyjęcie wszystkich 4 cykli chemii okazało się zbawienne dla dalszego leczenia - guz zmniejszył się o 80% i operacja była dużo łatwiejsza. W trakcie pierwszej operacji, która trwała 6,5 godziny, wycięto mi żołądek, kawałek przełyku i 17 węzłów chłonnych. Po 6 dniach okazało się, że konieczna jest reoperacja. Nie było to nic niezwykłego. Przy tego typu zabiegach to się zdarza stosunkowo często ze względu na poziom skomplikowania i rozległość operacji. U mnie po wykonaniu biopsji okazało się, że kropła po kropli do otrzewnej „przecieka” żółć. Tym razem operacja była krótsza - trwała tylko 3 godziny.

W trakcie operacji wytworzono mi z fragmentu jelita namiastkę żołądka. Oczywiście nie ma w niej kwasów żołądkowych. Nie powstaje również witamina B12, więc co miesiąc chodzę na zastrzyki.

Przed operacją lekarz, który miał ją przeprowadzić, powiedział, że powinien zrobić wszystko, by być w pełni sił przed leczeniem chirurgicznym.

Miałem się dobrze odżywiać, póki jeszcze mogę, bo po operacji na pewno sporo schudnę. I tak było. Po operacji nie mogłem w ogóle jeść, schudłem 21 kilogramów. Miałem kacheksję (patrz ramka na końcu tekstu), która często pojawia się po takich operacjach jak moja. Próbowalem jeść, ale nie bardzo mi to wychodziło. Oczywiście nie zo-

stałem z tym sam. Najpierw korzystałem z leczenia pozajelitowego, potem dojelitowego. W mojej diecie na stałe zagościły nutridrinki.

Nieustannie odczuwałem palenie i pieczenie w przełyku, które powodowały nie tylko dyskomfort, ale i ból. W trakcie gastroskopii okazało się, że przyczyną jest wypływanie żółci z jelita do przełyku. Rozwiązanie tego problemu okazało się bardzo proste. Po prostu wtłoczono mi do przełyku powietrze pod ciśnieniem i żółć się cofnęła. Od razu mi się poprawiło.

W sumie w szpitalu miałem być 10 dni, spędziłem miesiąc. Przed powrotem do domu przeszedłem gruntowne, bardzo szczegółowe szkolenie, dotyczące odżywiania.

Gdy szedłem na operację, ważyłem około 90 kg, a po operacji około 70 kg. I ta waga końcowa się utrzymuje. Staram się właściwie odżywiać, ale nie jestem w stanie przytyć.

Co z leczeniem białaczki?

Gdy stwierdzono u mnie raka wpustu żołądka, byłem cały czas leczony *imatynibem* z powodu przewlekłej białaczki szpikowej. Lekarze doszli do wniosku, że jednoczesne przyjmowanie dwóch terapii może być zbyt obciążające i za-



padła decyzja, że skupiamy się na raku żołądka. Wyniki hematologiczne miały być dobre i stabilne, więc pozostało jedynie kontrolować, czy się nie pogarszają po odstawieniu leczenia. Wyniki nadal mam dobre, więc *imatynibu* nie biorę już od półtora roku, badania molekularne robię co trzy miesiące. Oczywiście to nie znaczy, że niepokój zniknął.

Operacja kręgosłupa

Rok po operacji raka wpustu żołądka pojawiła się rwa kulszowa. Oczywiście pierwszą myślą było, że to przerzuty do kręgosłupa. Po zrobieniu rezonansu okazało się jednak, że to po prostu zmiany, które trzeba zoperować. Początkowo miałem robione blokady, korzystałem z ćwiczeń, ale te działania były nieskuteczne. Szybko umówiłem się z chirurgiem i teraz już jestem po operacji, powoli dochodzę do siebie.

Zawsze będę pomagać

Dwa nowotwory, które stanęły mi na drodze, sprawiły, że doskonale wiem, jak bardzo zagubiony może czuć się pacjent onkologiczny w naszym systemie ochrony zdrowia. Dlatego od lat działam w ramach projektu „Pacjent wykluczony”, starając się wspierać zgłaszających się pacjentów i ich rodziny na wielu płaszczyznach - zarówno związanej z samym procesem leczenia, jak i na przykład socjalnej.

Przez te lata widzę, że w niektórych obszarach zaszło bardzo wiele zmian na lepsze, ale do tego, by pacjent onkologiczny naprawdę nie czuł się wykluczony, wciąż długa droga przed nami. Zawsze jest i będzie coś do poprawienia.

O ile w ostatnich latach zyskaliśmy dostęp do nowoczesnych terapii, to nadal nie mamy zadowalającego dostępu do badań, nie tylko molekularnych, które są do ich stosowania niezbędne.

Z nadzieją patrzę na pojawienie się w systemie ochrony zdrowia nowych pomysłów, które oznaczają, że Narodowa Strategia Onkologiczna działa.

Wprowadzono Krajową Sieć Onkologiczną, budowane są „cancer unity”, mamy koordynatorów i teraz coraz częściej mówi się też o prehabilitacji. Dla takich pacjentów-weteranów jak ja, brzmi to wręcz bajkowo. Możliwość skorzystania z fachowej opieki i wsparcia w ramach poradni prehabilitacji nie tylko przez

cały czas leczenia, ale już po pierwszej wizycie stawia pacjenta zupełnie w innej pozycji. Z własnego doświadczenia wiem, jak ważne jest to, by pacjent, szczególnie na początku leczenia, nie czuł się pozostawiony sam sobie, żeby był obok niego ktoś, kto pomoże mu poruszać się w systemie.

Jestem najlepszym przykładem, że dzi-

siaj pacjent onkologiczny żyje ze swoją (często niejedną) chorobą nowotworową przez wiele lat. Dlatego powinniśmy wszyscy - lekarze, decydenci i pacjenci - dążyć do tego, by to życie było jak najlepszej jakości. A pacjent dobrze przygotowany fizycznie i psychicznie do czekającego go leczenia ma większe szanse na sukces terapeutyczny i godne życie.

Dlatego uważam, że propagowanie idei prehabilitacji to naprawdę fantastyczny pomysł, któremu powinniśmy kibicować i wspierać wszystkie działania, które prowadzić będą do jej szerokiego wejścia do systemu.

Pacjenci onkologiczni żyją z chorobą przez wiele lat - niech to będzie życie dobrej jakości.

Kacheksja nowotworowa (charłactwo, wyniszczenie) to wieloczynnikowy zespół zaburzeń metabolicznych związanych z chorobą nowotworową, którego cechą charakterystyczną jest znaczący spadek wagi ciała. Kacheksja jest częstym powikłaniem choroby onkologicznej i wymaga leczenia, ponieważ znacząca utrata wagi i postępujące wyniszczenie organizmu pacjenta stanowią negatywny czynnik rokowniczy. Zdarza się, że kacheksja uniemożliwia kontynuację leczenia onkologicznego.

WALCZYMY O SZANSĘ DLA KAŻDEGO CHOREGO

Ogólnokrajowe Stowarzyszenie Pomocy Chorym Na Przewlekłą Białaczkę Szpikową wspiera osoby chore na PBS, ich rodziny i bliskich. Organizujemy szkolenia i akcje informacyjne związane z chorobą i nowoczesnymi metodami leczenia białaczki. Bierzemy udział w pracach krajowych i międzynarodowych organizacji, których celem jest zwalczanie chorób nowotworowych.

Przede wszystkim jednak, z całych sił staramy się, by nasi pacjenci mieli pełny, równy i bezpłatny dostęp do najlepszych metod i leczenia, pomagających im wygrać z chorobą.

Dbamy, by każdy, kto zgłosił się do nas, otrzymał pewną i wyczerpującą informację, pomagamy skontaktować się z innymi chorymi doświadczonymi w przebiegu choroby i leczenia, organizujemy koła regionalne Stowarzyszenia.

Prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy wszystkich tych, którzy cierpią na przewlekłą białaczkę szpikową, są wiadomościami o tej chorobie zainteresowani, potrzebują pomocy.



Więcej o stowarzyszeniu: www.spbs.com.pl

Wizjoner zdrowia

W marcu tego roku Jan Salomonik, w towarzystwie Krystyny Wechmann odebrał prestiżową nagrodę Wizjonerzy Zdrowia Wprost 2023 - Wizjonerski Program Edukacyjny: Pacjent Wykluczony Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Jan Salomonik od ponad 10 lat jest koordynatorem programu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych „Pacjent Wykluczony”. Wykonuje tę pracę z ogromnym zaangażowaniem, poświęceniem własnego czasu i z wielkim profesjonalizmem. Udziela informacji głównie pacjentom z małych miejscowości, gdzie pacjenci nie wiedzą, do jakiego specjalisty się zgłosić i gdzie zwrócić się o pomoc.

"Pacjent Wykluczony" to program stworzony przez pacjentów dla pacjentów. Pomógł setkom chorych onkologicznie, a także ich rodzinom, którzy otrzymali radę, gdzie i jak się leczyć oraz wsparcie psychiczne.

Nagroda Wizjonerzy Zdrowia Wprost jest przyznawana osobom, które mają odwagę dokonywać zmian, które istotnie wpływają na życie pacjentów, polską naukę, system ochrony zdrowia.

W tym roku Kapituła nagrody Zaufania przyznała nagrody wybitnym lekarzom, naukowcom, a także

pacjentom, którzy społecznie działają na rzecz innych.

Nagrody zostały też przyznane za nowatorskie rozwiązania.



Fot. wprost.pl

RAK ŻOŁĄDKA W POSZUKIWANIU OPTYMALNEGO LECZENIA

W 2020 roku w Europie odnotowano ponad 136 000 przypadków raka żołądka, z czego niestety blisko 97 000 zmarło. W Polsce w tym samym roku zachorowalność oraz śmiertelność oscylowała wokół 4,5-4 tys. osób. Czy możemy uchronić się przed zachorowaniem na ten nowotwór? Jak powinna wyglądać optymalna ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna u pacjentów z rakiem żołądka i czy polscy klinicyści dysponują narzędziami, które pozwalają im na wdrożenie najlepszej możliwej opieki dla swoich pacjentów? Sytuację chorych z rakiem żołądka podsumowuje raport Fundacji EuropaColon Polska, Fundacji Onkologicznej Nadzieja, opracowany przez HTA Consulting.

– Rak żołądka jest jednym z 3 nowotworów przewodu pokarmowego, któremu przyjrzelśmy się w ramach raportu „Aktualna sytuacja pacjentów z nowotworami układu pokarmowego w Polsce”. Opracowanie identyfikuje potrzeby pacjentów z rakiem jelita grubego, rakiem żołądka i rakiem przełyku oraz dokonuje oceny organizacji opieki onkologicznej chorych – mówi Iga Rawicka, Prezes Fundacji EuropaColon Polska i jeden z inicjatorów raportu.

Profilaktyka

Niestety przyczyny powstawania raka żołądka nie są znane, ale zidentyfikowano szereg czynników, które zwiększają ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Choroba częściej diagnozowana jest u mężczyzn niż kobiet, a do najczęściej wymienianych należy palenie tytoniu oraz częste spożywanie wysokoprocentowych napojów alkoholowych, nieprawidłowa dieta oraz zakażenia, w tym bakteryjne (Rycina 1).

– Rak żołądka to ciągle duży problem – mówi prof. Grażyna Rydzewska, Prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. – Odnotowujemy ponad milion zachorowań rocznie na świecie, a wydaje się, że można by nad tym zapanować. Znamy przecież podstawowy czynnik ryzyka, czyli *Helicobacter pylori*, więc skuteczne leczenie tej bakterii mogłoby ryzyko raka żołądka znacząco zmniejszać. Liczbę zachorowań mogłaby też zmniejszyć odpowiednia profilaktyka, czyli zdrowy tryb życia: zdrowa dieta, dbanie o prawidłową masę ciała, itd.

W Polsce, inaczej niż w krajach o podwyższonej zachorowalności, jak np. Japonia, nie prowadzi się też badań przesiewowych w kierunku raka żołądka, co może mieć wpływ na późne rozpoznanie nowotworu. Kluczowe jest więc podejmowanie działań w ramach profilaktyki pierwotnej (rezygnacja z używek, zdrowa i zbilansowana dieta, regularna aktywność fizyczna i leczenie zakażeń *Helicobacter pylori*) oraz zachowanie tzw. czujności onkologicznej i zwracanie uwagi na niepokojące objawy ze strony przewodu pokarmowego.

Objawy i diagnostyka

Objawy raka żołądka są niespecyficzne, przez co długo nie łączy się ich z rozwijającym się procesem nowotworowym. To, na co należy zwrócić uwagę to objawy dyspeptyczne, czyli dys-



Rycina 1.

CZYNNIKI RYZYKA RAKA ŻOŁĄDKA

Epidemiologiczne:

- palenie tytoniu / żucie produktów tytoniowych
- płeć męska
- przynależność etniczna (mieszkańcy Japonii, Chin, Korei, Europy Południowej, Europy Wschodniej, Ameryki Środkowej)

Dietetyczne:

- częste spożywanie alkoholi wysokoprocentowych
- dieta uboga w świeże produkty
- częste spożywanie produktów wędzonych i konserwowanych

Medyczne:

- zakażenia, w tym bakteryjne
- narażenie na czynniki chemiczne
- zachorowania na nowotwory żołądka w rodzinie
- zespół Lyncha
- zespół Peutza-Jeghersa
- zespół Gardnera
- choroba Addisona-Biermera
- choroba Menetriera
- polipy błony śluzowej żołądka
- grupa krwi A
- częściowa resekcja żołądka

komfort lub ból w nadbrzuszu, wzdęcia, odbijanie, nudności czy wymioty, brak apetytu, niezamierzona utrata ciała, wcześnie uczucie sytości po posiłku, dysfagia i odynofagia. Dia-

Rycina 2.

METODY DIAGNOSTYKI RAKA ŻOŁĄDKA



Wywiad lekarski

Ocena lokalna

- badanie fizykalne
- gastroskopia
- analiza histologiczna pobranego materiału
- analiza biomarkerów nowotworowych (badania molekularne, immunohistochemiczne)
- laparotomia zwiadowcza (przy braku możliwości postawienia rozpoznania na podstawie gastroskopii)



Metody obrazowania

- TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy
- RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem (rzadko)
- USG (np. EUS)
- MRI
- PET



Ocena laboratoryjna

- pełna morfologia krwi
- badanie biochemiczne krwi
- markery nowotworowe (CEA i CA19-9)



gnostyka raka żołądka obejmuje badanie podmiotowe oraz przedmiotowe, ocenę parametrów laboratoryjnych, ocenę obrazową i badanie patomorfologiczne pobranych wycinków zmian nowotworowych (Rycina 2).

Tylko u jednej czwartej pacjentów z rakiem żołądka w momencie rozpoznania choroba diagnozowana jest w fazie lokalnego zaawansowania, a u blisko 40 procent do pojawienia się przerzutów odległych. Największe szanse na długoletnie przeżycia mają chorzy bez przerzutów regionalnych i odległych. U chorych z przerzutami odległymi odsetek 5-letnich przeżyć wynosi 6%.

– Pacjenci w Polsce są w większości diagnozowani zbyt późno, kiedy choroba jest już w zaawansowanym stadium rozwoju – mówi Iga Rawicka z Fundacji EuropaColon Polska. – Staramy się jako fundacja prowadzić działania edukacyjne, by ludzie znali czynniki ryzyka, żeby rozpoznawali objawy. Chorzy są niejednokrotnie bardzo zmęczeni, bo to nie jest łatwa choroba, ale jeśli rak żołądka jest wcześniej rozpoznany, to są naprawdę duże możliwości wyzdrowienia. Wiąże się to często z utrudnieniami w codziennym funkcjonowaniu po usunięciu żołądka, ale – po modyfikacji diety – można jak najbardziej żyć zdrowo.

Leczenie

Pacjenci z rakiem żołądka mają w Polsce obecnie ograniczone możliwości stosowania terapii finansowanych ze środków publicznych w ramach katalogu B (program lekowy) lub katalogu C (katalog chemioterapii), w porównaniu do terapii zarejestrowanych w Europie (Rycina 3).

– W ramach programu lekowego finansowana jest obecnie jedna linia leczenia (II linia). Chorzy z rakiem żołądka mogą być leczeni przy wykorzystaniu substancji czynnych, które znajdują się w katalogu chemioterapii. Widzimy, że konieczne staje się upraszczanie oraz ujednolicanie zapisów programów lekowych oraz cykliczne uzupełnianie ich o opcje leczenia o udowodnionym działaniu. Lekarze i pacjenci czekają na udostępnienie w ramach 1 linii leczenia niwolumabem, który wykazał się dużą skutecznością w leczeniu innych nowotworów i stała się standardem opieki. Mamy nadzieję na jak najszybsze wprowadzenie wyczekiwanych zmian – podsumowuje Iga Rawicka.

Pełna treść raportu dostępna jest na stronie internetowej www.europacolnypolska.pl oraz na stronie www.fundacjaonkologicznadanadzieja.org

Źródło: EuropaColon Polska

Rycina 3.

PODSUMOWANIE STATUSU RFUNDACYJNEGO W LECZENIU RAKA ŻOŁĄDKA

Katalog B (program lekowy)

1 substancja czynna

w ramach programu lekowego B. 58:

- **ramucyrumab** w skojarzeniu z paklitaksemem

Katalog C (chemioterapia)

21 substancji czynnych

5-fluorouracyl, cisplatyna, docetaksel, epirubicyna, etopozyd, irynotekan, kapecytabina, leukoworyna / kwas folinowy, oksaliplatyna, paklitaksel, doksorubicyna, cyklofosfamid*, dakarbazyna, ifosfamid, karboplatyna, lanreotyd, oktreotyd, temozolomid, trastuzumab, winkrystyna, winorelbina

* cyklofosfamid dostępny jest także w ramach wykazu otwartego (katalog A)

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu uczestniczy w programie badań raka żołądka w Europie...

Ustalenie strategii prewencji raka żołądka w Europie to jeden z celów projektu "Towards gastric cancer screening implementation in the European Union" (TOGAS). Uczestniczy w nim Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Uczelnia poinformowała w komunikacie, że projekt realizuje konsorcjum czołowych ośrodków związanych z rakiem żołądka i prowadzeniem programów profilaktycznych. Badania potrwać trzy lata i mają ogromne znaczenie nie tylko epidemiologiczne, ale również praktyczne, ponieważ staną się podstawą do implementacji badań przesiewowych w kierunku raka żołądka w Europie.

- W naszym ośrodku zbadanych zostanie tysiąc osób i będą

to pacjenci rekrutowani z populacji. Zbadamy poziom przeciwciał przeciw *Helicobacter pylori* w surowicy krwi u osób w wieku 31-35 lat. U tych, u których zostaną stwierdzone przeciwciała, zostanie przeprowadzony ureazowy test oddechowy, który jest nieinwazyjnym badaniem diagnozującym infekcję *Helicobacter* - powiedziała cytowana w komunikacie dr hab. Katarzyna Neubauer, prof. UMW, kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii UMW.

... a w Krakowie sprawdzą skuteczność innowacyjnego schematu leczenia raka żołądka

Badanie, które sprawdzi skuteczność innowacyjnego schematu leczenia raka żołądka prowadzą polscy badacze ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Chodzi o zastosowanie przed resekcją żołądka chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii (HIPEC), co ma zmniejszyć ryzyko nawrotu.

Poinformowała o tym Agencja Badań Medycznych, która finansuje badanie o akronimie CHIMERA - „Przedoperacyjna chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii uzupełniająca leczenie skojarzone w zaawansowanym raku żołądka z wysokim ryzykiem nawrotu otrzewnowego - badanie wieloośrodkowe z randomizacją”. Do badania zostanie włączonych 600 chorych w wieku 18-75 lat z rakiem żołądka potwierdzonym histopatologicznie w wycinkach pobranych z guza, mających wysokie ryzyko nawrotu raka, ale bez przerzutów do innych narządów, w tym do otrzewnej.

Jak wyjaśnił PAP członek zespołu badawczego dr Radosław Pach z I Katedry Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, obecnie w leczeniu skojarzonym raka żołądka stosuje się przedoperacyjną chemioterapię systemową, a w kolejnym etapie leczenie chirurgiczne, tj. resekcję żołądka. Następnie w zależności od stopnia zaawansowania raka stosuje się leczenie uzupełniające.

W przypadku powstania wznowy w jamie otrzewnej lub raka z przerzutami do otrzewnej znacznie bardziej skuteczną formą leczenia niż chemioterapia systemowa jest chirurgia cytoredukcyjna (CRS), polegająca na usunięciu wszystkich makroskopowych ognisk nowotworu. Taką procedurę można wykonać jednak tylko u niektórych pacjentów z przerzutami do otrzewnej. Najczęściej zabieg ten łączony jest z procedurą HIPEC, czyli chemioterapią dootrzewnową w hiperter-

mii. Metoda ta ma wysoką cytotoksyczność, a podwyższona temperatura płynu perfuzyjnego sama w sobie ma działanie uszkadzające komórki nowotworowe.

W badaniu CHIMERA nowością jest to, że u chorych, którzy otrzymali chemioterapię przedoperacyjną, naukowcy stosują jednorazowo procedurę HIPEC jeszcze przed resekcją żołądka.

- Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii podawana jest około dwa tygodnie przed wykonaniem resekcji żołądka. Celem tego leczenia jest wzmocnienie efektu działania chemioterapii systemowej poprzez bezpośrednie działanie leku na otrzewną, w której mogą znajdować się również komórki nowotworowe. Pozwoli to na eliminację komórek raka niewidocznych w wykonywanych badaniach obrazowych – wyjaśnił PAP dr Radosław Pach.

Naukowcy liczą, że pozwoli to zmniejszyć odsetek nawrotów raka żołądka do jamy otrzewnej, które są główną przyczyną zgonów chorych na ten nowotwór. Nawroty w jamie otrzewnej występują często i mają wpływ na odległe wyniki leczenia.

- Przesłanki z dotychczas opublikowanych doniesień, pozwalają nam spodziewać się korzystnego rezultatu takiego sposobu leczenia pod postacią zmniejszenia częstości wznów otrzewnowych raka żołądka i wydłużenia przeżycia chorych leczonych z powodu tego nowotworu – skomentował cytowany w materiale prasowym główny badacz w projekcie, prof.

Piotr Richter ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Dr Radosław Pach dodał, że procedura HIPEC jest w badaniu CHIMERA przeprowadzana w technice laparoskopowej. - Zastosowanie techniki laparoskopowej u chorych poddawanych chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii jest elementem innowacyjnym ze względu na brak powszechnego zastosowania tej metody u chorych poddawanych procedurze HIPEC w celu zapobiegania wznowie raka – zaznaczył specjalista. Dodał, że laparoskopowy zabieg pozwoli na zmniejszenie urazu operacyjnego i częstości powikłań w porównaniu z chorymi, u których procedurę HIPEC wykonuje się sposobem otwartym. Badanie otrzymało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej oraz zgodę Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych i jest

w fazie aktywnej rekrutacji uczestników badania. Chorzy z rozsiewem raka do jamy otrzewnej nie mogą być włączeni do niniejszego programu badawczego. Zainteresowani projektem, pacjenci i lekarze mogą kontaktować się z Sekretariatem Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Gastroenterologicznej i Transplantologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie pod numerem telefonu 12 400 24 00. Poradnia dedykowana projektowi badawczemu czynna jest we wtorki i piątki w godzinach 11-13. W sprawie badania możliwy jest również kontakt z członkami zespołu badawczego.

Źródło: Nauka w Polsce

RAPORT: DIAGNOSTYKA MOLEKULARNA W LECZENIU NOWOTWORÓW

Zdaniem ekspertów autorów raportu „Diagnostyka molekularna w leczeniu nowotworów”, badania genetyczne powinny być nieodłączną częścią procesu diagnostyczno-terapeutycznego nowotworów. Tymczasem w Polsce wydatki na diagnostykę molekularną na poziomie 61 mln zł rocznie stanowią zaledwie pół procenta wszystkich nakładów na leczenie nowotworów. To powoduje, że pomimo refundacji nowoczesnych terapii ukierunkowanych molekularnie, nie są one w pełni wykorzystywane a pacjenci, którzy mogliby dzięki nim wyzdrowieć, nie mają do nich dostępu.

Przygotowany przez zespół ekspertów raport, jest pierwszym w Polsce tak kompleksowym opracowaniem analizującym tę dynamicznie rozwijającą się dziedzinę nauki i medycyny jaką są badania molekularne. Raport wskazuje różnice regionalne w dostępie do świadczeń z tego zakresu na poziomie ilościowym oraz jakościowym. Analiza finansowa pokazuje przepaść między faktycznymi nakładami i tym samym dostępem do diagnostyki molekularnej, a zapotrzebowaniem na nią w praktyce onkologicznej.

– XXI wiek określany jest mianem ery genomowej i ery medycyny spersonalizowanej – podkreślał w trakcie konferencji, na której prezentowano raport, dr Andrzej Tysarowski, kierownik Pracowni Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii. – Zapoczątkował je ogromny postęp w genetyce i technikach biologii molekularnej, jaki dokonał się na przestrzeni ostatnich kilku lat. Rozwój ten daje olbrzymie możliwości w zakresie zaawansowanej diagnostyki genetycznej i pozwala na poznanie podłoża wielu chorób uwarunkowanych genetycznie, w tym także nowotworów.

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego prof. Piotr Rutkowski zwrócił uwagę, że współczesna dia-

gnostyka onkologiczna oparta o badania molekularne, to nie tylko diagnostyka typu nowotworu, ale również ocena czynników predykcyjnych dla doboru terapii ukierunkowanej molekularnie, ocena czynników prognostycznych czy monitorowanie choroby resztkowej lub mutacji warunkujących oporność na prowadzoną terapię za pomocą biopsji płynnej. Wniosek z raportu jest jednoznaczny. Dostęp do diagnostyki molekularnej w Polsce powinien się zwiększyć a nakłady na nią wzrosnąć.

Zdaniem prof. Anny Latos-Bieleńskiej, konsultant krajowej w dziedzinie genetyki klinicznej, w Polsce z całą pewnością potencjał diagnostyki genetycznej nie jest w pełni wykorzystywany i co za tym idzie, pacjenci chorzy na nowotwory nie mogą w pełni korzystać z terapii celowanych.

– Z raportu wynika, że rozwijają się zaawansowane badania genetyczne, jest to właściwa tendencja i w kolejnych latach coraz wyraźniejsza – tłumaczyła prof. Anna Latos-Bieleńska. – Jednak zaznaczają się duże różnice dotyczące udziału zaawansowanych badań genetycznych w całości badań genetycznych w onkologii w poszczególnych województwach.

Różnic między województwami w korzystaniu z diagnostyki genetycznej w onkologii - prostej i zaawansowanej - nie można tłumaczyć trudnościami w dostępie do diagnostyki genetycznej w postaci barier ze strony MZ czy NFZ, wyni-

ka to m.in. z braku kierowania na diagnostykę genetyczną i miejscami niewłaściwej logistyki.

– Jeszcze do niedawna, myśląc o diagnostyce molekularnej, myśleliśmy bardziej jako o możliwości odziedziczenia predyspozycji do zachorowania na nowotwór niż o jednym z kluczowych elementów nowoczesnej diagnostyki, efektywnie wykorzystywanej w leczeniu nowotworów – podkreśliła prof. Anna Latos-Bieleńska. Dziś badania molekularne nowotworów są podstawą ich skutecznego leczenia. Uwzględnienie indywidualnych cech nowotworu przy wyborze terapii zwiększa szansę na zahamowanie choroby lub jej całkowite wyleczenie.

– Diagnostyka genetyczna zmienia wiele dziedzin medycyny, ale w największym stopniu onkologię i choroby rzadkie – mówiła prof. Anna Latos-Bieleńska. – Jej rozwój napotykał w przeszłości na wiele barier, przede wszystkim na nieuzasadniony, a mocno rozpowszechniony pogląd, że jest kosztochłonna i nie ma należytego uzasadnienia klinicznego, a służy raczej badaniom naukowym.

Jednak szybki rozwój medycyny personalizowanej/precyzyjnej i postęp w zakresie terapii celowanej, wymusił zmianę podejścia do diagnostyki genetycznej i obecnie jest ona doceniana jako niezbędna część diagnostyki i terapii. Przyczynił się do tego rozwój metod diagnostyki genetycznej, a zwłaszcza zastosowanie sekwencjonowania następnej generacji (NGS). – Koszt diagnostyki genetycznej nie jest już tak wysoki, jak jeszcze kilka lat temu, a liczne opracowania wskazują na to, że odpowiednio wczesna i dobrze dobrana diagnostyka genetyczna to wielka oszczędność dla budżetu państwa – zwracała uwagę prof. Anna Latos-Bieleńska.



Diagnostyka molekularna w leczeniu nowotworów

2023

Dlaczego zatem nie wykorzystuje się tego potencjału, jakim są badania molekularne? Problemem są przede wszystkim koszty, a także brak uaktualnionych wycen badań.

– Przykładem nieodpowiedniego finansowania i zmieniających się potrzeb diagnostycznych są badania genetyczne dostępne i rozliczane przez szpitale i przychodnie specjalistyczne jako świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 167/2019/DSOZ z 29 listopada 2019 roku – wyjaśniał prof. Bartosz Wasąg, kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki Medycznej Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Produkt ten jest wyceniony na 532,51 punktu rozliczeniowego. Analogiczny zakres badań to świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.).

Przez lata te świadczenia były jedynym (i przez długi czas wystarczającym) sposobem finansowania diagnostyki genetycznej chorych na nowotwory. – Jednak obserwowany na przestrzeni ostatnich lat gwałtowny rozwój metod biologii molekularnej oraz wzrost potrzeb diagnostycznych sprawił, że zapewnienie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nowotworowych w ramach tego świadczenia jest niemożliwe – tłumaczy prof. Bartosz Wasąg.

Prof. Maciej Krzakowski konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej wskazywał, że pomimo tego, że wydatki na diagnostykę molekularną rosną, nadal są nieadekwatne do potrzeb.

– Poniesione przez NFZ koszty refundacji badań genetycznych wyniosły ponad 55 mln złotych w 2021 roku, czyli ponad dwukrotnie więcej niż w 2017 roku, kiedy koszty te wynosiły niespełna 24 mln – mówił prof. Maciej Krzakowski. – Oznacza to, że u coraz większej liczby chorych wykonywane są badania molekularne, które mogą pozwolić na ustalenie prawidłowego rozpoznania i zastosowanie optymalnego leczenia.

Oznacza to, że obecnie realizacja testów genetycznych nie stanowi znacznego obciążenia dla Narodowego Funduszu Zdrowia. – Zgodnie z przedstawionymi danymi, średnie wydatki na diagnostykę molekularną dla całej Polski wyniosły 6,53 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca przez 6 lat, czyli nieco ponad złotówkę rocznie – zwraca uwagę prof. Maciej Krzakowski.

Zbyt niska wycena pozwala tylko na realizację podstawowych badań molekularnych. Stale powiększająca się liczba markerów genetycznych koniecznych do określenia w poszczególnych grupach pacjentów, jak również coraz szerszy wachlarz refundowanych terapii ukierunkowanych molekularnie sprawia, że jeszcze dosyć powszechne w laboratoriach testy jednogenu tracą rację bytu na korzyść technik wielkoskalowych, takich jak sekwencjonowanie następnej generacji (NGS).

Badania kompleksowego profilowania genomowego, wykonywane metodą wysokoprzepustowego sekwencjonowania następnej generacji (NGS) umożliwiają wykrywanie czterech głównych klas zmian genomowych o znanym związku z rozwojem nowotworów złośliwych: substytucji, insercji i delekcji oraz zmian liczby kopii genów, a także wybranych rearanżacji genowych i sygnatur genomowych w DNA lub

DNA/RNA wyizolowanym z próbki guza (utrwalonej w parafinie i zatopionej w blozku parafinowym) lub w krążącym we krwi DNA pochodzenia nowotworowego (ctDNA).

Profilowanie genetyczne z wykorzystaniem ctDNA może odzwierciedlać całkowity profil mutacji całej masy guza, w tym nowych subklonów odpowiedzialnych za przerzuty. Stąd też w płynnej biopsji możliwe jest wykrycie mutacji, która nie jest obecna w pierwotnej biopsji tkanki. Co więcej, płynne biopsje pozwalają na analizę profilu genomowego nowotworu, nawet jeśli guz znajduje się w niedostępnym dla tradycyjnej biopsji obszarze.

Są niezastąpione w przypadkach, gdy nie ma dostępnego materiału histologicznego od pacjenta (tak jak ma to miejsce w wielu przypadkach raka płuca).

Zastosowanie kompleksowego profilowania genomowego (rodzaju diagnostyki molekularnej, która pozwala poddać analizie nawet kilkaset genów jednocześnie) umożliwia dodatkowo przyspieszenie i uproszczenie ścieżki diagnostycznej, co skraca całkowity czas oczekiwania na leczenie od momentu uzyskania diagnozy nowotworu. Tym samym pacjent może rozpocząć leczenie szybciej i z większą szansą na uzyskanie korzystnych rezultatów.

– Wraz z nieustannym rozwojem medycyny, diagnostyka molekularna zaczyna odgrywać coraz ważniejszą rolę m.in. w onkologii oraz chorobach rzadkich – mówiła Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki. – Dzięki precyzyjnemu oznaczaniu mutacji i podtypu choroby, lekarze zyskują możliwość zastosowania innowacyjnych terapii celowanych. Często warunkiem ich użycia jest natomiast przeprowadzenie

pogłębionej diagnostyki genomowej, a z tym w naszym kraju nadal mamy problemy.

Rak płuca jest najczęściej wymienianym wskazaniem u chorych, u których wykonywane były badania genetyczne. W latach 2017-2022 wykonano w sumie ponad 29 tys. badań, zaliczonych do trzech świadczeń szpitalnych (podstawowe, złożone, zaawansowane) oraz niecałe 2 tys. genetycznych badań kompleksowych z zakresu świadczeń odrębnie kontraktowanych. Pod względem liczby ogólnej przeważały badania podstawowe, natomiast ich liczba maleje od 2020 roku, a jednocześnie rośnie liczba badań złożonych i zaawansowanych. Odsetek badań wykonywanych z materiału archiwalnego jest od 2019 stały i wynosi ok. 22-24 proc.

Kolejnym nowotworem z najczęściej wymienianych wskazań u chorych, u których wykonywane były badania genetyczne, jest rak piersi. Wykonano w sumie ponad 5,2 tys. badań szpitalnych oraz niecały 1 tys. genetycznych badań kompleksowych z zakresu świadczeń odrębnie kontraktowanych.

We wszystkich nowotworach odnotowano zbyt mało wykonywanych badań, jednocześnie zauważalna jest duża dysproporcja pomiędzy regionami.

– Wniosek jest jednoznaczny: zdrowie to inwestycja, a terapie celowane powinny zmniejszyć nakłady finansowe na leczenie raka, warunkiem jest odpowiednie finansowanie badań molekularnych – podsumowała Dorota Korycińska prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

Raport można pobrać ze strony
glospacjenta.pl/czytelnia/raporty

DR N. MED. ANNA DAŃSKA-BIDZIŃSKA O IMMUNOTERAPII W RAKU TRZONU MACICY: CIĄGLE CZEKAMY NA TĘ JEDNĄ MOŻLIWOŚĆ

Decentralizacja leczenia, niedoszacowanie stopni klinicznego zaawansowania, zbyt ograniczone stosowanie leczenia adjuwantowego. To czynniki, które zdaniem dr Anny Dańskiej-Bidzińskiej z II Kliniki Położnictwa i Ginekologii Oddziału Ginekologii Onkologicznej w Szpitalu Klinicznym WUM im. księżnej Anny Mazowieckiej mogą odpowiadać za rosnącą liczbę zgonów wśród Polek z powodu raka trzonu macicy. O wyzwaniach i potrzebach zmian w tym obszarze ekspertka mówiła podczas konferencji „Onkologia 2023 – perspektywy” która odbyła się 14 czerwca 2023 r. w Warszawie.

Rak trzonu macicy zalicza się do nowotworów, które w ostatnich latach cechują się rosnącą liczbą rozpoznań. Ten trend dotyczy nie tylko Polski, ale całej grupy szeroko pojętych krajów rozwiniętych. Obecnie w Unii Europejskiej co roku ok. 88 tys. kobiet słyszy tę diagnozę. W Polsce rocznie od-

notowuje się ok. 6 tys. zachorowań na raka trzonu macicy. Jak tłumaczyła dr Anna Dańska-Bidzińska, rosnąca zapadalność na raka endometrium wynika z faktu, że na jego rozwój wpływ mają czynniki cywilizacyjne, jak np. otyłość, niedostateczny poziom aktywności fizycznej czy cukrzyca. Jednak

szczególnie alarmującym problemem dla Polski jest rosnąca śmiertelność, której nie obserwuje się w innych państwach.

– W ciągu ostatnich 20 lat liczba utraconych lat życia kobiet w Polsce wzrosła o prawie jedną czwartą. W ciągu ostatnich 10 lat zaobserwowano wzrost śmiertelności w grupie pacjentek powyżej 65. roku życia. Dlaczego? Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to. Być może decentralizacja leczenia, rozproszenie tego leczenia pomiędzy ośrodkami, które nie mają doświadczenia w leczeniu chorób onkologicznych, niedoszacowanie stopnia klinicznego zaawansowania, zbyt ograniczone stosowanie leczenia adjuwantowego, no i w grupie powyżej 65. roku życia i wiek i wielochorobowość mogą się przyczynić do wzrostu śmiertelności – powiedziała dr Anna Dańska-Bidzińska.

W trakcie swojego wykładu ekspertka omówiła najnowszą klasyfikację raka endometrium, wyróżniając 4 typy molekularne cechujące się różnymi rokowaniami, przebiegiem klinicznym i wskazaniem do leczenia. Podkreśliła, że w idealnym scenariuszu określenie typu molekularnego powinno być dokonane już na etapie biopsji. Jednocześnie zwróciła uwagę na bariery, jakie w Polsce istnieją w tym obszarze.

– Już na etapie biopsji dobrze byłoby, gdybyśmy mogli ocenić typ molekularny. Nie jest to w Polsce jeszcze możliwe, bo diagnostyka molekularna jest refundowana później, podczas pobytu pacjentki w szpitalu, związanym z leczeniem operacyjnym. Jeżeli my zlecimy pacjentce ocenę typu molekularnego na etapie biopsji, to w trakcie oczekiwania na wynik możemy dalej wykonywać różne badania obrazowe i jeszcze przed podjęciem jakichkolwiek decyzji, możemy mieć zidentyfikowany u chorej nowotwór trzonu macicy z oceną stopnia kliniczno-radiologiczno-molekularnego, co pozwoli nam na bardzo dokładne zaplanowanie leczenia. (...) W Polsce w tej chwili wykonujemy diagnostykę molekularną, refundowaną, podczas pobytu w szpitalu, wysyłając materiał po leczeniu chirurgicznym. W związku z tym czynniki ryzyka nawrotu choroby i wskazania do dalszego leczenia są ustalane na podstawie i histopatologii i diagnostyki molekularnej już po operacji, a na pewno byłoby łatwiej, bardziej komfortowo dla pacjentek i dla nas,

jeżeli można byłoby to robić jeszcze wcześniej – tłumaczyła dr Anna Dańska-Bidzińska.

Omawiając możliwości leczenia raka trzonu macicy, dr Dańska-Bidzińska szczególną uwagę zwróciła na typ hypermetylowany z zaburzonym mechanizmem naprawy niesparowanych zasad, z niestabilnością mikrosatelitarną. Jest to dość agresywny typ, ale pacjentki, u których stwierdzono jego występowanie dość dobrze odpowiadają na radioterapię, zaś średnio na chemioterapię. Zaburzenie mechanizmu naprawy niesparowanych zasad (MMRd) stwierdza się w aż 30% wszystkich przypadków raka trzonu macicy – jest to najwyższy wskaźnik spośród wszystkich typów nowotworów.

– W tym typie nowotworu z niestabilnością mikrosatelitarną możliwości leczenia są ograniczone. Jeżeli my stosujemy w chorobie nawrotowej czy pierwotnie zaawansowanej chemioterapię, to 60% pacjentek na tę chemioterapię w pierwszej linii odpowiada. Ale później, tak naprawdę ta odpowiedź na drugą linię chemioterapii, a najczęściej jest ona konieczna, jest naprawdę bardzo niewielka i sięga kilkunastu procent – powiedziała dr Anna Dańska-Bidzińska.

Nadzieją na poprawę sytuacji pacjentek z nawrotową lub pierwotnie zaawansowaną postacią raka trzonu macicy z grupy dMMR, które miały progresję w trakcie lub po chemioterapii opartej na platynie, jest nowoczesne leczenie, czyli immunoterapia.

– Skuteczność jednego z leków z grupy immunoterapii, czyli dostarlimabu, wykazano w badaniu 1. fazy, co ciekawe, GARNET. (...) Uzyskano prawie 44% obiektywnych odpowiedzi na tę terapię w tym 10% całkowitych, co jest po prostu niemożliwe przy zastosowaniu chemioterapii kolejnej linii, a 33% to odpowiedź częściowa. I co ważne, była to odpowiedź bardzo długo trwająca, bowiem w okresie obserwacji powyżej 16 miesięcy nie osiągnięto ciągle mediany czasu trwania tej odpowiedzi. Czyli immunoterapia daje wysoki odsetek odpowiedzi, są to odpowiedzi długotrwałe i, co ważne, przy stosunkowo dobrym profilu tolerancji, bowiem w przypadku akurat dostarlimabu wskaźnik przerwania leczenia z powodu działań niepożądanych związany z lekiem wynosił tylko 3,3% – podkreśliła dr Dańska-Bidzińska.

– Mamy nadzieję na możliwość refundowanego leczenia immunoterapią w rakach trzonu, która przecież jest dostępna w wielu innych nowotworach – w raku jelita grubego w 5 liniach, a my ciągle czekamy na tę jedną możliwość – podsumowała dr Anna Dańska-Bidzińska.

Źródło: materiały prasowe



Fot. źródło <https://marek-dedecjus.pl>



RAK RDZENIASTY TARCZYCY JEST INNY

Prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus, Kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii -Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie

Rak rdzeniasty tarczycy jest zlokalizowany w tarczycy, ale jego diagnostyka i leczenie przebiega zupełnie inaczej. To dlatego, że komórki C, z których się wywodzi, mają zupełnie inną biologię niż komórki pęcherzykowe tarczycy, produkują też zupełnie inny hormon.

Rak rdzeniasty tarczycy jest rzadkim nowotworem neuroendokrynnym, stanowi niecałe 5% wszystkich nowotworów tarczycy. Szacuje się, że w Polsce jest około 200-300 zachorowań rocznie. Jednocześnie ten nowotwór ma dużo wyższą śmiertelność niż pozostałe zróżnicowane raki tarczycy, gdzie wyniki leczenia są bardzo dobre. Niestety, w przypadku raka rdzeniastego tarczycy wyniki leczenia mamy gorsze, co pociąga za sobą również krótsze przeżycia.

Znaczące różnice

Rak rdzeniasty tarczycy różni się znacząco od innych nowotworów tego narządu. Rak ten wywodzi się z komórek C, nazywanych okołopęcherzykowymi. Pochodzą one z innego listka zarodkowego niż komórki pęcherzykowe tarczycy i w czasie rozwoju embriologicznego dołączają do zstępującego gruczołu tarczowego. Nowotwór złośliwy wywodzący się z tych komórek – rak rdzeniasty tarczycy – bardzo różni się od pozostałych raków tarczycy zarówno, jeśli chodzi o biologię, jak i diagnostykę oraz leczenie. Komórki pęcherzykowe produkują hormony tarczycy, do czego wykorzystują jod. Natomiast rak rdzeniasty i komórki C, z których się wywodzi, produkują kalcytoninę – hormon do którego wytwarzania jod nie jest potrzebny. Dlatego w diagnostyce i leczeniu raka rdzeniastego nie używa się jodu promieniotwórczego, gdyż nie jest on przez komórki raka rdzeniastego tarczycy wykorzystywany.

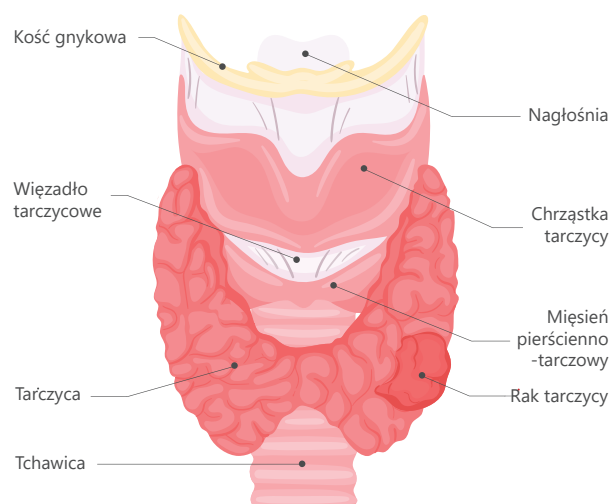
Późne wykrycie utrudnia leczenie

Diagnostyka raka rdzeniastego opiera się na biopsji cienkoigłowej oraz dodatkowo na oznaczaniu stężenia kalcytoniny we krwi. Wyjątkowo w tym nowotworze, już na podstawie badania krwi możemy z dużym prawdopodobieństwem podejrzewać obecność tego nowotworu złośliwego, a wręcz postawić diagnozę.

Niestety, stosunkowo duży odsetek rdzeniastych raków tarczycy jest wykrywany późno, w wysokim stopniu zaawansowania, co utrudnia skuteczne leczenie chirurgiczne, które

jest podstawą terapii w tym nowotworze.

O ile, w przypadku zróżnicowanego raka tarczycy, możemy leczenie chirurgiczne uzupełnić terapią jodem promieniotwórczym to niestety, w przypadku raka rdzeniastego nie możemy z takiego wsparcia skorzystać, bo jego komórki nie wychwytyują jodu promieniotwórczego. Co więcej, nie są one wrażliwe ani na klasyczną chemioterapię ani na radioterapię. W związku z tym, leczenie zaawansowanego raka rdzeniastego tarczycy, którego nie uda się zoperować radykalnie, jest trudne. Na szczęście niedawno pojawiły się nowoczesne leki celowane. Terapie celowane są ukierunkowane na specyficzne cele molekularne, które w przypadku raka rdzeniastego wiążą się z mutacją protoonkogenu RET.



Mutacja RET - wrodzona czy sporadyczna?

Mutacja protoonkogenu RET może być wrodzona - czyli pacjent się z nią rodzi, ale może to być również mutacja sporadyczna, do której dochodzi już po urodzeniu.

W przypadku raka rdzeniastego tarczycy, inaczej niż w pozostałych nowotworach tarczycy, niemal 1/4 ma komponentę dziedziczną. Dlatego pacjenci z rakiem rdzeniastym tarczycy, jeśli dojdzie u nich do takiego rozpoznania - wszyscy są poddawani badaniu genetycznemu. Ma ono na celu stwierdzenie, czy występuje u nich mutacja wrodzona, którą w języku medycznym nazywamy germinálną. Takie badanie przeprowadza się poddając analizie krew pacjenta. Obecność tej

mutacji świadczy o tym, że jest to postać dziedziczna raka rdzeniastego tarczycy.

W takim wypadku warto poddać ocenie w kierunku tej mutacji również krewnych pacjenta, u którego ją stwierdzamy. Dzięki temu zyskujemy możliwość określenia grupy pacjentów, u których dojdzie do rozwoju tego nowotworu zanim to się stanie.

Jeżeli mamy zmianę wrodzoną (germinalną), to ona występuje we wszystkich komórkach, także w komórkach krwi. Jeżeli mutacja jest sporadyczna, to doszło do niej tylko w grupie komórek, które rozpoczęły proces rozwoju nowotworowego, a co za tym idzie, mutacja występuje jedynie w guzie. Ci pacjenci nie mają możliwości przekazania tej mutacji, bo nie mają jej w gametach, nie muszą się więc bać, że „przekazą” nowotwór dzieciom.

Profilaktyczne usunięcie tarczycy to czasem dobra opcja

Wyobraźmy sobie, że mamy 35-letnią kobietę, która ma dwoje dzieci. U tej kobiety stwierdzamy raka rdzeniastego tarczycy. Operujemy ją, usuwamy tarczycę, potwierdzamy rozpoznanie. Następnie wykonujemy badanie genetyczne krwi i wykrywamy mutację protoonkogenu RET, mutację germinalną - obecną we krwi. W takiej sytuacji poddajemy krewnych - rodziców, rodzeństwo i dzieci badaniu, w poszukiwaniu tej mutacji. Jeśli potwierdzimy obecność mutacji we krwi krewnych to należy pogłębić diagnostykę i rozważyć operację profilaktycznego wycięcia tarczycy, nawet jeśli jest ona jeszcze wolna od zmian nowotworowych.

Takie działania powinniśmy podejmować szybko. Przy czym szybko w niektórych mutacjach oznacza, że dziecko powinno zostać zoperowane w pierwszym roku życia. Przyznam, że nie jest łatwo powiedzieć matce dziecka, że takie postępowanie jest konieczne. Zgoda na usunięcie tarczycy u tak małego dziecka wymaga naprawdę wielkiego zaufania do lekarza.

Oczywiście są też mutacje, w których ten czas rozwoju jest nieco dłuższy, to może być i 5 rok życia, zdarza się też, że nawet w wieku dorosłym nie dojdzie do nowotworu. Pamiętajmy jednak, że u pacjentów z profilaktycznie usuniętą tarczycą ten nowotwór na pewno się nie rozwinie. Mamy więc 100% wyleczenia. Natomiast, jeśli nie usuniemy profilaktycznie tarczycy i będziemy czekali do momentu, aż nowotwór się pojawi, to ten odsetek wyleczeń gwałtownie spada do 80%. W momencie, gdy nowotwór jest już objawowy, czyli są też obecne zmiany w węzłach chłonnych, to odsetek wyleczeń spada gwałtownie. Stąd w przypadku tego typu nowotworów tak ważne jest badanie genetyczne.

Badanie genetyczne jako „lek” na raka

Badanie genetyczne, w przypadku raka rdzeniastego tarczycy, pozwala wykryć zagrożenie, zanim nowotwór w ogóle się rozwinie. Możemy usunąć tarczycę wtedy, kiedy jest ona jeszcze absolutnie zdrowa i nie stanowi zagrożenia, które, co wiemy na pewno, wcześniej czy później by wystąpiło. Badanie genetyczne nie musi dotyczyć tylko krwi. W tej chwili coraz częściej badaniu genetycznemu poddajemy guz. Poddajemy ocenie, w jakim mechanizmie doszło do jego rozwoju i poszukujemy mutacji, które są za to odpowiedzialne. Robimy to dlatego, że pojawiły się leki, które są w stanie zahamować

rozwój guza pod warunkiem, że charakteryzuje się on specyficzną mutacją, która jest wrażliwa na leki celowane, znacząco spowalniające rozwój tego nowotworu. Pewną wadą tego leczenia jest to, że nie gwarantuje ono pełnego wyleczenia, natomiast spowalnia progresję nowotworu, prowadząc w związku z tym do dłuższego przeżycia pacjentów.

Jakie leki mamy?

Leki, które pojawiają się w terapii raka rdzeniastego tarczycy na świecie, są wprowadzane w Polsce dosyć wolno. Z jednej strony można to uzasadniać chęcią uzyskania pewności, co do ich skuteczności, niemniej część tych leków jest już na świecie od lat dostępna, a w naszym kraju jeszcze nie wszystkie.

Lekiem, na który bardzo długo czekaliśmy, a obecnie na szczęście mamy już w programie lekowym, jest *wandetanib* - inhibitor kinaz, których ekspresja jest wzmożona właśnie między innymi przy mutacji protoonkogenem RET.

Kolejnym lekiem, którego niestety nie udało się wprowadzić w terapii rdzeniastego raka tarczycy jest *kabozatynib*, który ma ten sam cel molekularny co *wandetanib*.

Obecnie oceniany jest kolejny lek celowany - *selperkatynib*, dedykowany kinazom kodowanym przez protoonkogen RET. W związku z tym, obecnie polski pacjent, z dostępnych na świecie leków, dysponuje programem lekowym z *wandetanibem*, co jest bardzo pozytywne, natomiast *kabozatynib* jest dostępny dla niego jedynie w procedurze ratunkowego dostępu do terapii lekowych (RDTL). Czekamy więc niecierpliwie na pozytywną ocenę *selperkatynibu* przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Po co nam kolejne leki?

Inhibitory kinaz są lekami, które działają bardzo dobrze, ale tylko do pewnego momentu. Wiadomo, że wcześniej czy później pojawi się na nie oporność. Nowotwory z reguły są nie mono- a poliklonalne. Ten brak homogenności sprawia, że klon komórek, które wykazują wrażliwość na ten lek będzie jak najbardziej spowolniony przez działanie leku, ale klon komórek niewrażliwych na kinazy zacznie dominować. W efekcie oporność na inhibitory kinaz na pewno się pojawi, pytanie tylko kiedy u danego pacjenta - czy już po roku, czy dopiero po kilku, czy kilkunastu latach ich podawania. Nigdy nie wiemy, kiedy ona wystąpi, wiemy za to, że jej objawem jest progresja nowotworu pomimo stosowania leku.

Stąd tak bardzo nam zależy, by jak najszybciej uzyskać możliwość leczenia lekami celowanymi - czy to inhibitorami kinaz specyficznymi (*selperkatynib*) czy inhibitorami wielokinazowymi, takimi jak *kabozatynib* - w momencie kiedy wystąpi oporność na *wandetanib*.

Pacjentów leczonych w tej chwili w Polsce terapiami celowanymi nie jest dużo - około 50-60. Wiemy, że u większości z nich rozwinie się oporność na te kinazy, więc dla nich ta II linia leczenia jest naprawdę niezwykle potrzebna. Da im szansę na dłuższe życie.

Prehabilitacja w raku rdzeniastym tarczycy

Prehabilitacja to temat, który coraz częściej pojawia się w rozmowach ekspertów. W niektórych nowotworach prehabilitacja niewątpliwie ma ogromne znaczenie. Szczególnie w sytuacjach, gdy mamy do czynienia z dużym urazem środ-

operacyjnym, rozległą interwencją chirurgiczną, agresywnym leczeniem systemowym. W skrócie: im lepszy stan pacjenta na początku leczenia tym większa szansa na dobre wyniki leczenia.

Wśród specjalistów europejskich od dłuższego czasu dyskutujemy na temat prehabilitacji w leczeniu raka tarczycy. W tych nowotworach operacje i leczenie nie są aż tak obciążające dla pacjentów, jak choćby w przypadku nowotworów przewodu pokarmowego, gdzie usuwa się niekiedy duże fragmenty jelit, wykonuje rozległe operacje w nowotworach wątroby czy trzustki lub nowotworach piersi.

Wiemy jednak, że również odpowiednie przygotowanie pacjenta z rakiem tarczycy wpływa na jego kondycję i wyniki końcowe leczenia. Niewątpliwie widzimy olbrzymią potrzebę przygotowania psychologicznego bądź nawet psychiatrycznego pacjenta do czekającego go leczenia i życia po nim. Obserwujemy bowiem często, że pacjent mimo pełni zdrowia fizycznego, nie jest w stanie cieszyć się z dobrych wyników terapii, gdyż nie pozwala na to jego stan psychiczny. Dlatego przygotowanie pacjenta zarówno fizycznie jak i psychicznie do planowanego leczenia nowotworu tarczycy może mieć kluczowe znaczenie.

DR N. MED. MARIOLA KOSOWICZ LĘK PRZED BADANIEM MOŻE STANOWIĆ O NASZYM ŻYCIU, BĄDŹMY OD NIEGO MĄDRZEJSI

Lęk przed badaniem może stanowić o naszym życiu, bądźmy od niego mądrzejsi i zgłaszajmy się na badania profilaktyczne – mówi psycholog kliniczny, psychoonkolog dr Mariola Kosowicz. Zdaniem specjalistki choć świadomość potrzeby wykonywania badań profilaktycznych wzrosła w ostatnich latach, profilaktyka ta nie jest zadowalająca.

Dr Mariola Kosowicz, która kieruje poradnią Psychoonkologii w Narodowym Instytucie Onkologii - Państwowym Instytucie Badawczym im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie wskazała, że Instytut organizuje wiele akcji edukacyjnych, mających na celu upowszechnianie wiedzy o nowotworach u osób zdrowych i osób z grupy podwyższonego ryzyka. Instytut kładzie również nacisk na propagowanie populacyjnych programów profilaktycznych raka jelita grubego, raka piersi i raka szyjki macicy.

Jedną z inicjatyw polega na wysyłaniu do kobiet spersonalizowanych zaproszeń na badania cytologiczne. – *W zaproszeniu zaznaczamy, że zdajemy sobie sprawę z tego, że takie badania mogą być stresujące i nieprzyjemne, ale podkreślamy, że na badania idzie się po to, żeby potwierdzić, że jesteśmy zdrowi, że tego raka nie ma* – mówi dr Mariola Kosowicz.

W ocenie ekspertki czynnikiem, który wpływa na brak regularnej profilaktyki onkologicznej, jak i profilaktyki w ogóle, jest lęk przed badaniami i konfrontacją z diagnozą.

– *W naturze człowieka leży potrzeba wypierania tego, co jest trudne* – tłumaczy dr Mariola Kosowicz. – *Czasami ten paraliżujący lęk może stanowić o naszym życiu, bo zignorowaliśmy pewne symptomy czy niepokojące zmiany lub uważamy, że skoro jesteśmy zdrowi, to po co się badać. Naszym celem jest dążenie do zapewnienia sobie komfortu psychicznego, unikania napięć i konfrontacji z problemami, które wydają się nam przytłaczające. Oczywiście, każdy z nas inaczej reaguje na stres. Jedni udają, że problemu nie ma, inni racjonalizują swoje decyzje i unikają konfrontacji, a jeszcze inni, pomimo nie-*

pokoju, znajdują w sobie siłę do zmierzenia się z problemem. Unikanie konfrontacji dotyczy nie tylko wykonywania badań profilaktycznych, ale również naszego codziennego życia – goździmy się na złe traktowanie w pracy i tłumaczymy to sobie lękiem przed utratą pracy, żyjemy w toksycznych związkach i bronimy swojego oprawcę po to, by nawet w minimalnym stopniu mieć poczucie bezpieczeństwa, bronimy kolegę z pracy chociaż wiemy, że krzywdzi innych.

Dr Mariola Kosowicz zaznacza, że komfort jest pojęciem względnym i dla każdego może oznaczać coś innego. Dlatego dla niektórych ludzi wyparcie problemu, tłumaczenie sobie, że wszyscy tak mają, że czasy są trudne, że są kolejki do badań, to sposób na radzenie sobie z niepokojem.

– *Kierujemy się wzorcami, które wcześniej ktoś nam przekazał* – uważa dr Mariola Kosowicz. – *Jeżeli w rodzinie nie rozmawiało się o tym, że „tata był na badaniu prostaty”, a „babcia poszła na mammografię”, jeżeli nie mamy wypracowanych pewnych wzorców dotyczących profilaktyki i dbania o zdrowie, nasza reakcja może być nieadekwatna do potencjalnego zagrożenia. Dziecku należy wytłumaczyć, co to są za badania, ale w taki sposób, aby go nie wystraszyć.*

Ekspertka podkreśla, że sposób, w jaki tłumaczymy sobie pewne zjawiska zależy m.in. od wyuczonych wcześniej wzorców, poziomu wiedzy, przekonań. – *Konfrontacja z sytuacją trudną to wielkie „sprawdzam” dla naszych zasobów i ograniczeń* – wyjaśnia dr Mariola Kosowicz. – *Często nie ma znaczenia, jaki zawód wykonujemy. Lekarze też badają się za późno.*

Dr Kosowicz przypomina przypadek kobiety z Podkarpacia, u której w kwietniu br. lekarze zdiagnozowali 100 kg guza. 24-latką tłumaczyła, że nie zgłaszała się do lekarza ze strachu, mimo że olbrzymia cysta mocno utrudniała jej codzienne funkcjonowanie – z powodu duszności spała już tylko na siedząco, ledwo się poruszała. Za namową chłopaka poszła do ginekologa, a ten skierował ją do rzeszowskiego szpitala. Operacja musiała odbyć się natychmiast z powodu silnych objawów związanych z niewydolnością oddechową, które zagrażały jej życiu. – *Jestem daleka od oceniania postępowania tej kobiety dlatego, że nic o niej nie wiemy* – zaznacza dr Mariola Kosowicz. – *Niemniej jednak ta sytuacja pokazuje jak bardzo, z różnych powodów, czasami bardzo złożonych, potrafimy dostosować się do ogromnego dyskomfortu.*

Zdaniem dr Marioli Kosowicz odczuwanie niepokoju przed badaniami jest czymś naturalnym, szczególnie kiedy dotyczy to chorób obciążonych silnym lękiem społecznym, a taką chorobą jest choroba onkologiczna.

– *Problem zaczyna się, kiedy ignorujemy niepokojące objawy, wierząc, że same znikną* – mówi dr Mariola Kosowicz. – *Nie znikają jednak i coraz bardziej obawiamy się konfrontacji. Tak powstaje błędne koło lęku i unikania konfrontacji. Nie trafiają już do nas racjonalne argumenty, że chcąc realizować swoje marzenia, rolę społeczną, musimy móc żyć, że mamy bliskich, dla których jesteśmy ważni, itp. Lęk odbiera jasność widzenia.*

– *Do mojego gabinetu zgłosiła się młoda kobieta, która przyznała: „ja czułam, że mam coś w tej piersi, ale byłam zajęta innymi sprawami”* – wspomina dr Mariola Kosowicz – *Potem okazało się, że pacjentka jest w zaawansowanym stadium nowotworu i rokowania są trudne. Słyszę także: „miałam duży brzuch, czasami mnie bolał, ale w mojej rodzinie nikt nie miał raka”. Przychodzi wtedy ogromny żal, bo choroba jest już w poważnym stadium zaawansowania.*

Jednym z czynników, które opóźniają decyzję o pójściu do lekarza, może być także trudna sytuacja rodzinna, samot-

ność, kiedy człowiek traci motywację do życia, ale również problemy natury psychicznej. Problem ten dotyczy także pacjentów, którzy przeszli już chorobę onkologiczną i zmieniają na stałe swoje nawyki życiowe, a inni po pierwszym szoku i mobilizacji wracają do starych nawyków – ciągłej gonitwy, zaniedbywania swoich potrzeb fizycznych i psychicznych. Psycholog przypomniła również o chorych na raka, którzy tracą motywację do walki z nowotworem i odmawiają leczenia. Specjalistka tłumaczyła, że nierzadko ma to związek z samotnością, brakiem wsparcia społecznego, poczuciem braku sensu dalszego życia, co często jest związane z depresją, ale również z lękiem przed byciem zależnym od innych ludzi.

– *Nie można też zapominać o osobach, które dają się uwieść tzw. alternatywnym metodom leczenia, kiedy lęk przed konwencjonalnym leczeniem wydaje się nie do pokonania i jeżeli ktoś złoży obietnicę wyzdrowienia bez cierpienia staje się dla osoby chorej jedyną właściwą drogą* – tłumaczy dr Mariola Kosowicz.

Bardzo ważnym powodem rezygnacji z leczenia jest też brak rzetelnej wiedzy. – *Osoby chore wymieniają się między sobą informacjami, często nie biorąc pod uwagę, że każdy organizm jest inny, że lęk przed skutkami leczenia potrafi wyzwolić reakcje psychosomatyczne, które nie wynikają z samego leczenia* – wyjaśnia dr Mariola Kosowicz. – *Podam przykład chłopca, który panicznie bał się radioterapii. Ktoś mu powiedział, że można od tego dostać poparzeń. Czasami jesteśmy wyposażeni w wiedzę, która niestety nie zawsze jest tą właściwą.*

W ocenie ekspertki „w każdej szkole i miejscu pracy powinny być organizowane zajęcia z edukatorami w kierunku uświadamiania ludzi o zasadności badań profilaktycznych, ale również na temat mechanizmów obronnych, które nie zawsze nam służą”.

Źródło: Nauka w Polsce



Przekazuje
by **PACIENT** nie był
WYKLUCZONY
KRS 0000333981

1.5%

organizacja
pacjentów onkologicznych
opp
POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

LEK NA RAKA PIERSI W PIERWSZEJ KOLEJNOŚCI DO REFUNDACJI WEDŁUG ONKOLOGÓW KLINICZNYCH

Polscy onkolodzy kliniczni wybrali w drodze głosowania dziesięć leków, które powinny jak najszybciej uzyskać refundację. Pierwsze miejsce na liście TOP 10 ONKO 2023 – podobnie jak rok temu – zajęła terapia przeznaczona dla chorych na raka piersi.

Najwięcej głosów dostała cząsteczka *trastuzumab derukstekan*, stosowana w leczeniu raka piersi. W pierwszej dziesiątce znalazły się między innymi leki dla chorych na raka jelita grubego, raka żołądka, raka przełyku, raka urotelialnego, NDRP.

Wynik TOP 10 ONKO 2023 został ogłoszony podczas XVIII Konferencji Edukacyjnej *Onkologia w Praktyce Klinicznej*.

– *Trastuzumab derukstekan niezmiennie od dwóch lat znajduje się na pierwszej pozycji naszych życzeń. Jest to w moim odczuciu lek, który będzie przełomem, ponieważ z jednej strony jest to nowatorska koncepcja, a z drugiej strony bardzo dobry efekt terapeutyczny* – tłumaczy prof. Tomasz Kubiowski. Według jego opinii o wyjątkowości leku zdecydowało wiele czynników, także ten, że *trastuzumab derukstekan* sprawdza się w innych wskazaniach. – *Choćby raka żołądka, jest także przygotowany do rejestracji w leczeniu raka płuca. Uważam, że jest to zasłużenie pierwsza pozycja* – dodaje prof. Kubiowski.

Wysokie pozycje na liście TOP 10 OKNO 2023 zajęły refundowane od 1 marca leki dla chorych na raka jelita grubego – *pembrolizumab* (2 miejsce) i *niwolumab* (4 miejsce). Zdaniem prof. Barbary Radeckiej, do skutecznego stosowania tych cząsteczek w leczeniu raka jelita grubego bardzo ważne jest odpowiednie testowanie pacjentów.

Eksperti biorący udział w tworzeniu listy TOP 10 ONKO 2023, członkowie Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, wybierali 10 leków. Na wynik składała się suma punktów i liczba wskazań danego leku. – *Ponieważ nowych leków stosowanych w leczeniu chorób nowotworowych jest bardzo wie-*

le, warto się zastanowić, które powinny być objęte refundacją w pierwszej kolejności. Tłem naszej analizy było poproszenie ekspertów klinicznych, aby wskazali leki, które najbardziej zasługują na refundację – tłumaczy Krzysztof Jakubiak, prezes Modern Healthcare Institute.

Pierwsza edycja TOP 10 ONKO odbyła się w 2020 roku i do tej pory prawie wszystkie wskazane wówczas leki zostały objęte refundacją, co – zdaniem Krzysztofa Jakubiaka – oznacza, że Ministerstwo Zdrowia poważnie traktuje rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

– *Dla mnie tworzenie tej listy jest bardzo pomocne. Każdy lekarz ma swoją własną perspektywę, lecz tu spotkały się nasze wspólne intencje. Ta lista jest bardzo potrzebna* – mówi prof. Maciej Krzakowski, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej.

Nowe leki onkologiczne rejestrowane są w procedurze centralnej Europejskiej Agencji Leków (EMA). Po autoryzacji EMA nowa terapia może być stosowana na terenie krajów Unii Europejskiej, w tym Polski, a także być przedmiotem wniosku o refundację.

Według wydanego przez Modern Healthcare Institute raportu „Nowe terapie w leczeniu chorych na nowotwory” od ponad pięciu lat każdego roku w Polsce średnio dziewięć nowych leków onkologicznych zostaje objętych refundacją. W latach 2017-2021 decyzje o refundacji leków onkologicznych zapadały w Polsce średnio w ciągu 1278 dni od momentu rejestracji przez EMA. Mediana tego czasu wyniosła 3,4 roku. Dla leków nieonkologicznych ten czas był dłuższy – mediana wyniosła 3,9 roku.

LISTA PRIORYTETÓW W ROKU 2023

1. *trastuzumab derukstekan* – rak piersi
2. *pembrolizumab* – rak jelita grubego
3. *pembrolizumab* – rak piersi
4. *niwolumab* – rak jelita grubego
5. *pembrolizumab* – rak żołądka
6. *sotorasyb* – NDRP
7. *enfortumab vedotin* – rak urotelialny
8. *niwolumab* – rak przełyku, żołądka
9. *kabozantynib* – rak tarczycy
10. *cemiplimab* – rak podstawnomórkowy skóry
11. *lutet (177Lu) wiwotynibu tetraksetan* – rak gruczołu krokowego

Źródło: PAP MediaRoom

WYCISKAM ŻYCIE JAK CYTRYNĘ!

DKMS
POKONAJMY NOWOTWORY KRWI


Andrzej Dziedzic, ambasador Fundacji DKMS, utytułowany pływak, autor książki „Liczy się każdy oddech”, założyciel Fundacji Palestra Pływania o przebytej drodze do zdrowia i tym, jak swoje doświadczenia przekuwa w działania dla innych.

Zniknąłem z dnia na dzień. Przez 24 lata byłem całkowicie zdrowym człowiekiem. Do lekarzy trafiałem niemal wyłącznie przy okazji okresowych badań sportowych, a szpitalne korytarze znałem jedynie z oglądania doktora House'a. Nowotwór? Kojarzył mi się z apelami o pomoc dla chorych dzieci. Jak większość osób uważałem, że mnie to nigdy nie spotka. Bo niby dlaczego mnie? Młody, w świetnej formie, miałem za sobą kilkanaście lat wyczynowego uprawiania sportu. Tacy jak ja nie chorują. Byłem świeżo po studiach trenerskich i właśnie założyłem własną szkołę pływacką. Od prawie 5 lat byłem w szczęśliwym związku. Nic, tylko żyć.

Jest takie powiedzenie:
„Jeśli chcesz rozśmieszyć Boga, opowiedz mu o swoich planach”

Teraz myślę, że z moich musiał mieć niezły ubaw. (...) warszaskie baseny zamieniłem na korytarze Centrum Onkologii, latem, zamiast siedzieć na plaży siedziałem podłączony pod kroplówkę z chemią, a lekarzy widywałem częściej niż własnych rodziców - gdy w 2017 roku Andrzej opublikował te słowa w mediach społecznościowych już wiedział, że diagnoza chłoniak limfoblastyczny z komórek T to niezwykle rzadki i złośliwy nowotwór - Od soboty miałem rozpocząć w naszym klubie sportowym intensywny kurs pływacki, a zamiast tego - rozpocząłem starcie ze śmiertelną chorobą - wspomina Andrzej.

Niemal rok spędził w szpitalach, przeszedł setki pobrań krwi, wiele bolesnych biopsji, przyjął niezliczoną liczbę kroplówek - Po sześciu miesiącach leczenia standardowego - za pomocą chemioterapii i radioterapii, znaleziono u mnie komórki nowotworowe w ośrodkowym układzie nerwowym oraz mózgu. Okazało się, że będę potrzebował przeszczepienia od niespokrewnionego dawcy szpiku. To był wówczas jedyny ratunek dla mnie. Na zgodnego dawcę Andrzej nie czekał długo, jego „bliźniak genetyczny” znalazł się po dwóch miesiącach, lecz miesiące spędzone w szpitalach i rozmowy z innymi pacjentami uświadomiły mu, że nie wszyscy mają tyle szczęścia. Mimo, iż polski rejestr dziś liczy ponad 2 mln zarejestrowanych dawców, a na świecie jest ich około 40 milionów, to wciąż zdarza się, że chory potrzebujący przeszczepienia nie

znajduje dawcy. Krew, komórki macierzyste czy szpik to leki, których, póki co nie da się wyprodukować w warunkach laboratoryjnych - szansą na życie dla chorych hematologicznie jest drugi człowiek.

Wiedziałem, jak trudne jest znalezienie Dawcy. Miałem szczęście, bo ktoś kiedyś zdecydował się zarejestrować do bazy Dawców szpiku Fundacji DKMS. Jego decyzja uratowała mi życie. Pierwszy raz wtedy poczułem, że nie mam wpływu na swoje życie, a mój los zależy od nieznanej osoby. W tamtym okresie zrozumiałem, jak istotna jest idea dawstwa szpiku - i jak ważny każdy potencjalny Dawca.

Choroba nie ma żadnego sensu. Dopiero to, co z niej wyciągniemy



W 2018 roku, Andrzej dostał nowe życie od niespokrewnionego dawcy szpiku. Jego historia pokazuje, że nowotwór krwi to choroba „bez winy”, która może spotkać każdego. Zmagając się z ciężką chorobą udowodnił, że nawet największą przeszkodę w życiu da się pokonać. Niemal od momentu diagnozy zaczął prowadzić fanpage w mediach społecznościowych: „**Andrzej Dziedzic - Moja droga do zdrowia i formy**” na którym publikował swoją historię, etapy leczenia, trudne i dobre momenty, ale także wiele pisał o istocie dawstwa szpiku. Edukował, dlaczego to jest tak ważne, zwłaszcza dla tych, którzy na od-

działach onkologicznych z nadzieją czekają na informację o leku, który może im podarować drugi człowiek - dawca. Jeden z jego postów dotarł do redaktora Wydawnictwa Literackiego. Padła propozycja by napisać książkę. Początkowo Andrzej ją odrzucił, by po namyśle i konsultacji z babcią polonistką, zgodzić się na jej stworzenie – *Pomyślałem, że będzie to dobre chociażby dla zajęcia czasu w chorobie. Okazało się, że była to dla mnie nie tylko forma terapii, ale projekt życia. Teraz widzę, jak wiele ta książka niesie dla innych ludzi.*



„**Liczy się każdy oddech**” to książka, którą napisał wraz ze swoją partnerką Asią - towarzyszyła mu niezłomnie w codzienności szpitalnej, będąc przy nim zawsze, gdy tylko było to możliwe. Sam proces tworzenia nie był łatwy. Do pisania zabrali się dopiero wówczas, gdy lekarze orzekli, że jest zdrowy. W ich opowieści nie ma zbędnych filtrów czy autocenzury. Wprost mówią o realiach i życiu na oddziałach onkologicznych, ale także relacjonują drogę, którą przechodzą pacjenci: bolesne zabiegi, załamania nerwowe, śmierć szpitalnych przyjaciół. I te dobre momenty, w których paraliżujący strach ustępuje miejsca wielkiej nadziei. „Liczy się każdy oddech” to również historia o tym, jak wielką siłę daje wsparcie bliskich, nie tylko na oddziale onkologii – z treści mocno wybrzmiewa, że nowotwór nigdy nie dotyka tylko jednej osoby, ale i bliskich.

Te wspólne przeżycia spowodowały, że Andrzej i Asia mają misję szerzenia idei dawstwa szpiku. Organizują akcje rejestracji nowych potencjalnych dawców szpiku, edukują na temat istoty bycia dawcą i co ona oznacza dla chorych takich jak Andrzej. Andrzej bierze udział w prelekcjach edukacyjnych w szkołach

czy na warsztatach dla studentów. Angażuje się także w pomoc innym pacjentom, którzy teraz są na początkach drogi do zdrowia. Chcąc odwdziżyć się personelowi medycznemu z Centrum Onkologii w Warszawie postanowił wyremontować pokój lekarski i biblioteczkę dla pacjentów. Wspólnymi siłami z Fundacją DKMS, firmą Ikea i przyjaciółmi stworzyli miejsca przyjazne dla personelu i leczących się tam ludzi.

Za realizację tych licznych działań w 2020 roku Andrzej otrzymał główną nagrodę w kategorii Pacjent niosący nadzieję w konkursie „Jaskółkę nadziei” organizowanym przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych.

Zawsze powtarzam, że sama choroba nie ma żadnego sensu, ale ważne jest, co się z tego doświadczenia wyciągnie.

Wielką pasją Andrzeja, ale i zawodem jest pływanie, które trenował wyczerpująco. Gdy usłyszał diagnozę, właśnie założył swój własny klub pływacki i miał konkretne plany na wielką karierę. Ciężka choroba na szczęście włączyła tylko pauzę w ich realizacji. Długo, bo półtora roku po przeszczepie czekał aż wróci na ukochany basen. Po chorobie wraz z Asią założyli fundację Pałestra Pływania, której celem jest pomoc pacjentom onkologicznym w rehabilitacji – *Mamy osobiste doświadczenia związane z chorobą nowotworową, dlatego wiemy, jak trudny bywa powrót do dawnej formy i życia w społeczeństwie. Chcemy ułatwić ten proces innym pacjentom, dlatego prowadzimy program wsparcia, który pomaga odzyskać sprawność i pewność siebie poprzez sport.*

Andrzej nie spodziewał się jednak, że powróci do sportowej rywalizacji i to na międzynarodowych zawodach.

W ubiegłym roku wystartował w Europejskich Mistrzostwach dla Osób po Transplantacji i Dializowanych w Oxfordzie, skąd wrócił z trzema złotymi i dwoma srebrnymi medalami. Podczas mistrzostw zdołał pobić swój poprzedni rekord życiowy. Nie porzekał na europejskich zawodach. Je-

go osiągnięcia w Oxfordzie zakwalifikowały go do olimpiady w Australii.

World Transplant Games to niezwykle wydarzenie, w trakcie którego osoby po przeszczepieniach celebrują „drugie życie” otrzymane od dawców. Polskę reprezentowało 21 zawodników i zawodniczek, zrzeszonym w Polskim Stowarzyszeniu Sportu po Transplantacji – pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Andrzeja Chmury, chirurga transplantologa oraz mgr Krystyny Murdzek, nauczycielki wychowania fizycznego, trenerki I klasy narciarstwa biegowego.

5 lat po przeszczepieniu szpiku od niespokrewnionego dawcy i pokonaniu silnego, trudnego przeciwnika - agresywnego chłoniaka – Andrzej Dziedzic zdobył pięć medali, w tym dwa złote, na Światowych Igrzyskach Osób po Transplantacji rozgrywanych w Perth w Australii. Ustanowił również nowy, światowy rekord na 400 m stylem dowolnym w kategorii wiekowej 30-39 lat, bijąc poprzedni rekord aż o 10 sekund!

Jestem bardzo szczęśliwy, że mogę tutaj być i ponownie poczuć smak sportowej rywalizacji, której tak bardzo brakowało mi w czasie choroby. Poznaję inspirujących ludzi z całego świata - wspólnie udowadniamy, że życie po przeszczepie może być aktywne i ekscytujące! Zależy nam na promocji idei transplantacji, bo nie byłoby nas dzisiaj tutaj, gdyby nie Dawcy – dodaje Andrzej.

Andrzej jeden z medali zadedykował swojemu dawcy szpiku.

Źródło: Fundacja DKMS



CZY ONKOLOGIA NA „NOWYCH TORACH” ZLIKWIDUJE WYKLUCZENIE CHORYCH?

11. FORUM PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Co Krajowa Sieć Onkologiczna zmieni w leczeniu chorych na nowotwory, jakie działania należy podjąć, by pacjenci onkologiczni nie byli „wykluczeni” z optymalnej diagnostyki i leczenia: to główne tematy poruszane podczas 11. Forum Pacjentów Onkologicznych.



W 2023 roku polską onkologię czekają duże zmiany: po zakończonym pilotażu wchodzi w całość Polska Krajowa Sieć Onkologiczna. – Ustawa o KSO już jest na biurku Prezydenta. Dla mnie to wielkie wydarzenie i przełom. Pilotaż pokazał, że te rozwiązania w praktyce się sprawdzają. Niezależnie od tego, gdzie mieszkamy, każdy pacjent będzie leczony tak samo. Druga ważna zmiana to pojawienie się koordynatora, przewodnika pacjenta, który będzie go prowadził przez ścieżkę diagnostyki i leczenia – mówił wiceminister Waldemar Kraska.

Podkreślił, że na onkologię są przeznaczane coraz większe środki: zarówno na Krajową Sieć Onkologiczną, jak Narodową Strategię Onkologiczną, wymianę sprzętu do diagnostyki, jak również na nowe terapie onkologiczne. – Prawie 30 nowych preparatów znalazło się w ostatnim roku w refundacji, staramy się nadążać za nowościami, które pojawiają się na świecie. W tej chwili rak to już nie jest wyrok. Musimy jednak kłaść nacisk na to, żeby pacjenci jak najszybciej zgłaszali się do lekarza, korzystali z profilaktyki, bo to jedyna szansa, żeby nowotwór zdiagnozować na wczesnym etapie – zaznaczył wiceminister Kraska.

By pacjent nie był wykluczony

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych od 10 lat prowadzi kampanię „Pacjent Wykluczony”, której celem jest udzielanie pomocy pacjentom, zagubionym w systemie ochrony zdrowia po diagnozie nowotworu; informowanie ich, gdzie mogą uzyskać najlepszą diagnostykę i leczenie.

– Mamy nadzieję, że wejście sieci onkologicznej i pojawienie się koordynatorów spowoduje, że będziemy mogli ten program w ramach Koalicji nieco ograniczyć i zająć się innymi projektami – mówiła Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Porównała zmiany, które dokonują się w ostatnich latach w leczeniu onkologicznym do pociągu: początkowo był to pociąg towarowy, obecnie to już ekspres. – Na pierwszym Forum Pacjentów Onkologicznych 12 organizacji wystosowało apel do Prezydenta o ustanowienie onkologii priorytetem

w ochronie zdrowia. W 2015 roku wszedł pakiet onkologiczny, w 2018 roku zaczęliśmy mówić o leczeniu koordynowanym, a w 2021 r. pojawiła się strategia. Widzimy duże zmiany w dostępie do nowoczesnych leków, w diagnostyce i leczeniu, czekamy jednak na „pendolino”, jednak, żeby nim pojechać, trzeba zmienić „tory”, a tu szansą jest wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej i takich zmian, by system był faktycznie dopasowany do pacjenta, a nie pacjent do systemu – zaznaczyła Krystyna Wechmann.

– W ramach Krajowej Sieci Onkologicznej pacjent dostaje nową możliwość komunikowania się poprzez infolinię i kontakt z koordynatorem. Ma szansę uzyskać informacje, w którym ośrodku jakie dostępne są badania i terapie onkologiczne. Jeśli te narzędzia będą wykorzystywane, będzie to przełom w leczeniu onkologicznym; pacjenci faktycznie przestaną być wykluczeni – zapewnił prof. Maciejczyk.

Ekspert podkreślił, że wyniki leczenia onkologicznego w dużej mierze zależą od wczesnego wykrycia nowotworu, dlatego należy położyć większy nacisk na profilaktykę i badania profilaktyczne. To zadanie dla systemu ochrony zdrowia, ale także dla organizacji pacjentów, które już dziś wiele robią dla propagowania badań profilaktycznych. Przykładem są takie kampanie jak „#FuraZdrowia”, „#PomacajSie”, czy „#BadajJajka”.



Wystawa fotografii pt. „#PomacajSie” Fundacji Kochasz-Dopilnuj

Fot. Anna Nowakowska

Konieczna poprawa diagnostyki

„By pacjent nie był wykluczony” z optymalnego leczenia, konieczna jest poprawa dostępności do nowoczesnej diag-

nostyki, zarówno patomorfologicznej, jak molekularnej, gdyż w coraz większej liczbie nowotworów wyniki leczenia zależą od tego, jaki jest to podtyp nowotworu.

– W przypadku raka jajnika, tylko 40 proc. operowanych pacjentek ma zlecaną diagnostykę, a przecież np. wykrycie mutacji BRCA1, 2 decyduje o możliwości zastosowania optymalnego leczenia. Jest też ważne dla rodziny pacjentki, gdyż mówi o ryzyku zachowania i daje możliwość „przecięcia” złej historii rodzinnej. Mutację BRCA1, 2 powinno się też badać m.in. w raku jelita grubego, prostaty, tarczycy, a także w niektórych przypadkach raka piersi – mówił dr hab. Artur Kowalik z Zakładu Diagnostyki Molekularnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Zaznaczał, że choć badania genetyczne są drogie, zwłaszcza badania nowej generacji, to jednak znacznie tańsze niż stosowane leczenie, dlatego trzeba je wykonywać, gdyż dają szansę na dobranie skutecznej terapii. Eksperti podkreślali też konieczność większego zwracania uwagi na stan odżywienia pacjenta, gdyż niedożywienie powoduje gorsze wyniki leczenia onkologicznego. Często z powodu niedożywienia pacjenta nie jest w ogóle możliwe podjęcie leczenia, a ok. 20 proc. pacjentów umiera nie z powodu nowotworu, tylko niedożywienia. W niektórych przypadkach konieczne jest żywienie dojelitowe lub pozajelitowe.

Innowacyjne leki: pacjenci dostrzegają postęp

– Tak dobrze, jak jest dziś, to nigdy wcześniej nie było – podkreślała Małgorzata Maksymowicz, która na FB prowadzi grupę Rak Płuca. Nowoczesne terapie pojawiły się w ostatnim czasie m.in. w raku płuca, nerki, piersi, jajnika, a także w wielu nowotworach hematologicznych, za co dziękowali wiceministrowi Maciejowi Miłkowskiemu zarówno eksperci, jak pacjenci. Podkreślali jednak, że nadal konieczna jest poprawa dostępności do leczenia, a także kolejne porządkowanie programów lekowych.



Wśród leków, na które czekają pacjenci, wymieniane były m.in. leki w raku płuca dla chorych mających mutację w genie ALK (leki trzeciej generacji powinny być stosowane już w pierwszej linii, by zapobiec pojawieniu się przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego), w raku piersi (dla chorych z mutacjami BRCA1, 2, a także w trójnegatywnym raku piersi). – W leczeniu nowotworów hematologicznych w ostatnim czasie dokonały się ogromne zmiany. Jednak wciąż pojawiają się nowe leki, dlatego na pewno będziemy prosić o kolejne zmiany; na dziś na pierwszym miejscu są według mnie nowe leki w chłoniaku z komórek płaszczka – zaznaczała prof. Iwona Hus, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Eksperti podkreślali też, że wciąż bardzo ważną opcją leczenia jest przeszczepienie szpiku, dlatego cieszy fakt, że w 2022 r. 78 tys. osób zarejestrowało się jako potencjalni dawcy szpiku, a wiedzę na ten temat trzeba nadal propagować.

Wiceminister Maciej Miłkowski podkreślił, że Ministerstwo stara się zapewniać pacjentom skuteczne leczenie. – Oczywiście, zawsze musimy patrzeć na nasze nakłady, dlatego musimy wybierać, które z tych

leków możemy wybrać. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że wiele krajów, które mają dwa razy wyższe nakłady na opiekę zdrowotną, wcale nie mają lepszych wyników leczenia. Musimy dbać o leki, ale także o skuteczną profilaktykę, a także o dobre wykorzystanie personelu medycznego, którego ciągle brakuje – mówił wiceminister Maciej Miłkowski.



Fot. Archiwum domowe

NAGRODY JASKÓŁKI NADZIEI

11. Forum Pacjentów Onkologicznych zwieńczyła Gala Nagród „Jaskółki Nadziei”, podczas której wyróżnione zostały osoby, które swoim działaniem przyczyniają się do poprawy sytuacji chorych na nowotwory. Nagrodzono też programy edukacyjne i profilaktyczne prowadzone przez organizacje pacjenckie.

Fot. Archiwum domowe



LIDER ORGANIZACJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

NAGRODA GŁÓWNA

Iga Rawicka
Fundacja Europa Colon Polska

WYRÓŻNIENIA

- **Violetta Pabisiak**
Piotrkowskie Stowarzyszenie
Amazoniek „KAMILKI”
- **Anna Nowakowska**
Stowarzyszenie SANITAS
- **Joanna Konarzewska-Król**
Fundacja Onkologiczna Nadzieja
- **Krzysztof Żbikowski**
Stowarzyszenie Pomocy Chorym na
Nowotwory Krwi

PACJENT NIOSĄCY NADZIEJĘ

NAGRODA GŁÓWNA

Lidia Sufinowicz
Poznańskie Towarzystwo Amazonki,
liderka Ochotniczek

WYRÓŻNIENIE

Ewa Dubaniewicz
Stowarzyszenie Pomocy Chorym GIST

NAGRODA SPECJALNA

Jan Salamonik
Fundacja PKPO,
koordynator programu
Pacjent Wykluczony

PROJEKT/KAMPAANIA SPOŁECZNA W DZIEDZINIE ONKOLOGII

NAGRODA GŁÓWNA

Kampania #FuraZdrowia
Stowarzyszenia Sarcoma

WYRÓŻNIENIA

- **Projekt Onko Azyl dla Ukrainy**
Stowarzyszenia SANITAS
- **Kampania Wiedzą w chorobę**
Stowarzyszenia Amazonki Warszawa
oraz Hematoonkologiczni

AKCJA W MEDIACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH

NAGRODA SPECJALNA

Kampania społeczna #PomacajSię
Fundacja Kochasz Dopilnuj

NAGRODY SPECJALNE

Barbara Dziuk
przewodnicząca podkomisji stałej do
spraw onkologii

prof. Iwona Hus
prezes Polskiego Towarzystwa
Hematologów i Transfuzjologów

dr Katarzyna Pogoda
Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii
Rekonstrukcyjnej NIO-PIB

prof. Maciej Krzakowski
konsultant krajowy do spraw onkologii

NAGRODA MEDIALNA

Agnieszka Starewicz-Jaworska
Wydawnictwo Termedia

Nagrody wręczała Krystyna Wechmann, prezes Fundacji PKPO
oraz wiceminister Maciej Miłkowski.



Fot. Archiwum domowe

AKADEMIA DOBRYCH PRAKTYK

SIERAKÓW 2-5 CZERWCA 2023

Tradycyjnie w Sierakowie odbyła się Letnia Akademia Dobrych Praktyk - warsztaty dla liderów organizacji pacjentów współpracujących z Koalicją.

Tematyka Letniej Akademii Dobrych Praktyk obejmowała wykłady edukacyjne na temat istotnych zmian i najnowszych możliwości leczenia nowotworów w Polsce oraz warsztaty, w trakcie których uczestnicy zdobywali praktyczne umiejętności, przydatne w życiu każdego pacjenta.

Do udziału w Letniej Akademii Dobrych Praktyk zaprosiliśmy:

- dr. n. med. Elżbietę Bręborowicz
- prof. dr hab. n. med. Radosława Mądrego
- dr n. med. Piotra Tomczaka
- lek. Piotra Kolendę
- dr n. med. Angelikę Kargulewicz
- dr n. med. Magdalenę Borucką
- mgr Macieja Góreckiego
- dr n. med. Monikę Joks

W trakcie wykładów dyskutowaliśmy z ekspertami na temat strategii leczenia raka piersi w Polsce - o tym, jak najnowocześniejsze technologie lekowe zmieniają schematy leczenia i poprawiają jakość życia pacjentek.

Rozmawialiśmy o tym, jak system powinien korzystać z postępów w leczeniu nowotworów ginekologicznych, by polskie pacjentki odniosły jak największe korzyści z leczenia.

Przedstawiliśmy nowe szanse leczenia dla pacjentów z rakiem pęcherza i nowości w leczeniu raka nerki oraz kierunki zmian w leczeniu raka prostaty.

Omówiliśmy również nowe możliwości leczenia raka jelita grubego i znaczenie immunoterapii w leczeniu raka płuca.

W dyskusjach wielokrotnie przewijał się temat znaczenia nowoczesnych metod diagnostycznych oraz dostępności do badań molekularnych, jak również konieczności reformy systemu tak, by wszyscy pacjenci mieli do nich szybki dostęp. Ostatni dzień Akademii Dobrych Praktyk poświęcony był

hematologii. Dyskutowaliśmy o tym, jakie nowoczesne terapie celowane pojawiły się w leczeniu przewlekłej białaczki limfocytowej. Nie zabrakło również wypowiedzi o nowotworach układu chłonnego.

Wykładom towarzyszyły warsztaty, w trakcie których uczestnicy zdobywali nową wiedzę i umiejętności praktyczne. Chętni skorzystali z warsztatów, w trakcie których mogli nauczyć się prawnie interpretować wyniki badania krwi (morfologię krwi).

W trakcie kolejnych warsztatów uczestnicy mogli na fantomach nauczyć się, jak poprawnie wykonać samobadanie piersi czy samobadanie jąder.

Rozmawialiśmy o diecie dla osób chorych w praktyce, planowaliśmy indywidualne jadłospisy, dowiedzieliśmy się jak zapobiegać niedożywieniu i jak samodzielnie przeprowadzić rehabilitację w postaci automasażu.

W trakcie tegorocznej Letniej Akademii Dobrych Praktyk przeprowadziliśmy również **pilotaż ankiety** związanej z naszym projektem „**By Pacjent Nie Był Wykluczony**”. Ankieta ta jest dostępna na naszej stronie internetowej pod linkiem, który podajemy poniżej. Zachęcamy wszystkich do jej wypełnienia.

Wyniki ankiety przedstawimy pod koniec tego roku podczas kolejnego spotkania w ramach Zimowej Akademii Dobrych Praktyk. Wtedy też, podczas głównej debaty Akademii, którą zatytułowaliśmy „Onkologia - Dziś i Jutro” podsumujemy wydarzenia ważne dla pacjentów ekologicznych w 2023 i omówimy plany na 2024 rok.

Realizacja letnich warsztatów była możliwa dzięki wsparciu firm: AbbVie, Astellas Pharma, GSK, Eli Lilly, Pfizer i Roche.

Ankieta „By Pacjent Nie Był Wykluczony”:
www.pkpo.pl/ankieta



Fot. Archiwum domowe

O Akademii Dobrych Praktyk

Akademie Dobrych Praktyk odbywają się dwa razy do roku - w czerwcu letnia, w grudniu zimowa. Do udziału w kilkudniowych zajęciach zapraszamy organizacje współpracujące z Koalicją. Spotkania te dają szansę liderom organizacji pacjentów onkologicznych na wymianę poglądów i doświadczeń. Dzięki wykładom ekspertów i warsztatom praktycznym mogą oni również poszerzać swoją wiedzę.

OPRACOWANA W GUMED APLIKACJA POMAGA WYKRYĆ WZNOWY RAKA PŁUC

Aplikacja HORUS opracowana na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym pomaga wykrywać wznowy po zakończeniu leczenia raka płuc. Program udostępnia analizowane na bieżąco cotygodniowe ankiety i w razie potrzeby pomaga szybko wdrożyć niezbędne działania.

Jak wyjaśniają naukowcy z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, w Polsce jednym z najczęstszych nowotworów jest rak płuca i - niestety - aż 75 proc. przypadków zdiagnozowanych jest w zaawansowanym stadium. Mimo nowoczesnych terapii, nawroty choroby nie należą do rzadkości.

Tymczasem opublikowane w 2007 roku europejskie badania pokazały, że dzięki aplikacjom monitorującym zdrowie po zakończeniu terapii raka płuc pacjenci uzyskują znacznie lepsze wyniki.

Chorym leczonym w Poradni Onkologicznej Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK w Gdańsku z powodu raka płuca pomaga teraz aplikacja HORUS, opracowana przez lek. Ewę Pawłowską z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii GUMed.

– W ostatnich latach wykazano skuteczność monitorowania chorych zdalnie, z użyciem elektronicznych systemów monitorowania chorych (ESMCh), analizujących w czasie rzeczywistym objawy zgłaszane przez pacjenta poprzez stronę internetową i/lub aplikację na smartfonie. W badaniach klinicznych analiza zgłaszanych co tydzień przez pacjentów w ESMCh objawów pozwoliła na rozpoznanie wznowy raka średnio 5 tygodni wcześniej niż standardowe wizyty lekarskie, umożliwiając wdrożenie leczenia onkologicznego większemu odsetkowi pacjentów – podkreśla lek. Ewa Pawłowska.

– Ponadto stosowanie aplikacji wydłużyło czas całkowitego przeżycia chorych w stosunku do osób poddawanych standardowej kontroli. Dostęp do ESMCh oraz świadomość podlegania pod ciągłą opiekę poprawiały jakość życia oraz zmniejszały

stres związany z oczekiwaniem na wynik kontrolnych tomografii – dodaje lek. Ewa Pawłowska.

Korzystający z aplikacji pacjenci mają dostęp do cotygodniowych ankiet, w których mogą zgłaszać niepokojące objawy. Wyniki analizowane są przez specjalny algorytm, który w razie potrzeby alarmuje lekarza. – Co tydzień (od poniedziałku do niedzieli) na koncie pacjenta będzie udostępniony nowy formularz z identycznym zestawem 13 pytań, dotyczących samopoczucia. Aby zapisać i przesłać dane formularza do wglądu pracowników Kliniki, konieczne będzie udzielenie odpowiedzi na pierwsze sześć pytań – zasadę działania aplikacji wyjaśnia lek. Ewa Pawłowska. – Wszystkie informacje zgłaszane przez pacjentów co tydzień w aplikacji są analizowane natychmiast po wypełnieniu formularza. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów pracownik Kliniki kontaktuje się z chorym telefonicznie w przeciagu 72 godzin i informuje o dalszym postępowaniu.

Naukowcy GUMed podkreślają, że korzystanie z aplikacji nie zmienia procedur w czasie typowych wizyt u lekarza, ani nie wiąże się z żadnym dodatkowym ryzykiem związanym z niektórymi typowymi badaniami.

Projekt został sfinansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki w ramach programu „Inkubator Innowacyjności 4.0”, uzyskując dofinansowanie w wysokości 100 000 zł.

„Inkubator Innowacyjności 4.0” realizuje Centrum Transferu Technologii GUMed w ramach konsorcjum, w skład którego wchodzi: Gdański Uniwersytet Medyczny (lider), Uniwersytet Gdański oraz spółka celowa GUMed – Centrum Innowacji Medycznych.

Aplikację można bezpłatnie pobrać w sklepach internetowych Google Play oraz AppStore.

Źródło: Nauka w Polsce

ILU PACJENTÓW PALI PO DIAGNOZIE? ALARMUJĄCE WYNIKI BADAŃ

W ciągu trzech ostatnich lat odsetek Polaków deklarujących palenie papierosów zaczął niepokojąco rosnąć i wynosi obecnie prawie 29% (dane PAN z 2023 r.), według danych Eurobarometru – 26%. Wśród nich są pacjenci – osoby które już zachorowały, a kontynuacja palenia może nie tylko dalej szkodzić ich zdrowiu, ale także zaprzepaścić efekty leczenia i zwiększyć liczbę powikłań. Wiele z nich podejmuje próby rzucenia palenia, jednak bez efektu, brakuje bowiem systemowego wsparcia w walce z uzależnieniem od tytoniu. **W Polsce działają bowiem jedynie 3 poradnie pomocy palącym!**

Aż 58% ankietowanych pacjentów onkologicznych wskazało, że w procesie diagnostyki i leczenia personel medyczny nie rozmawiał z nimi na temat negatywnego wpływu palenia na zdrowie, lepiej sytuacja wygląda w kardiologii, gdzie odsetek wynosił 59%. Niepokojący jest fakt, że prawie żaden z respondentów nie otrzymał od lekarza informacji, gdzie uzyskać wsparcie w rzucaniu palenia np. o infolinii lub poradni pomocy palącym.

Palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn wielu chorób cywilizacyjnych. U palaczy znacząco wrasta ryzyko zawału

mięśnia sercowego, udaru oraz wystąpienia chorób onkologicznych, w tym przede wszystkim raka płuca, ale również raka pęcherza moczowego, raka krtani, raka nerki, raka żołądka oraz raka trzustki.

Szczególnie wrażliwą grupą na konsekwencje palenia tytoniu są osoby, które już mają zdiagnozowane choroby onkologiczne lub kardiologiczne. Efektywność leczenia onkologicznego zmniejsza się bowiem o ok. 15%, jeśli pacjent kontynuuje palenie. Powoduje ono także więcej skutków ubocznych i działań niepożądanych, trudności w gojeniu ran, czy zwiększenie odczynu popromiennego.

Tymczasem jak pokazują wyniki badania przeprowadzonego przez Fundację TO SIĘ LECZY oraz Fundację Wygrajmy Zdrowie na przełomie kwietnia i maja b.r. – ponad 93% pacjentów onkologicznych i kardiologicznych biorących udział w badaniu paliło wcześniej papierosy tradycyjne, a u 91% ankietowanych miało ono charakter nałogowy.

Niestety wielu z nich nadal kontynuuje palenie – kilkanaście lub więcej papierosów wypala po diagnozie 46% pacjentów onkologicznych i 61% pacjentów kardiologicznych.

– *Pacjenci pomimo tego, że szukają informacji na temat rzucenia palenia, to mogą mieć problem, aby uzyskać pomoc* – mówiła Aleksandra Wilk z Fundacji TO SIĘ LECZY. – *W Polsce działają aktualnie tylko 3 poradnie pomocy palącym! To powinno się zmienić! Zawsze zachęcam pacjentów, aby postawili na swoje zdrowie i zwiększyli szanse na wyleczenie. Uświadamiam, że kontynuując palenie mogą zaprzepaścić efekty leczenia onkologicznego. Wspieram ich w procesie rzucenia palenia.* W latach 60. w Polsce paliło ponad 50% społeczeństwa i choć obecnie jest to ok. 26%, to obserwujemy ponowny trend wzrostowy od wybuchu pandemii koronawirusa.

Polski rząd podobnie jak szwedzki zakładał osiągnięcie wskaźnika 5% osób palących do 2030 roku, w obecnych warunkach jest to jednak nierealne.

– *Problem palenia tytoniu jest jednym z priorytetów rządu i został zaadresowany jako główne wyzwanie zdrowotne w planie transformacji* – powiedział dr Jerzy Gryglewicz z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. – *Ostatnio padły zapowiedzi, że plan walki z paleniem tytoniu ma być zrewidowany i zaktualizowany.*

Wiemy, że 65% pacjentów onkologicznych i 58% pacjentów kardiologicznych podjęło 3-5 i więcej prób rzucenia palenia. Pacjenci najczęściej poszukują informacji o sposobach na rzucenie palenia samodzielnie, w internecie lub wśród znajomych, rzadko u specjalistów.

– *Rola lekarza w przypadku kontaktu z pacjentem, który ma wykrytą chorobę nowotworową, zwłaszcza tytoniozależną jest niezwykle ważna* – podkreśla dr hab. Roman Sosnowski, profesor Narodowego Instytutu Onkologii. – *Powinniśmy dołożyć wszelkich starań, aby takiego pacjenta zachęcić do rezygnacji z nałogu, najlepiej do całkowitego rzucenia palenia, ale jeśli nie jest to z różnych względów możliwe, warto korzystać z innych opcji. Wiemy, że ilość substancji toksycznych w alternatywnych wyrobach medycznych jest znacznie mniejsza.*

– *Odsetek pacjentów, którym udaje się samodzielnie zaprzestać palenia to ok 2-3% z tych, którzy w ogóle chcą rzucić, bo nikotyna jest jedną z najsilniej uzależniających substancji* – zaznaczył dr Janusz Krupa z ośrodka szkolenia lekarzy rodzinnych CMKP. – *Lekarze rodzinni są pierwszą linią walki*

z uzależnieniem, bo pracują z pacjentem przez wiele lat. To przede wszystkim oni powinni rozmawiać i zachęcać do rzucenia palenia podczas każdej wizyty.

W walce z rzucaniem palenia może pomóc też podejście redukcji szkód, które pozwala zminimalizować negatywne konsekwencje dla zdrowia pacjenta, który nie jest w stanie rzucić całkowicie palenia. Na takie podejście postawiła np. Szwecja, która jest pierwszym krajem bez tytoniu – pali tam mniej niż 5% społeczeństwa.

Większość respondentów wskazała, że potrzebne jest wsparcie w zakresie informacji na temat skutecznych metod leczenia uzależnienia od palenia tytoniu oraz miejsc, gdzie można uzyskać poradę specjalistyczną oraz informacje od lekarza prowadzącego o szkodliwości tytoniu i wpływie na efekty leczenia i powikłania.

Czy Polska pójdzie ścieżką krajów, które z sukcesem ograniczyły odsetek osób palących tytoń, takich jak Anglia, Szwecja czy Nowa Zelandia? Pacjenci z pewnością nie mogą czekać i potrzebują kompleksowej pomocy, dostępu do różnych metod leczenia i ograniczenia skutków palenia. – *Rekomendowałbym wdrożenie programu walki z paleniem tytoniu, w którym przetestowane zostaną rozwiązania redukcji szkód, w formule pilotażu bazując na najlepszych doświadczeniach, co pozwoliłoby przeanalizować efekty zdrowotne i ekonomiczne takiego rozwiązania* – dodał dr Gryglewicz.

Źródło: materiały prasowe

POTRZEBA WIĘCEJ PORADNI

Poradnie antytytoniowe w Polsce, których zadaniem jest pomoc w rzuceniu palenia, można policzyć na palcach jednej ręki.

– *Jeżeli uzmysłowimy sobie, że pali kilka milionów obywateli, to proszę sobie wyobrazić, jakie są niedobory w tym zakresie. W związku z tym uważam, że tego typu poradnie powinny uzyskać wsparcie NFZ, bo patrząc przyszłościowo, przełoży się to niewątpliwie na finanse i zmniejszy obciążenie płatnika związane z różnymi chorobami, nie tylko nowotworowymi. W tym zakresie powinna się rzeczywiście dokonać zasadnicza zmiana. Tych poradni powinno być więcej, powinni tam przyjmować lekarze i psycholodzy, którzy są dobrze zapoznani z problemem nałogów. Wyjście z nałogu zaczyna się bowiem od głowy. Musi nastąpić przełom i pacjent musi chcieć rzucić palenie, a poradnia taka jest wsparciem dla silnej woli, która nie zawsze jest wystarczająca, żeby wyjść z nałogu*” – podkreśla prof. Tadeusz Orłowski z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuca w Warszawie.

Źródło wypowiedzi: Polska Grupa Raka Płuca



POLSKA KOALICJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Łączy nas Koalicja



Wesprzyj działalność Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych wpłacając darowiznę.

Nr konta: 36 1090 1883 0000 0001 3364 8170

Przekaz swój 1,5% na nasze statutowe działania - KRS 0000333981.

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

ZARZĄD

Prezes – Krystyna Wechmann
Prezes Federacji Stowarzyszeń
„Amazonki”

Członek Zarządu – Piotr Fonrobert
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym
na GIST

RADA

Przewodniczący – Paweł Moszumański
Założyciel Stowarzyszenia Wspierającego
Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”

Wiceprzewodniczący:

Dorota Kaniewska
Wiceprezes Polskiego Towarzystwa
Stomijnego POL-ILKO

Ryszard Lisek

Członek Zarządu Głównego Polskiego
Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

Romana Nawara

Prezes Warszawskiego Stowarzyszenia
Amazonki

Krzysztof Żbikowski

Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym
na Nowotwory Krwi w Zamościu

Poznaj naszą organizację na www.pkpo.pl

Czytaj nasze czasopismo na pierwszym portalu
pacjentów onkologicznych: www.glospacjenta.pl

Oglądaj filmy edukacyjne na kanale YouTube PKPO



facebook.com/KoalicjaPacjentow



instagram.com/onko_koalicja



twitter.com/GlosPacjenta

Redaktorka Naczelna
Agnieszka Paculanka
agnieszka.paculanka@pkpo.pl

Zespół Redakcyjny
tel. 780 488 600, info@pkpo.pl
ul. Miedziana 3A/3, 00-814 Warszawa

Korekta numeru
Anna Dąbrowska-Guźlińska
guzlyaj@o2.pl



Projekt realizowany
ze środków PFRON



Głos Pacjenta Onkologicznego 2/2023 wydano
dzięki dodatkowemu wsparciu firmy AstraZeneca.