



Aktualności Medyczne

Czym jest integracyjne leczenie nowotworów?

Polskiej chirurgii onkologicznej grozi zapaść

Rak jelita grubego – choroba przewlekła

Rak trzustki: nowotwór szczególnej troski

Wychodzenie z choroby nowotworowej

Aktywność fizyczna u osób leczonych onkologicznie

Stomia: nie taki diabeł straszny...

Przez kuchnię do zdrowia



**Twoja droga do zdrowia:
obierz właściwy kierunek**

Czas to zdrowie



Pomimo zmian na listach refundacyjnych i podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia kroków mających na celu uzdrowienie

polskiej onkologii chorujący na raka Polacy wciąż mają ograniczony dostęp do leczenia zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną. Odnosi się to również do dostępności badań obrazowych, kluczowych dla skutecznej diagnostyki nowotworów. Pierwszego kwietnia 2019 roku Ministerstwo Zdrowia zniósło limity na finansowanie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Efekty są już widoczne: czas oczekiwania na badania obrazowe skrócił się. Mimo to polscy pacjenci onkologiczni nadal zbyt długo czekają na badania diagnostyczne. Zgodnie z danymi Fundacji Alivia na badanie rezonansem magnetycznym czekało się w listopadzie średnio 102 dni w trybie zwykłym (w stosunku do 174 dni w marcu), a w trybie pilnym średnio 55 dni (w stosunku do 101 dni w marcu). Ponadto dostęp do badań obrazowych nie jest równomierny we wszystkich regionach kraju. W województwie mazowieckim na rezonans magnetyczny trzeba było czekać pod koniec listopada ponad cztery miesiące, a w świętokrzyskim – niespełna dwa. W trybie pilnym czas oczekiwania na MR

najkrótszy był w województwie podlaskim i wynosił „tylko” 25 dni, podczas gdy aż 91 dni wyniósł w województwie lubelskim. Na portalu **Kolejkoskop.pl**, utworzonym niedawno przez Fundację Alivia, codziennie podawana jest długość kolejek do badań w ośrodkach w całej Polsce, sprawdzana przez zatrudnionego specjalnie w tym celu pracownika. Szczерze polecam ten wartościowy portal utrzymujący się z darowizn. Długi czas oczekiwania na testy diagnostyczne i leczenie to niejedyny etap, na którym traci się jakże cenny dla pacjenta czas. Rozdrobnione ścieżki opieki i problemy z dostępem do terapii niepotrzebnie wydłużają okres diagnostyki i leczenia onkologicznego o kolejne tygodnie lub miesiące. A przecież czas w leczeniu nowotworów odgrywa kluczowe znaczenie. Niech rok 2020 zbliży system polskiej ochrony zdrowia do zrozumienia, że czas w przypadku chorych onkologicznie oznacza ich być albo nie być. To z nim przede wszystkim ścigają się pacjenci w swojej walce o zdrowie.

Alicja Kałużny
Redaktor Naczelna

Spis treści

NAUKA | WIEDZA | PRAKTYKA

- dr n. med. Andreas Hans Wasylewski
Czym jest integracyjne leczenie nowotworów? 4
- prof. dr hab. n. med. Józef Kładny
Polskiej chirurgii onkologicznej grozi zapaść 6
- prof. dr hab. n. med. Marzena Wełnicka-Jaśkiewicz
Rak jelita grubego – choroba przewlekła 10
- dr n. med. Tomasz Lewandowski
Rak trzustki: nowotwór szczególnej troski 18
- dr n. med. Monika Rucińska
Wychodzenie z choroby nowotworowej –
rehabilitacja psychiczna i społeczna 32
- dr hab. n.f. Sławomir Marszałek
Rola aktywności fizycznej u osób leczonych onkologicznie 40
- Maintrac. Płynna biopsja: diagnostyka przyszłości 46

OD I DLA PACJENTA

- Andrzej Piwowarski
Stomia: nie taki diabeł straszny... 16
- Halina Hybicka
Radość z życia 22
- Fundacja STOMAlife 23
- Bogusława Wójcik
Makrobiotyka – naturalna kuchnia. Przez kuchnię do zdrowia 52
- Kampania społeczna „Żyję świadomie”. Kluby zdrowego życia 56

AKTUALNOŚCI

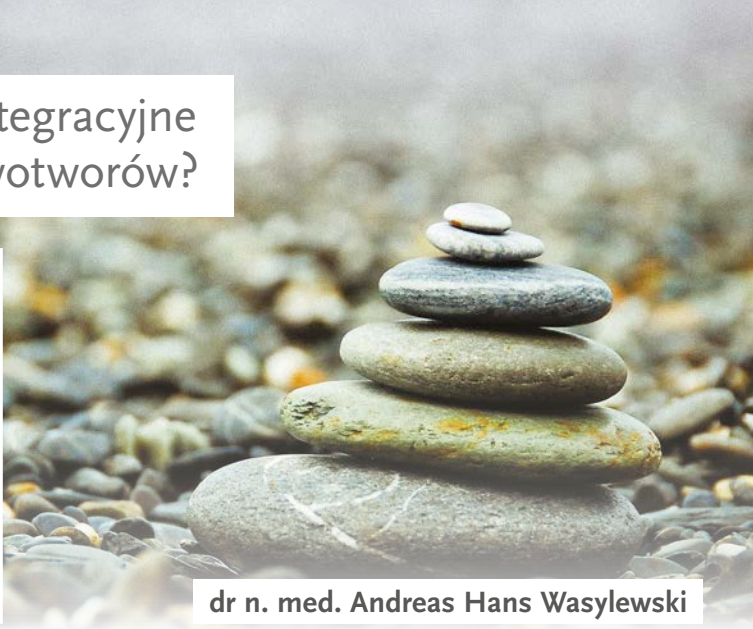
15, 51



Czym jest integracyjne leczenie nowotworów?



dr n. med. Andreas Hans Wasylewski



Drodzy Czytelnicy!

„Aktualności Medyczne” powstały z myślą o propagowaniu zintegrowanej terapii nowotworów. W poniższym artykule postaram się wyjaśnić, na czym polega integracyjne leczenie raka.

Integracyjna terapia przeciwnowotworowa bywa definiowana bardzo różnie, zarówno w Polsce, jak i w środowisku międzynarodowym. Jednym z głównych zadań EANU, Europejskiej Akademii Medycyny Naturalnej i Środowiskowej, odpowiedzialnej za wydawanie niniejszego magazynu, jest przybliżanie pojęcia i zakresu zintegrowanej terapii raka.

Integracyjna terapia przeciwnowotworowa to sposób leczenia, który polega na postrzeganiu człowieka jako całości i oddziaływaniu na tę właśnie całość.

Opisywana metoda leczenia charakteryzuje się synergicznym zastosowaniem (integracją) wszystkich osiągnięć medycyny konwencjonalnej, immunologii, biologii i psychologii. W tym nurcie uwzględniane są również osobiste potrzeby pacjenta i jego subiektywne doświadczenie związane z chorobą.

Celem tej szczególnej metody terapii jest zaoferowanie pacjentom chorym na raka indywidualnie zaplanowanego i interdyscyplinarnego leczenia.

Oprócz chirurgicznego usuwania guza, chemioterapii i radioterapii, integracyjna terapia przeciwnowotworowa obejmuje również terapię hormonalną, hipertermię, łagodzenie bólu, immunoterapię, normalizację metabolizmu, stabilizację psychiki, aktywację fizyczną, zmianę diety, a także dostarczenie –

poprzez suplementację – brakujących składników odżywczych.

Ta metoda leczenia oferuje wiedzę i odkrycia pochodzące z najnowszych badań nad rakiem, wspierających cele zintegrowanej terapii raka. Stałe pogłębianie wiedzy i analiza wyników badań onkologicznych publikowanych w światowej literaturze medycznej należą do podstawowych zadań lekarzy pracujących w nurcie zintegrowanej terapii raka.

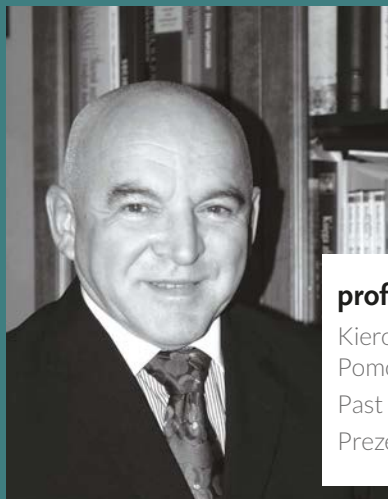
Po zdiagnozowaniu zmian nowotworowych, przed operacją, należy wykonać wszystkie niezbędne procedury diagnostyczne, aby umożliwić opracowanie indywidualnego planu leczenia.

Trzeba również niezwłocznie zastosować wszelkie środki zapobiegające przerzutom i progresji nowotworu. Należy zadbać nie tylko o maksymalizację przeżycia pacjenta, ale także o optymalizację jakości życia. Łagodzenie skutków ubocznych agresywnych metod leczenia jest jednym z najważniejszych celów integracyjnej terapii przeciwnowotworowej.

Pacjent powinien aktywnie i świadomie uczestniczyć w planowaniu i ocenie wyników terapii. Zwiększa to skuteczność leczenia. W przypadku każdej osoby dotkniętej chorobą nowotworową w chwili usłyszenia diagnozy zaczyna się nie tylko walka z chorobą, ale również uświadamianie sobie własnej, złożonej odpowiedzialności za swoje zdrowie i wyleczenie. ■

Integracyjna terapia nowotworów

- Indywidualne prowadzenie po zdiagnozowaniu nowotworu
- plan terapii z uwzględnieniem schorzeń towarzyszących
- Rozszerzona diagnostyka w celu optymalizacji terapii, np.:
 - testy na chemowrażliwość
 - ocena stanu układu odpornościowego
 - oznaczenie markerów nowotworowych w celu kontroli terapii
- Operacje małoinwazyjne
- Ukierunkowana chemioterapia ogólnoustrojowa i lokalna
- Radioterapia
- Terapie hormonalna
- Hipertermia
- Terapie gorączką
- Leczenie bólu
- Szczepionki przeciwnowotworowe
- Stymulacja układu odpornościowego
- Terapie żywieniowa
- Terapie ortomolekularna
- Aktywacja i promowanie własnych zdolności samoleczenia organizmu
- Terapie ruchowa
- Psychoterapia
- terapie konwersacyjna
- relaksacja
- wsparcie duchowe



prof. dr hab. n. med. Józef Kładny

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Past Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
Prezes Kolegium Lekarzy Chirurgów

Chirurgia onkologiczna jest podstawową, wysoce skuteczną metodą leczenia różnych typów nowotworów. W ubiegłym roku policzono wszystkich czynnych (czyli operujących) chirurgów w Polsce. Jest ich zaledwie 3,8 tysiąca, nie – jak wynika z oficjalnych statystyk – 9 tysięcy. Można zadać sobie pytanie, ilu z tych niespełna czterech tysięcy polskich chirurgów wykonuje operacje onkologiczne. Odpowiedź nie napawa optymizmem: mamy zaledwie 800 chirurgów ze specjalizacją onkologiczną. Polska chirurgia pogrąża się w kryzysie kadrowym.

Stwierdzam z pełną odpowiedzialnością, że doświadczamy na tym polu zapaści. Mamy coraz mniej wykształconych specjalistów, a jednocześnie koszty wykształcenia chirurga wyspecjalizowanego w leczeniu nowotworów są ogromne. Nieliczni, którzy decydują się na tę trudną specjalizację, często nie mają możliwości praktykowania u boku doświadczonego chirurga. Naprawy, bez której grozi nam dramatyczne pogorszenie wyników leczenia onkologicznego w Polsce, wymaga nie tylko system szkolenia chirurgów.

W porównaniu do skali odpowiedzialności i ponoszonego ryzyka ranga zawodu chirurga jest w Polsce bardzo niska, podobnie jak zarobki. Równie złe są warunki pracy i jej bezpieczeństwo. Ze względu na braki kadrowe chirurdzy często są zmuszani do zawierania umów kontraktowych. W praktyce oznacza

ONKOLOGICZNEJ ZAPASĆ



to pracę ponad siły i 24-godzinną gotowość do przeprowadzania zabiegów. Choć obowiązują nas przepisy unijne i prawo dotyczące wymiaru pracy, każdy chirurg w moim regionie pracuje średnio 264 godziny miesięcznie, czyli o ponad 100 za dużo. Z prawnego punktu widzenia lekarz na kontrakcie jest uznawany za podmiot gospodarczy, nie podlega kodeksowi pracy, odpowiada całym swoim majątkiem. Nikogo nie interesuje, czy fizycznie jest w stanie podjąć się operacji, od której bardzo często zależy życie chorego. Łamanie zasad bezpieczeństwa pracy, a przede wszystkim bezpieczeństwa pacjentów jest nagminne.

Wypożyczenie oddziałów chirurgii onkologicznej i ogólnej to kolejny trudny temat. Zużyty lub niedziałający sprzęt

w salach operacyjnych to codzienność. W dziedzinie nowoczesnych technologii chirurgicznych i chirurgii robotowej pozostajemy w ogonie Europy. Czterokrotnie mniej niż w Czechach dysponujemy dwudziestoma czterema robotami Da Vinci, podczas gdy w Polsce mamy tylko dwa i do tej pory nie ogłoszono refundacji kosztów procedur przeprowadzanych z ich użyciem.

Procedury chirurgiczne są niedoszacowane o co najmniej 30%. W Stanach Zjednoczonych wycena tych samych świadczeń jest od dziesięciu do trzydziestu razy wyższa. Stąd długi wszystkich polskich oddziałów chirurgii rosną. Kwestia wyceny procedur medycznych jest silnie powiązana z polityką i wysokością środków na ochronę zdrowia. W Czechach na

ochronę zdrowia przeznacza się 5,6% PKB, w Polsce tylko 4,6%.

Polscy decydenci nie otwierają się na korzystanie z gotowych rozwiązań tych krajów, które restrukturyzacje systemu opieki zdrowotnej i proces właściwej wyceny procedur medycznych mają już za sobą. Dlaczego nie przenieść na grunt polski choćby rozwiązań zastosowanych w Niemczech, gdzie przez kilkadziesiąt lat konsekwentnie wyceniono w punktach wszystkie procedury medyczne? Ustalone proporcje punktowe cały czas obowiązują i zależnie od budżetu danego landu przekładane są na środki, którymi dysponuje dany land. W latach 90. taki modelowy system wyceny procedur medycznych funkcjonował w Szpitalu MSWiA w Poznaniu, a dodatkowo każdy chory otrzymywał informację, ile kosztowało jego leczenie. Szkoda, że nikt nie wykazał woli, by wprowadzić poznański system na szerszą skalę.

Problem z systemem ochrony zdrowia oraz podejściem decydentów ma nie tylko chirurgia onkologiczna, ale i ogólna. Chirurdzy onkologiczni wraz z prezesem Towarzystwa Chirurgów Polskich wystosowali list do ministra zdrowia, aby podjąć dialog na temat sytuacji tych specjalności w naszym kraju. Niemal w tym samym czasie nowo założone Porozumienie Chirurgów opublikowało manifest, w któ-

rym młodzi chirurdzy domagają się większego dostępu do stołów operacyjnych, podwyżek płac i większych możliwości szkoleniowych.

Inny ważną kwestię stanowi w onkologii jakość leczenia chirurgicznego. Chory onkologicznie powinien być leczony w ośrodku o możliwie największym doświadczeniu. Szczególnie pierwsza interwencja chirurgiczna, która determinuje dalszy przebieg i wyniki leczenia, powinna mieć miejsce w ośrodku referencyjnym. W rzeczywistości w raku piersi, jelita grubego czy żołądka nadal jedynie około 40% pacjentów operowanych jest w centrach onkologicznych z dużym doświadczeniem. Większość zabiegów odbywa się w szpitalach wykonujących kilka takich operacji na rok. Na przykład wśród ponad 300 ośrodków mogących operować raka żołądka aż 230 wykonuje mniej niż dziewięć zabiegów rocznie. Zapewniających minimalne doświadczenie sześćdziesiąt operacji tego nowotworu rocznie wykonuje zaledwie dziewięć ośrodków. Rozproszenie ośrodków zajmujących się chirurgią onkologiczną wpływa zatem negatywnie na jakość leczenia; zwiększoną śmiertelność pooperacyjną pacjentów odnotowuje się w placówkach niemających dużego doświadczenia w przeprowadzaniu operacji danego typu. Wspomniane sześćdziesiąt operacji rocznie w ramach jednego rodzaju zabiegów to

minimum, aby uznać daną placówkę za doświadczoną w leczeniu chirurgicznym danego nowotworu.

Jakość leczenia w onkologii, również chirurgicznego, da się zmierzyć odsetkiem przeżyć pięcioletnich. Przygotowany przez nas, tak bardzo potrzebny projekt oceny jakościowej leczenia zostanie przedstawiony Ministrowi Zdrowia. Dotyczy on między innymi monitoringu pooperacyjnego, z którym w chirurgii wciąż mamy problemy. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej od lat zresztą apeluje o kontrolę jakości opieki nad pacjentami, przede wszystkim o kontrolę trafności diagnoz, liczby powikłań pooperacyjnych i powtórnych zabiegów, a także przeżyć odległych wśród chorych. Restrukturyzacji wymaga cała chirurgia: brak standardów zatrudnienia,

standardów dotyczących sprzętu, infrastruktury oraz związanych z zabezpieczeniem funkcjonowania wszystkich oddziałów chirurgicznych i bezpieczeństwem pracy grozi zapaścią tej specjalności.

Podkreślam: kryzys w polskiej onkologii dotyczy głównie chirurgii. Średnia wieku chirurgów wynosi dziś 58,5 lat, a luka pokoleniowa stale się pogłębia. Może się zdarzyć, że wkrótce nie będzie komu leczyć pacjentów z chorobą nowotworową. Nie zapominałmy: chirurgia była i jeszcze przez długi czas pozostanie główną metodą leczenia nowotworów, a dotyczący jej kryzys przekłada się na model opieki nad pacjentem i na bezpieczeństwo chorych. ■

OD REDAKCJI

Ostatnio wiele się mówi o kryzysie polskiej onkologii w kontekście dostępności nowoczesnych leków – i słusznie. O dramatycznym stanie chirurgii onkologicznej, podstawowej i najsukuteczniejszej metody walki z rakiem, słyszać niewiele. Tymczasem kluczowej gałęzi leczenia onkologicznego grozi zapaść. Ten ważny głos w debacie nad kondycją polskiej onkologii – diagnoza chirurga onkologicznego od lat walczącego o dobro pacjenta „na pierwszej linii frontu” – w sali operacyjnej – płynie od prof. dr. hab. n. med. Józefa Kładnego. Prof. J. Kładny przez dwadzieścia lat sprawował funkcję konsultanta województwa zachodniopomorskiego w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej. W 2018 roku zrezygnował ze stanowiska na znak protestu wobec dramatycznej sytuacji polskiej chirurgii. Obecnie nadal prowadzi działalność na rzecz poprawy statusu zawodowego lekarzy chirurgów w Polsce w ramach założonego Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Chirurgów, w którym pełni funkcję Prezesa Zarządu – www.klch.pl.

Rak jelita grubego – choroba przewlekła



prof. dr hab. n. med.
Marzena Wełnicka-Jaśkiewicz

Ordynator Oddziału Chemioterapii Diennej
Klinika Onkologii i Radioterapii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Według najnowszych danych epidemiologicznych rak jelita grubego jest trzecim najczęściej występującym na świecie nowotworem u mężczyzn i drugim u kobiet; zgony spowodowane tą chorobą stanowią 8% wszystkich zgonów nowotworowych i są czwartą, najczęstszą przyczyną śmierci spowodowanej nowotworem. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wzrasta wraz z wiekiem i większość zachorowań dotyczy ludzi powyżej 50. roku życia, z czego znaczna część (ok. 75%) odnosi się do populacji osób starszych, w przedziale wieku od 65 do 77 lat. Mężczyźni, szczególnie w grupie chorych starszych, chorują prawie dwukrotnie częściej niż kobiety.

W Polsce jest to drugi pod względem częstości zachorowań nowotwór u obu płci. Liczba ta stale rośnie; w roku 2014 i 2017 odnotowano odpowiednio 17 i 19 tysięcy zachorowań, a prognozowane dane epidemiologiczne przewidują, że w roku 2030 liczba zachorowań przekroczy 27 tysięcy. Dziennie z powodu raka jelita grubego umierają w Polsce 33 osoby. Według danych



pochodzących z badania CONCORD-3, 5-letnie przeżycia dla Polski na tle innych krajów europejskich nie wypadają najlepiej, dla porównania, w większości krajów europejskich pięć lat przeżywa ponad 60% chorych (64–68%), podczas gdy w Polsce odsetek ten wynosi nieco powyżej 50%. Bardzo niepokojące są obserwowane w ostatnich latach trendy wzrostu zachorowalności na raka jelita grubego wśród bardzo młodych ludzi, w wieku 20–30 lat. Wśród dwudziestolatków zachorowalność zwiększyła się aż trzykrotnie, z 0,8 do 2,3 przypadków na 100 tysięcy ludności.

Ostatnie kilkanaście lat to lata dużego przełomu w leczeniu uogólnionego raka jelita grubego; dzięki nowym lekom i nowym strategiom postępowania mediana czasu przeżycia w tej grupie chorych wydłużyła się z 12 do ponad 40 miesięcy. Na ten sukces złożyły się także zakrojone na szeroką skalę badania przesiewowe, poprawa metod diagnostycznych oraz możliwość wykorzystania czynników predykcyjnych, podpowiadających, czy dany lek będzie skuteczny u konkretnego chorego. Dlatego też u wszystkich chorych na przerzutowego raka jelita grubego konieczne

jest jeszcze przed rozpoczęciem leczenia oznaczenie stanu genów KRAS, NRAS i BRAF w komórkach guza. Mutacje genów rodziny RAS dotyczą ok. 60% chorych, potwierdzenie mutacji wiąże się z brakiem odpowiedzi na leczenie przeciwciałami anti-EGFR. Z kolei mutacje BRAF mają znaczenie przede wszystkim prognostyczne, ich obecność wskazuje na gorsze rokowanie. Przydatna jest również wiedza na temat niestabilności mikrosatelitarnej, szczególnie u pacjentów z rakiem jelita grubego w stopniu II, jako wskaźnika prognostycznego i negatywnego markera predykcyjnego do stosowania adjuwantowej chemioterapii z 5-fluorouracylem.

Niestety, u około połowy leczonych chorych, najczęściej w pierwszych trzech latach od zakończenia leczenia pierwotnego, dochodzi do nawrotu choroby w postaci wznowy miejscowej lub przerzutów, najczęściej zlokalizowanych w wątrobie. Jeśli pojawiają się jakiś czas od rozpoznania ogniska pierwotnego, wówczas nazywane są przerzutami metachronicznymi. Z kolei przerzuty, które zdiagnozowane są w tym samym czasie, co zmiana zasadnicza – to przerzuty



synchroniczne, które wiążą się z gorszym rokowaniem i charakteryzują się bardziej agresywnym przebiegiem w porównaniu do przerzutów metachronicznych.

Najbardziej skuteczną formą leczenia choroby przerzutowej jest leczenie operacyjne, najczęściej kojarzone z terapią systemową, która może poprzedzać ewentualną resekcję przerzutów lub ją uzupełniać. Za bezpieczną resekcję przerzutów w wątrobie uważa się taką, która pozwala na zaoszczędzenie co najmniej 20% zdrowego miększu tego narządu. Badania przeprowadzone w wyselekcjonowanych grupach chorych potwierdziły, że usunięcie przerzutów z wątroby pozwala u części pacjentów nawet na wyleczenie lub uzyskanie długotrwałej remisji; wyniki ostatnio opublikowanej metaanalizy wykazały, że wśród tej grupy chorych mediana 5-letnich przeżyć wynosiła 38%, a w przypadku pojedynczych przerzutów odsetek 5-letnich całkowitych przeżyć wynosił 71%.

Należy jednak pamiętać, że wielu zachorowań na raka jelita grubego można byłoby uniknąć, zgłaszając się na badania przesiewowe. Na 125 kolonoskopii wykrywa się jednego bezobjawowego raka, a polipy usuwa się u 25% badanych. Niestety, w Polsce zgłaszalność na badania przesiewowe wynosi zaledwie 17%!

Znaczące wydłużenie czasu przeżycia oraz stosunkowo wolny i mniej agresywny przebieg choroby pozwolił na sformułowanie stwierdzenia, że uogólniony rak jelita grubego to choroba przewlekła, która dzięki zastosowaniu leczenia sekwencyjnego umożliwia znacznej części chorym prowadzenie względnie normalnego trybu życia i pracę zawodową. Przez leczenie sekwencyjne rozumie się prowadzenie terapii kolejnymi schematami, zawierającymi leki dotychczas niestosowane, które włączane są w przypadku kolejnej progresji choroby. Rozpoznanie, szczególnie pierwszego nawrotu, jest zawsze niekorzystnym czynnikiem prognostycznym, dlatego też konieczne jest wówczas przeprowadzenie pełnej diagnostyki oceniającej zasięg zmian nowotworowych oraz wykonanie badań genetycznych umożliwiających wybór właściwej terapii ukierunkowanej. Celem leczenia I rzutu jest przede wszystkim wydłużenie czasu przeżycia i spowolnienie progresji, a także zmniejszenie wielkości guza i ewentualnych dolegliwości oraz poprawa jakości życia. Decyzje dotyczące leczenia powinny zawsze zapadać na wielodyscyplinarnych

konsyliach z udziałem co najmniej specjalistów z dziedziny onkologii (onkolog kliniczny i radioterapeuta), chirurgii onkologicznej i radiologii oraz w obecności chorego. Decydując o rodzaju leczenia, należy mieć na uwadze między innymi stan ogólny pacjenta, obciążenie chorobami towarzyszącymi, profil objawów niepożądanych związanych z zastosowaniem planowanych leków i rodzaj wcześniejszej chemioterapii, np. w leczeniu uzupełniającym. Choć poszczególne schematy leczenia zawarte w rekomendacjach są zlecane w zależności od tego, czy dotyczą terapii I rzutu, czy leczenia po pierwszej czy drugiej progresji, konieczne jest podkreślenie, że stanowią one pewnego rodzaju ciągłość.

W Polsce możliwości wyboru właściwego schematu leczenia najczęściej dokonywane są w oparciu o tzw. Programy Lekowe, w których ściśle sprecyzowane kryteria włączenia i jego kontynuowania dyktowane są zapisami poszczególnych programów i obejmują większość dostępnych leków, w tym również biologicznych. Należy podkreślić, że lekarz prowadzący leczenie powinien zawsze uwzględniać możliwość progresji i wstępnie zaplanować dalsze etapy ewentualnego, sekwencyjnego leczenia.



peterschreibermedia – stock.adobe.com

W większości przypadków chorzy otrzymujący terapię I rzutu są w dobrym stanie ogólnym i mają duże szanse na uzyskanie odpowiedzi na zastosowane leczenie. Remisja choroby może trwać różnie długo i utrzymywać się nawet przez wiele miesięcy ale najczęściej, po pewnym czasie, dochodzi do progresji choroby lub wystąpienia objawów niepożądanych prowadzących do zakończenia pierwszego etapu leczenia. Około 70–80% chorych otrzymujących leczenie I rzutu kwalifikuje się do leczenia drugiej linii i około 50% z nich do III linii.

Według zaleceń NCCN z 2019 roku (NCCN, National Comprehensive Cancer Network) opartych na skojarzonej analizie siedmiu randomizowanych badań klinicznych nie wykazano, aby któryś z najczęściej stosowanych schematów

leczenia (FOLFOX, CAPEOX, FOLFIRI czy FOLFOXIRI) był preferowany jako najskuteczniejszy w pierwszej linii. Podobnie eksperci nie wskazali żadnego z biologicznych leków (bewacyzumab, cetuksymab czy panitumumab) jako rekomendowanego w początkowej terapii, uwzględniając oczywiście czynniki predykcyjne.

Coraz większe zainteresowanie budzą tzw. terapie podtrzymujące polegające na intensywnym leczeniu I rzutu a następnie, u chorych z dobrą odpowiedzią, kontynuowaniu terapii mniej toksycznym lekiem aż do progresji. Najczęściej stosowanymi w tego rodzaju terapiach są kapecytabina i bewacyzumab – nie są to jednak schematy stosowane standardowo. Istnieje również możliwość, szczególnie u chorych z dobrą odpowiedzią na leczenie, zawieszenia terapii i wznowienie leczenia w przypadku progresji.

W podsumowaniu chciałabym jeszcze raz podkreślić, że ciągłość opieki nad chorymi na przerzutowego raka jelita grubego wymaga sekwencyjnej strategii z wykorzystaniem wszystkich leków dostępnych w tej grupie chorych. Obecnie na świecie możliwe jest już zastosowanie więcej niż trzech kolejnych linii leczenia.

Według NCCN uważa się, że dzięki optymalizacji sekwencyjnego leczenia:

- mediana czasu przeżycia chorych na przerzutowego raka jelita grubego bez mutacji w genie RAS powinna być dłuższa niż 30 miesięcy
- u potencjalnych kandydatów do leczenia terapią anty-EGFR powinno się przeprowadzić rozszerzoną analizę mutacji RAS
- leczenie I rzutu chorych bez mutacji RAS może obejmować schemat FOLFOX lub FOLFIRI z bewacyzumabem lub cetuksymabem/panitumumabem
- leczenie podtrzymujące wydłuża czas przeżycia do progresji (PFS) i należy je traktować jako strategię leczenia pierwszego rzutu, szczególnie u osób otrzymujących oksaliplatynę
- terapia sekwencyjna z wykorzystaniem wszystkich dostępnych leków stosowanych w miarę upływu czasu powinna być uwzględniana we wstępnym planie przygotowywanym dla kwalifikowanych do leczenia chorych
- chorzy, u których potencjalnie możliwa jest resekcja przerzutów, powinni być oceniani przez chirurga w momencie wstępnej oceny ze względu na szanse na poprawę przeżycia. ■

Zawsze Pier(w)si – biegaj, zapobiegaj i zdrowiej!

W imieniu Marzeny Michalec, autorki bloga i strony internetowej *Kobieta w biegu*, zapraszamy do wzięcia udziału w bieganiu dla zdrowych piersi. Bieg Kobiet *Zawsze Pier(w)si* to cykl 8 imprez dedykowanych paniom, które odbywają się od kwietnia do października. W tym roku weźmie w nich udział nawet 15 000 kobiet! Ideą przewodnią jest promocja profilaktyki raka piersi oraz wsparcie pań, które doświadczają bądź doświadczyły choroby. ZAPISY na www.kobietawbiegu.pl.

WROCŁAW - 19.04.2020

GLIWICE - 26.04.2020

(szacowane otwarcie zapisów: koniec stycznia)

ŁÓDŹ - 10.05.2020

(szacowane otwarcie zapisów: koniec stycznia)

GDYNIA - maj 2020

ŚWIDNICA - 30.05.2020

(szacowane otwarcie zapisów: koniec lutego)

KRAKÓW: 13.09.2020 (do potwierdzenia)

(szacowane otwarcie zapisów: koniec maja)

POZAŃ: 4.10.2020

(szacowane otwarcie zapisów: koniec maja)

WARSZAWA: 11.10.2020

(szacowane otwarcie zapisów: koniec maja)



Styczniowa lista refundacyjna – nowe leki w onkologii

Pod koniec grudnia Ministerstwo Zdrowia ogłosiło najnowszą listę refundacyjną zawierającą kilka zmian, ważnych dla chorych onkologicznie.

Pod wpływem nacisków organizacji pacjenckich i środowiska lekarskiego MZ otworzyło nową linię leczenia dla chorych na nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka piersi. Opisywana szeroko w mediach Kadcyła (kombinacja trastuzumabu i emtanzyny) będzie w końcu dostępna w programie „Leczenie raka piersi”. Ponadto, aby w pełni zabezpieczyć terapię pacjentek z rakiem piersi w ramach refundacji aptecznej refundowane będą leki zawierające anastrozol, letrozol i eksemestan we wskazaniu pozarejestryjnym: „Hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL”.

Styczniowa lista refundacyjna niesie nową nadzieję pacjentów z ostrą białaczką szpikową: rozszerzone zostały wskazania leku Vidaza (azacitidinum). Dzięki temu będzie można objąć leczeniem szerszą grupę chorych.

Od początku 2020 roku w programie „Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD – 10 C82, C83)” Lek Gazyvaro (obinutuzumab) będzie stosowany w pierwszej i kolejnych liniach leczenia tego nowotworu. Decyzja ta spowodowała obniżenie ceny leku o 25% we wszystkich wskazaniach refundacyjnych.

Ostatnią z nowości na styczniowej liście refundacyjnej jest kolejny inhibitor ALK – farmaceutyk Zykadia (ceretynib), dostępny w ramach programu „Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca”.

Źródło: zwrotnikraka.pl

Stomia: nie taki diabeł straszny...



Z Prezesem Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Andrzejem Piwowarskim rozmawia Alicja Kałużny.

Jaki procent osób z wylonioną stomią to pacjenci onkologiczni lub osoby, które przebyły chorobę nowotworową?

Ten odsetek wynosi około 75%. Głównie chodzi o raka jelita grubego (czyli mówimy o rozpoznaniach wg ICD 10 od C-18 do C-21). Mamy też osoby z urostomią w przebiegu nowotworów pęcherza moczowego (około 90%) czy innych organów układu moczowego. Jest też duża liczba osób z innymi rozpoznanymi chorobami nowotworowymi, u których stomia pojawiła się w wyniku np.

powikłań po radioterapii. Pozostałe przyczyny wyłaniania stomii to urazy, wady wrodzone, choroby zapalne jelit, krwawienia z przewodu pokarmowego i przetoki okołoodbytnicze.

Wiele osób podchodzi z lękiem do tematu stomii. Tymczasem z relacji wielu stomików wynika, że „nie taki diabeł straszny” i że możliwe jest zachowanie dotychczasowej jakości życia.

Na pewno jest to pytanie, na które nie ma jednej uniwersalnej odpowiedzi. Lęk przed czymś nowym, nieznanym jest naturalną reakcją obronną każdego człowieka. Czasem jest on niestety podsycany przez inne osoby, oby tylko nie były ze środowiska medycznego. Jest też wiele czynników, które powodują, że inaczej będzie reagowała osoba

młoda, inaczej starsza, ale tak naprawdę to zależy od naszych indywidualnych predyspozycji, charakteru, temperamentu czy doświadczeń. Każdy bowiem ma inne procesy adaptacji, akceptacji i inaczej podchodzi do swoich „potyczek z życiem”. Osobiście uważam, że ogólnie jesteśmy zdolni do adaptacji do bardzo różnych sytuacji wynikających z niepełnosprawności, choroby, a boimy się tak naprawdę tylko bólu, odrzucenia i samotności. Poza tym zawsze koronnym argumentem jest, że stomia to pewnego rodzaju cena za uratowanie życia. Wiele osób wraca do pracy, osoby ze stomią powracają do swoich pasji, zainteresowań, podróży, po prostu prowadzą czynne życie zawodowe, społeczne i osobiste.

Jak zatem wygląda życie ze stomią, co się zmienia po jej wyłonieniu?

Tak naprawdę to my, stomicy, mówimy, że nie zmienia się nic oprócz miejsca wydalania. Oczywiście bardzo trudno przyjąć to za pewnik na początku zmagania ze stomią, ale po pewnym czasie większość z nas dochodzi do tego wniosku. Początki bowiem są bardzo trudne, a procesy adaptacji bardzo indywidualne. No i oczywiście zmienia się obraz naszego ciała, co dla niektórych osób jest wielką traumą. Kolejna rzecz to brak kontroli nad wydalaniem i ciągle pozostająca „z tyłu głowy” myśl, że jesteśmy zdani na zawodność lub niezawodność przyklejonego do

powłok brzusznych worka. I tu dochodzi do drażliwego tematu, jakim jest zaopatrzenie w sprzęt stomijny i system refundacji w naszym kraju. Musimy też podkreślić, że inaczej ma się sprawa przy różnych rodzajach stomii, czyli kolostomii (na jelicie grubym), ileostomii (jelito cienkie), urostomii (układ moczowy). Wiąże się to głównie z rodzajem wydalanego treści. W przypadku kolostomii treść na charakter bardziej stały; czasem następuje powrót do jednego lub dwóch wydażeń w ciągu doby, oczywiście nie w początkowym okresie po operacji czy w przebiegu leczenia chemioterapią. Znaczenie ma też to, na jakim odcinku jelita grubego jest wyłonienie, bowiem im mniej go pozostało, tym treść będzie bardziej luźna.

W przypadku ileostomii mamy do czynienia z częstszym wydalaniem, ma ono postać płynną i półpłynną, bowiem woda jest wchłaniana w jelicie grubym. Dlatego też ileostomiccy używają worków tzw. odpuszczalnych, aby w każdej chwili móc pozbyć się balastu, bez niepotrzebnego, częstego zmieniania sprzętu. Tak więc zmiennych wpływających na sposób funkcjonowania jest bardzo dużo.

Czy są rzeczy, których nie można już robić i przeciwnie, w czym stomia nie przeszkadza?

Zależy to od wielu czynników jak wiek, ogólna kondycja zdrowotna czy nasza



zwykła codzienna aktywność przed chorobą. Tak naprawdę ograniczenia tkwią w nas samych. Naturalnie przeciwwskazana jest ciężka praca, podnoszenie czy też dźwiganie cięższych przedmiotów. Natomiast sama stomia nie ogranicza nas w korzystaniu z uroków życia, jak podróże, sporty, pływanie, jazda na rowerze, na nartach. Są stomicy, którzy wspinają się w Alpach czy nawet Himalajach, ale dla wielu aktem odwagi bywa opuszczenie własnego pokoju czy mieszkania. Dotyczy to zwykle pierwszych miesięcy po operacji, ale czasami może trwać dłużej. Zadaniem dla otoczenia jest wtedy dotarcie do pacjenta, aby przełamać jego lęk. I tu z pomocą przychodzą wolontariusze stomijni (są to osoby funkcjonujące ze stomią od kilku lat po odpowiednim przygotowaniu merytorycznym), bo ktoś inny jest w stanie przekonać, że życie ze stomią może być normalne?

Stomia nadal często bywa tematem tabu. Zdarza się, że wytonienie stomii, które wiąże się ze zmianami w codziennym funkcjonowaniu, wpływa na kondycję psychiczną i możliwości adaptacji psychosocjalnej pacjentów. Co Pan radzi takim osobom i ich bliskim?

Najważniejszym elementem jest wsparcie rodziny i najbliższych. Nie jest to łatwe, bo zwykle żadna ze stron nie jest przygotowana na taki scenariusz. Bunt i odrzucenie jest naturalnym stanem, trwa dłużej lub krócej i każdy pacjent ma swój czas na adaptację. Dobrze by było, aby nowy stomik otrzymał wsparcie zespołu multidyscyplinarnego, czyli lekarza, pielęgniarki, psychologa, dietetyka oraz wo-

lontariusza stomijnego. W Polsce dalej zapomina się o pracowniku socjalnym, który tu też powinien się znaleźć. Na początku dla rodziny, a później już dla samego stomika, aby odnaleźć się w gąszczu naszych przepisów i uregulowań prawnych.

Na ile Narodowy Fundusz Zdrowia wspiera stomików?

Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje naszymi pieniędzmi ze składek, więc ochrona zdrowia i życia wszystkich ubezpieczonych to jego podstawowe zadanie. Jednym z elementów tego systemu jest zaopatrzenie w wyroby medyczne, do których zalicza się sprzęt stomijny i środki do pielęgnacji stomii. Sprzęt stomijny jest refundowany w 100%, ale tylko do pewnych limitów, czyli mamy 300 zł w przypadku kolostomii, 400 zł ileostomii i 480 zł urostomii. Limity te niestety nie były waloryzowane od 2003 roku. Po uwzględnieniu inflacji oraz wprowadzenia VAT-u, najpierw 7%, a potem 8%, widać zapóźnienia. Trzeba dodać, że w ramach tego limitu są też środki do pielęgnacji, które tym samym pomniejszają limit samego sprzętu. Pewne grupy osób mają możliwość zwiększenia tego limitu, są to osoby korzystające z zapisów ustawy „Za życiem” oraz osoby z orzeczoną znaczną stopniem niepełnosprawności (po 16 roku życia) i dzieci do 16 roku życia ze wskazaniami w pkt 7 i 8 orzeczenia o niepełnospraw-

ności – mowa o ustawie o szczególnych rozwiązaniach dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, która weszła w życie 1 lipca 2018 r. Można się zastanawiać, czy nie jest to jednak pewne ograniczenie równego dostępu do sprzętu stomijnego.

Czy nowy kształt ustawy refundacyjnej wyrobów medycznych zmienił na lepsze sytuację osób ze stomią?

Tak naprawdę wyzwaniem będzie obecna zmiana systemu wypisywania i realizacji wniosków na wyroby medyczne, która wchodzi w życie od 1 stycznia 2020 r. (podobnie jak e-recepta będzie realizowana w formie elektronicznej). Może się bowiem okazać, że zamiast być lepiej, na początku będą problemy. Nie wiemy tak naprawdę, jak to wszystko za funkcjonuje, zwłaszcza w małych ośrodkach i miejscowościach. Widzimy pewne zagrożenia i mamy podstawy do tego, aby sądzić, że może dochodzić do nierówności oraz ograniczania swobody dostępu do wyrobów medycznych.

Jak pod względem zaopatrzenia w sprzęt stomijny i opieki nad osobami z wyłonią stomią wygląda Polska na tle innych krajów Unii Europejskiej?

Na tle krajów tzw. „starej Unii” wypadamy raczej mizernie, bo tam zwykle dostęp do sprzętu stomijnego jest nieograniczony – to pacjent jest podmiotem i wokół niego i dla jego potrzeb jest

skrojony system refundacji. W gronie państw Grupy Wyszehradzkiej, bo tu najłatwiej jest się porównywać, też nie jesteśmy w czołówce. Czesi oraz Słowacy mają dużo lepsze i większe limity, a nawet dodatkowe limity na środki do pielęgnacji czy inne elementy wsparcia pacjentów.

Dlaczego te sprawy są tak ważne dla stomików? Z bardzo prostej i prozaicznej przyczyny – bez wystarczającego dostępu do sprzętu stomik nie funkcjonuje. Proszę sobie wyobrazić, że obecnie pacjent ma dostęp średnio do jednego woreczka jednoczęściowego dziennie. Na tyle wystarczają obecne limity miesięczne. Przedstawię to bardziej obrazowo przy pomocy pewnego porównania: to tak, jakby każdy „zdrowy” człowiek tylko raz dziennie mógł odwiedzić toaletę. Przy tak zaplanowanych limitach stomik skazany jest na ciągłe przebywanie w pobliżu łazienki, a w przypadku ileostomii i urostomii

jest cały czas zalewany, bo nie ma zwieraczy i ma żadnej kontroli nad wydalaniem! Oczywiście ciężko jest to zrozumieć komuś, kto nie miał do czynienia ze stomią, chociaż można tu przywołać porównanie z biegunką... i przy takiej „bieguncie” ograniczamy komuś pobyt w toalecie do jednego razu na dobę.

Ostatnie pytanie: pacjenci po wyłoniu stomii często czują się jak przysłowiowe dzieci we mgle. W szpitalu otrzymują (lub nie) wyłącznie elementarne informacje na temat obsługi sprzętu stomijnego. Gdzie szukać wsparcia i informacji na temat życia ze stomią?

Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO jest jedną z najstarszych organizacji pacjentów (formalnie zarejestrowaną w 1987 r.), która prowadzi 20 oddziałów regionalnych w całym kraju. Tu można przyjść, spotkać się z innymi stomikami, porozmawiać i poczuć się swobodnie.



Andrzej Piwowarski (z prawej) z członkami towarzystw stomijnych z Czech, Słowacji i Islandii



Nasza działalność to wsparcie samopomocowe prowadzone przez samych stomików, którzy ze stomią żyją szczęśliwie od wielu, a nierzadko kilkadziesiąt lat. Naszym głównym zadaniem jest edukacja samych stomików, rodzin i współpraca ze środowiskami medycznymi – lekarzami, pielęgniarkami, psychologami. Najlepiej, aby pacjent miał dostęp do fachowej poradni stomijnej wspieranej przez wolontariat pacjentów ze stomią. Chcielibyśmy też, aby tam, gdzie nie ma poradni stomijnych, taką rolę odgrywały pielęgniarki środowiskowe. To pewnie „melodia przyszłości”, ale zdajemy sobie sprawę, że jest wiele białych plam na mapie Polski i wielu stomików, zwłaszcza chorych terminalnie, którzy sami nie dotrą do poradni, jeśli takowa w ogóle funkcjonuje. Chciałem podkreślić, że my pomagamy stomikom, nie wchodząc w kompetencje lekarzy, pielęgni-

rek czy psychologów i w razie takich problemów odsyłamy do specjalistów. Są przede wszystkim poradnie stomijne lub koloproktologiczne, lub też chirurgiczne czy pielęgniarskie punkty konsultacyjne. Oczywiście są też infolinie firm stomijnych, do których można zadzwonić. Wszystkie informacje odnośnie przepisów, limitów, kontaktów, firm stomijnych i dystrybutorów są na naszej stronie internetowej www.polilko.pl.

Zachęcam do kontaktu z nami w oddziałach – lista dostępna jest również na naszej stronie w zakładce „Oddziały”. Po kliknięciu na poszczególne oddziały wyświetlają się dane kontaktowe, czasem również terminy spotkań. Zapraszam też do pisania na adres e-mail polilko@polilko.pl lub na maile oddziałów, a przede wszystkim polecam kontakt telefoniczny pod numerem (660 479 242). ■



RADOŚĆ Z ŻYCIA

Hanna Hybicka. Stomiczką jest już od dziewięciu lat. Powodem był zaawansowany rak jelita grubego. Cały czas jest bardzo aktywna. Wspomaga innych stomików poradami, statystuje w filmach, tańczy, pływa i jeździ na łyżwach.

Jestem przykładem na to, że stomia nie jest końcem świata. Cały czas można być aktywnym i staram się to przekazać. Stwierdzenie, że rak to wyrok śmierci jest stereotypem. Spotykam się z pacjentami, którzy mówią, że boją się operacji. Ja mówię im wprost: tego „bydlaka” trzeba usunąć.

Przed operacją byłam na rencie. Zajmowałam się domem i rodziną. Teraz mam więcej zajęć. Dorabiam statystowaniem w filmach. Prowadzę zajęcia dla pacjentów onkologicznych i ptasią terapię. Robię wszystko żeby nie siedzieć w domu. Daje mi to też ogromną radość.

Moje życie po wyłonieniu stomii nie zmieniło się aż tak bardzo. Oczywiście z niektórych rzeczy musiałam zrezygnować. Kiedyś bardzo lubiałam skoki do wody. Teraz tego już nie mogę robić ale odnalazłam inne pasje tańczę taniec latynoamerykański, który jest bardzo dynamiczny. Bardzo go lubię. Czasami nawet młodzi nie dotrzymują mi kroku. Ja czuję jakbym dostała drugie życie. Nie potrafię usiedzieć w miejscu, chcę z tego życia czerpać jak najwięcej. Pływam, jeżdżę na łyżwach. Nie czuję ograniczeń.

Czuje się młoda duchem. Tak też staram się wyglądać. Ubięram się nowocześnie. Nie czuję ograniczeń. Chodzę w wąskich spódnicach, noszę leginsy. Latem zakładam szorty. Chodzę na dyskoteki, karaoke. Cały czas staram się czerpać z życia jak najwięcej. Czuję jakbym dostała drugą szansę. Najważniejsze to siebie zaakceptować, ja tak zrobiłam.

FAKTY I MITY NA

FAKTY

- Bardzo ważne jest prz odpowiedniej diety. S lepiej unikać.
- Urotomiccy są bardziej dróg moczowych.
- Mając stomię, można

MITY

- Po wyłonieniu stomii sportu.
- Po operacji trzeba ust restrykcyjną dietę.
- Po wyłonieniu stomii żować.
- Po wyłonieniu stomii



STOMA LIFE

Fundacja STOMAlife walczy z wykluczeniem społecznym dotyczącym pacjentów stomijnych.

Celem działalności fundacji jest przełamanie tabu związanego ze stomią oraz edukacja pacjentów

i społeczeństwa w zakresie faktów i mitów z nią związanych. Jak pokazują badania, kluczowym czynnikiem ograniczającym komfort pacjentów po stomii często jest spodziewana negatywna reakcja otoczenia. Dlatego wiara w możliwość powrotu do normalnych relacji społecznych wyraźnie wpływa na poprawę samoakceptacji i odczuwaną jakość życia. W Polsce żyje ponad 50 tysięcy stomików. Każdego roku, diagnozowanych jest około 10 tysięcy przypadków raka jelita, który jest jednym z najczęstszych powodów wyłaniania stomii. Odpowiedź na pytanie „czy warto walczyć z tym tabu” nasuwa się sama.

TEMAT STOMII

y stomii zachowanie
ą produkty, których

narażeni na infekcje

urodzić dziecko.

nie można uprawiać

alać specjalną, bardzo

nie wolno podró-

nie można cieszyć się



CZYM JEST STOMIA?

Stomia jest chirurgicznie wytworzonym połączeniem części jelita z powierzchnią ciała. Konieczność przeprowadzenia operacji jej wyłonienia może być spowodowana wieloma czynnikami, które szczegółowo powinien wyjaśnić lekarz prowadzący oraz pielęgniarka.

Najczęściej jest konsekwencją występowania nowotworu jelita grubego, chorób zapalnych, polipowatości jelita grubego czy choroby Leśniowskiego-Crohna. W przypadku nieprawidłowej pracy narządu chirurg wycina chory fragment i tworzy nową drogę wypróżniania znajdującą się na ścianie brzucha. Od tego momentu wypróżnianie oraz wydalenie gazów odbywa się przez wyłonią stomię. Ze względu na pominięcie zwieracza zamykającego ujście jelita, nie ma możliwości kontroli wypróżnień i wydalenia gazów dlatego pacjent korzystać musi ze specjalnego worka stomijnego.

W zależności od zmian chorobowych, które spowodowały jej wyłonienie, występują 3 typy stomii: ileostomia, kolostomia, urostomia.

www.stomalife.pl

www.facebook.com/FundacjaSTOMAlife/



Szkolenie dla lekarzy

INTEGRACYJNE LECZENIE NOWOTWORÓW CZĘŚĆ I



Organizowane przez

EANU – Europejską Akademię Medycyny
Naturalnej i Środowiskowej w Berlinie

Cel Szkolenia



Udostępnienie polskim lekarzom wszystkich specjalizacji
aktualnej wiedzy na temat leczenia nowotworów
metodami medycyny integracyjnej



Wykładowcy

Cenieni polscy i niemieccy lekarze z uniwersyteckim i klinicznym
doświadczeniem oraz szeroką wiedzą z dziedziny medycyny
integracyjnej

Termin i miejsce



27–28 marca 2020, Berlin

Program szkolenia

27 marca (piątek)

13:00 – 13:45

Powstanie i rozwój choroby nowotworowej z punktu widzenia onkologii
integracyjnej – dr n. med. Andreas Wasylewski

13:50 – 14:35

Praktyczne podstawy onkologii integracyjnej: cz. 1 – prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński

15:05 – 15:50

Znaczenie hipertermii w leczeniu raka : cz.1 – mgr Dariusz Droś

16:00 – 16:45

Praktyczne podstawy onkologii integracyjnej: cz. 2 – prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński

17:00 – 18:15

Znaczenie hipertermii w leczeniu raka : cz.1 – mgr Dariusz Droś

18:15 – 22:00

Uroczysta kolacja dla Uczestników, Wykładowców i zaproszonych Gości

28 marca (sobota)

09:00 – 09:45

Nowe terapie immunologiczne: cz. 1 – dr hab. Sylwia Wrotek

09:50 – 10:35

Testy monitorujące efektywność terapii: cz. 1 – dr Monika Pizoń

10:40 – 11:25

Nowe terapie immunologiczne: cz. 2 – dr hab. Sylwia Wrotek

11:40 – 12:25

Testy monitorujące efektywność terapii: cz. 1 – mgr Marcin Kalęba

12:30 – 13:00

Znaczenie odżywiania, ruchu i odpężenia w prewencji i leczeniu chorób nowotworowych – dr med. Andreas Wasylewski

13:00 – 14:00

Aspekty prawne integracyjnego leczenia nowotworów w Polsce. Leczenie w świetle dyrektywy transgranicznej. – wyspecjalizowana kancelaria prawna

14:15 – 15:15

Podsumowanie i zakończenie kursu. Rozdanie Certyfikatów EANU

Plan kursu II stopnia „Integracyjne Leczenie Nowotworów – część praktyczna”

Kontakt i zgłoszenia:

**EANU - Europäische Akademie für
Naturheilverfahren und Umweltmedizin**

Grottkauer Strasse 24, 12621 Berlin

tel. +48 728 867 595

+49 1606763902

e-mail aktualnosci@eanu.de

Cena kursu pierwszego stopnia: 545,00 €

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

Berliner Sparkasse

DE52 1005 0000 0190 8147 05

Cena obejmuje: koszty uczestnictwa w wykładach, w uroczystej kolacji oraz serwis kawowy w czasie przerw.

Zniżka 10% dla osób, które dokonają wpłaty przed 20 stycznia 2020 r.

Rak trzustki: nowotwór szczególnej troski



dr n. med. Tomasz Lewandowski

Specjalista onkologii klinicznej

Kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej
Radomskiego Centrum Onkologii

Klinika Onkologii i Hematologii CMKP, Warszawa

Rak trzustki to demokratyczna choroba: dotyka osoby o różnym statusie majątkowym, dotyczy tak samo kobiet i mężczyzn. W 2016 roku w Polsce zachorowało na ten nowotwór około 1700 kobiet i 1700 mężczyzn. Zmarło na niego około 2400 mężczyzn i 2500 kobiet.

Nie jest to częsty nowotwór, jeśli porównać go z liczbą zachorowań na inne rodzaje raka. Zajmuje 10. miejsce wśród nowotworów atakujących mężczyzn i 13. miejsce wśród kobiet. Inaczej jest już jednak w przypadku zgonów spowodowanych tą chorobą. Rak trzustki plasuje się na 6. miejscu w przypadku mężczyzn i 5. miejscu w przypadku kobiet.

Łącznie z powodu raka trzustki umiera rocznie blisko 5 tysięcy osób. Dla porównania – według danych Komendy Głównej Policji w 2018 roku na polskich drogach zginęło ponad 2800 osób. Niestety zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn wyniki leczenia raka trzustki nie wyglądają korzystnie na tle innych nowotworów. W tej chwili jesteśmy w stanie skutecznie leczyć raka trzustki, zapewniając przynajmniej pięcioletnie przeżycie co dziesiątemu choremu. Tymczasem polska średnia dla ogółu nowotworów przekracza 50%. Postęp onkologii jest bardzo duży, technologii – jeszcze większy. Nie przekłada się on jednak na postęp w leczeniu tego nowotworu. W Polsce już 5% spośród wszystkich pacjentów onkologicznych umiera z powodu raka trzustki.

Według amerykańskich szacunków w najbliższej dekadzie rak trzustki będzie drugą przyczyną śmierci z powodu chorób nowotworowych w Stanach Zjednoczonych. Warto potraktować poważnie prognozy zza oceanu, ponieważ w Polsce – z pewnym opóźnieniem – pojawiają się te same problemy, co w USA i z dużym prawdopodobieństwem będziemy mieli do czynienia z podobną sytuacją.

Dlaczego sytuacja przedstawia się tak niekorzystnie? Ponieważ u blisko 90% pacjentów w momencie rozpoznania choroby występuje już stadium zaawansowane. Choroba jest zaawansowana miejscowo (przekroczyła granice narządu) lub występują przerzuty odległe. A wyniki leczenia zależą bezpośrednio od stopnia zaawansowania nowotworu. W najwcześniejszym stadium zaawansowania, miejscowym, można liczyć na wyleczenie 30% chorych. Wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania choroby szanse przeżycia spadają.

Dlaczego pomimo zaawansowanych technik diagnostycznych rak trzustki w 90% rozpoznawany jest w stadium zaawansowanym miejscowo lub z przerzutami? Między innymi dlatego, że komórki raka trzustki szybko nabywają umiejętności przenikania poza swoje najbliższe sąsiedztwo. Szybko migrują, szybko dają przerzuty. Przy zmianach wielkości 1 centymetra aż w jednej trzeciej przypadków mogą już istnieć zmiany przerzutowe. W przypadku guzów pierwotnych wielkości 3 centymetrów ryzyko wystąpienia przerzutów odległych wynosi już 90%. Nawet w grupie chorych, którzy kwalifikują się do pierwotnego leczenia chirurgicznego (20–30% rozpoznawanych przypadków raka trzustki w Polsce) u jednej czwartej z nich dochodzi do nawrotu w ciągu pierwszego roku po operacji w postaci wznowy miejscowej lub przerzutów odległych.

Jesteśmy przyzwyczajeni do myślenia, że jeżeli choroba szybko wydostaje się poza swoje ognisko pierwotne, optymalnym postępowaniem terapeutycznym dla takich chorych jest leczenie systemowe, mające zabezpieczyć ich przed rozwinieniem się



Oddział Onkologii Klinicznej – Radomskie Centrum Onkologii

przerzutów. Konsekwencją tego podejścia były badania nad tzw. leczeniem uzupełniającym – pooperacyjnym, nie mniej ważnym od samej operacji. Od ponad dziesięciu lat onkolodzy uznają, że to leczenie przynosi korzyści pacjentom (jako pierwsze jednoznacznie potwierdziło to niemieckie badanie CONKO₁ z użyciem gemcytabiny). Choć różnice w odsetkach przeżyć i wydłużenie mediany czasu przeżycia (o ok. 3 miesiące) mogą nie wydawać się imponujące, to leczenie to daje zdecydowanie większe szanse przeżyć wieloletnich. W przeżyciu pięcioletnim różnica jest ponad dwukrotna.

Ostatnie lata przyniosły kolejne argumenty za celowością leczenia uzupełniającego i nowe schematy postępowania terapeutycznego, Badaniem, które zmieniło standardy postępowania w raku trzustki, było badanie PRODIGE₂₄. Porównano w nim pacjentów poddanych po operacji agresywnej chemioterapii wielolekowej, z zastosowaniem fluorouracylu, oksaliplatyny i irynotekanu, schematem FOLFIRINOX, zwykle związanym z wysoką toksycznością, z grupą chorych poddanych leczeniu chirurgicznemu i chemioterapii gemcytabiną. Wykazało ono przewagę chemioterapii wielolekowej nad monoterapią. U tych chorych, którzy przebyli bardziej intensywne leczenie, mediana przeżycia wynosiła ponad 50 miesięcy, podczas gdy, według danych pochodzących



Oddział Onkologii Klinicznej – Radomskie Centrum Onkologii



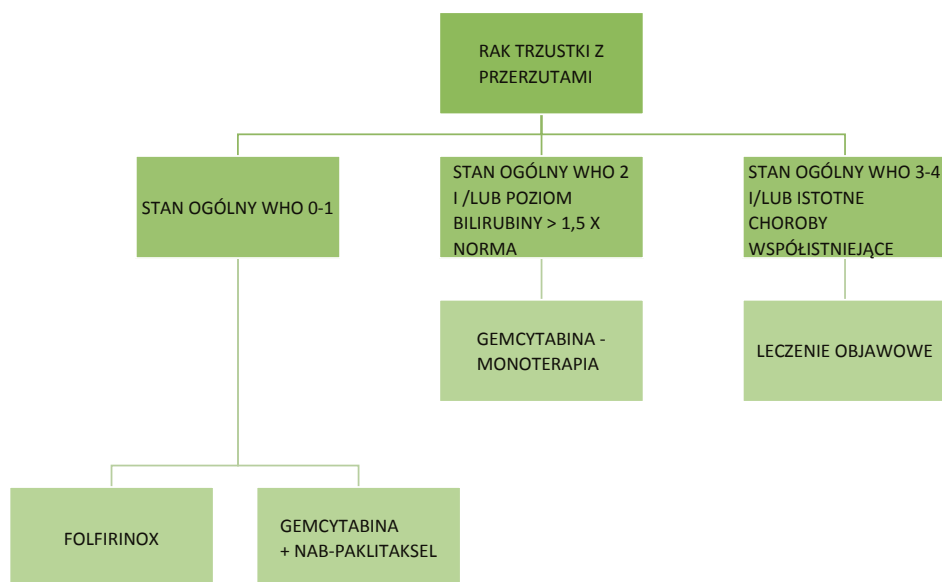
Oddział Onkologii Klinicznej – Radomskie Centrum Onkologii

z innych badań, u pacjentów leczonych operacyjnie bez leczenia uzupełniającego wskaźnik ten wynosił maksymalnie 18–20 miesięcy.

Pomimo postępu w zakresie leczenia pooperacyjnego większość pacjentów z rakiem trzustki nie zostaje poddana leczeniu radykalnemu, lecz jest leczona z powodu choroby nieoperacyjnej lub przerzutowej. Do końca ubiegłego wieku opcje terapeutyczne dla tych chorych były bardzo ograniczone. Prowadzone pod koniec lat 90. XX w. badania wskazywały na niewielką korzyść, w zakresie przeżycia, z leczenia gemcytabiną. U jednej czwartej chorych leczonych tym lekiem choroba miała jednak inny przebieg niż u pacjentów nieleczonych. Mieli oni mniejsze dolegliwości bólowe, zgłaszali niższe zapotrzebowanie na środki przeciwbólowe, utrata masy ciała także była mniejsza. Gemtacybina zapewniała zatem około jednej czwartej pacjentów wyższą jakość życia i dawała możliwość lepszego funkcjonowania. Od tej pory chemioterapia zaczęła być coraz powszechniej stosowana w leczeniu raka trzustki. Obecnie wybór opcji terapeutycznej dla pacjenta z rakiem trzustki podejmowany jest w oparciu o analizę, która z dostępnych form leczenia ma szansę przynieść pacjentowi największą korzyść.

Wiele zależy od tego, w jakim stanie ogólnym jest pacjent przed pierwszą linią leczenia. Ponieważ leczenie wielolekowe (fluorouracyl, oksaliplatyna, irynotekan) jest bardziej obciążające niż terapia gemcytabiną, jest ono adresowane głównie do chorych w dobrym stanie ogólnym. Dla osób w słabszym stanie ogólnym optymalną opcją leczenia może być nab-paklitaksel z gemcytabiną albo sama gemcytabina. U części chorych w złym stanie ogólnym korzystniejsze bywa wyłączone leczenie objawowe.

Obok prac nad nowymi lekami obecne badania zmierzające do poprawy wyników leczenia choroby zaawansowanej przebiegają dwoma zasadniczymi ścieżkami. Pierwsza polega na próbie utrzymania korzyści z chemioterapii I linii (leczenie podtrzymujące), drugą stanowi możliwość leczenia kolejnych linii. U chorych z obecnością mutacji w genach BRCA1 i BRCA2, PALB2 korzystne jest stosowanie inhibitorów PARP (np. olaparibu). Nosicielami tych wadliwych genów jest jednak najwyżej co dziesiąty chory na raka trzustki, a występowanie różnych genetycznych czynników predyspozycji szacuje się na jedną piątą pacjentów. Inhibitory PARP nie są obecnie zarejestrowane w Europie w tym wskazaniu. W leczeniu drugiej linii dostępne są dwie opcje (w zależności od tego, jakie leki chory otrzymał w leczeniu I linii). Jeśli pacjent był leczony gemcytabiną w monoterapii bądź z nab-paklitaksel, można zastosować u niego chemioterapię opartą o oksaliplatynę lub nanoliposomalny irynotekan w skojarzeniu z fluorouracylem. Nanoliposomalny irynotekan nie jest refundowany, więc pomimo korzystnych wyników badań klinicznych ta opcja terapeutyczna nie może być stosowana w Polsce. Badania dotyczące zastosowania oksaliplatyny są sprzeczne, jeśli chodzi o korzyści z tego leczenia. W praktyce to oksaliplatyna, jako lek refundowany, jest najczęściej stosowana w drugiej linii leczenia w skojarzeniu z fluorouracylem. U chorych leczonych w pierwszej linii programem FOLFIRINOX racjonalnym wyborem po progresji choroby są schematy oparte o gemcytabinę.



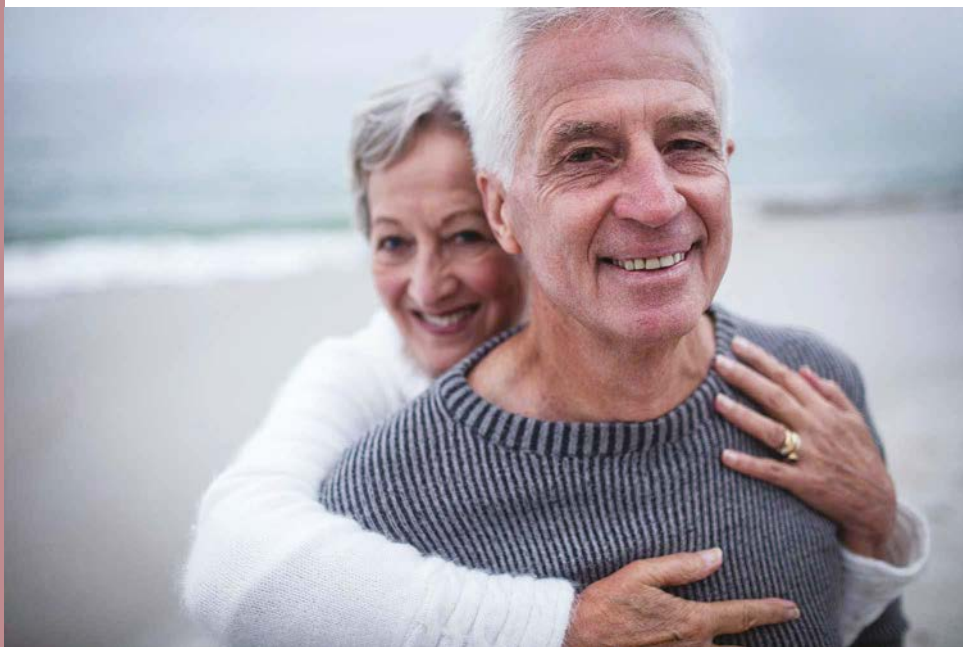
Ogólnie rzecz biorąc, dobór terapii w drugiej i kolejnych liniach leczenia zależy od tego, jak dotychczas chory był leczony, od jego stanu ogólnego i ograniczeń wynikających np. z chorób współistniejących.

W Polsce jednak część opisanych możliwości jest niedostępnych. Np. nab-paklitaksel w połączeniu z gemtacybiną jest w naszym kraju dostępny tylko w pierwszej linii leczenia choroby przerzutowej u chorych z przeciwwskazaniami do schematu FOLFI-RINOX. Jak wspomniano, możliwości zastosowania nanoliposomalnego irynotekanu są istotnie ograniczone z powodu braku refundacji. Nie ma też opcji zastosowania inhibitorów PARP, chociaż można liczyć na ich rejestrację w najbliższej przyszłości a następnie, miejmy nadzieję, również refundację.

Dwa lata temu FDA po raz pierwszy dopuściła w Stanach Zjednoczonych możliwość zastosowania terapii przeciwnowotworowej niezwiązanej z lokalizacją narządową, a związanej ze statusem molekularnym chorego. Po niepowodzeniu wcześniejszych linii leczenia FDA dopuszcza możliwość zastosowania pembrolizumabu niezależnie od lokalizacji narządowych. Dotyczy to również chorych z rakiem trzustki, choć ten typ nowotworu jest stosunkowo mało immunogenny i dotychczasowe badania nad immunoterapią są mocno rozczarowujące. Niepowodzeniem zakończyła się także większość badań nad zastosowaniem w tym nowotworze leczenia ukierunkowanego, np. przeciwciał monoklonalnych przeciwko naskórkowemu czynnikowi wzrostu (EGFR) czy leków antyangiogennych.

Oczekiwanie i zapotrzebowanie na nowe formy terapii raka trzustki jest ogromne. W oczekiwaniu na nowe, coraz skuteczniejsze sposoby leczenia tego nowotworu, wobec rosnącej liczby zachorowań zdecydowanie warto pracować nad zoptymalizowaniem dostępnych opcji terapeutycznych poprzez dostosowywanie dawek, schematu i kolejności podawania leków. To samo odnosi się do leczenia okołooperacyjnego: trzeba jak najlepiej wykorzystywać formy terapii, jakimi dysponujemy, zawsze biorąc pod uwagę szereg czynników związanych z wiekiem, stanem i potrzebami pacjenta oraz uwarunkowania związane z rozwojem choroby. Należy znaleźć miejsce dla radioterapii, zwłaszcza stereotaktycznej, mogącej być pomocną w grupie chorych objętych leczeniem przed – i pooperacyjnym, a także poszukiwać nowych celów terapeutycznych i nowych leków lepiej wpływających na metabolizm komórek nowotworowych niż klasyczna chemioterapia. Warto też upowszechniać wczesne leczenie objawowe (paliatywne) umożliwiające pacjentom dłuższe zachowanie dobrej jakości życia, a tym samym zapewniające większe możliwości leczenia. ■

Wychodzenie z choroby nowotworowej – rehabilitacja psychiczna i społeczna



Czym jest jakość życia? Jest ona postrzeganiem przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje oraz relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań. Krótko mówiąc, jest nią wszystko to, co wpływa na sposób odbierania przez człowieka rzeczywistości. Składają się na nią takie czynniki jak zdrowie (fizyczne, psychiczne, duchowe), praca, dochody, życie rodzinne i społeczne, warunki bytowe, wykształcenie, warunki środowiskowe, poczucie bezpieczeństwa, zaangażowanie społeczne, równowaga między pracą a życiem prywatnym, infrastruktura, mobilność, możliwość korzystania z dóbr kultury i sposób spędzania wolnego czasu.

Jeśli chodzi o jakość życia zależną od zdrowia, stanowi ją poczucie człowieka co do jego stanu fizycznego, psychicznego (i duchowego) oraz pozycji społecznej (związanej z życiem rodzinnym i pracą zawodową).

Nie da się ukryć, że choroba nowotworowa prowadzi do niepełnosprawności. Wiąże się z nią czasowa lub stała utrata zdolności do normalnego funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, ale i psychologicznym oraz społecznym. O niepełnosprawności fizycznej (związanej np. z utratą narządu, powikłaniami leczenia onkologicznego) mówi się dużo, natomiast często pomija się kwestię niepełnosprawności na polu psychicznym (psychologicznym) oraz społecznym (zawodowym), której przyczyną jest choroba nowotworowa.

Co się dzieje z pacjentem, który kończy leczenie onkologiczne?

Po zakończeniu leczenia onkologicznego (najczęściej długotrwałego) człowiek przestaje być pacjentem – przestaje odgrywać rolę, jaka była jego udziałem przez miesiące, niekiedy lata. Nagła zmiana powoduje, że często nie wie, jak ma się czuć, zachowywać, w końcu – jak żyć. Okres terapii przeciwnowotworowej jest wypełniony wizytami u lekarzy, badaniami, pobytami w szpitalu i przychodniach, ciągłymi pytaniami o stan zdrowia i samopoczucie, troską personelu medycznego i bliskich, przestrzeganiem zaleceń lekarzy i koncentracją na leczeniu. Po zakończeniu leczenia wszystko to się kończy, a pojawia się dezorientacja i nieuchronne pytania. Czy mam się cieszyć z końca terapii i czy jej zakończenie oznacza, że



INFORMACJE O AUTORCE ARTYKUŁU

Dr n. med. Monika Rucińska

Lekarz specjalistka radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej i medycyny paliatywnej, psychoonkolog. Kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej i Psychoonkologii Katedry Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Lekarz Zakładu Radioterapii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie oraz Hospicjum Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie. Prowadzi zajęcia, kursy i szkolenia przed i podyplomowe dla studentów, lekarzy, pielęgniarek, psychologów i innych pracowników służby zdrowia z zakresu onkologii, medycyny paliatywnej i psychoonkologii. Członek Zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem.

jestem zdrowy? Czy choroba może powrócić? Jak często powinienem chodzić na badania kontrolne, jak mam postępować, by nie wróciła? Czy mogę już zapomnieć o raku i żyć tak, jak wcześniej?

Z psychologicznego punktu widzenia w momencie zakończenia leczenia onkologicznego, na które zazwyczaj czeka się z utęsknieniem, pacjent czuje się ogromnie zagubiony i pozostawiony samemu sobie. Czuje się pozbawiony dotychczasowej

opieki i wsparcia, jest niepewny swojej sytuacji i swojej przyszłości. Badania pokazują, że po zakończeniu leczenia onkologicznego pacjent nie czuje się szczęśliwy, ponieważ nie wie, co go czeka i nie umie odnaleźć się w nowej sytuacji osoby potencjalnie zdrowej (a może chwilowo zdrowej?), a w rzeczywistości obciążonej wieloma powikłaniami choroby i jej leczenia, niepełnosprawnością

Większość ludzi w momencie rozpoznania choroby nowotworowej chce tylko żyć.

Po leczeniu pacjenci chcą żyć „normalnie”, jak przed chorobą.

w szerokim tego słowa znaczeniu. W tym czasie ozdrowieńców potrzebuje specjalistycznej pomocy na różnych płaszczyznach: od poziomu fizycznego po poziom psychologiczny i społeczny (świadczenia socjalne, rehabilitacyjne, rentowe).

Większość ludzi w momencie rozpoznania choroby nowotworowej chce tylko żyć. Co się dzieje z pacjentem, który skończył leczenie onkologiczne? Zrozumiałe jest, że po przejściu ciężkiej choroby i długotrwałego uciążliwego leczenia chciałby wreszcie funkcjonować normalnie, bezpoczucia kalectwa na poziomie fizycznym, psychologicznym, społecznym czy zawodowym. Badania pokazują, że około połowa chorych wyleczonych z nowotworu wraca do dobrego stanu zdrowia i normalnego, satysfakcjonującego życia. Natomiast **aż 50% ozdrowieńców odczuwa**

bardzo długo, czasem do końca życia skutki przebytej choroby i jej leczenia – zarówno natury fizycznej, jak i te psychiczne oraz społeczne. Ta bardzo duża grupa osób wymaga szczególnego podejścia i konkretnego wsparcia i pomocy.

PROBLEM



Trudny powrót do „normalności”

Po zakończeniu leczenia pacjent ma dwie możliwości. Może starać się „włączyć” do życia, wymaga to jednak bardzo dużego wysiłku fizycznego oraz psychicznego.



Czyni tak wielu ludzi po przebytych nowotworze. **Część osób jednak, psychicznie obciążonych samym rozpoznaniem „rak”, zmęczonych leczeniem onkologicznym i jego powikłaniami, wyczerpanych napotykanymi trudnościami i problemami wyłącza się z życia, nie potrafiąc już wrócić do „normalności”.** Zarówno jeden, jak i drugi sposób reakcji pacjenta muszą zostać zweryfikowane, nie ma bowiem możliwości prostego powrotu do tego, co było „przed”. „Normalność” nie będzie tą znaną sprzed choroby, będzie to nowa „normalność”; niedawny chory musi się jej nauczyć.

Badania wskazują, że **jedna trzecia osób wyleczonych z nowotworu cierpi z powodu depresji (często nierozpoznanej), zaś jedna piąta ma objawy stresu pourazowego.** Choroba nowotworowa jest tak trudnym, dla niektórych wręcz traumatycznym przeżyciem, że może wywołać właśnie zespół stresu pourazowego. Tymczasem naturalną reakcją otoczenia wobec osoby wyleczonej z choroby nowotworowej jest oczekiwanie, że będzie się ona cieszyła z odzyskanego zdrowia, a także zdziwienie (dezaprobata) wobec odczuwanego przez nią smutku i przygnębienia. Usłyszana od lekarzy informacja: „Zakończyliśmy leczenie”, „Teraz zapraszamy tylko na kontrolę”, „Jest pan/pani zdrowy/a” to początek bardzo długiej i trudnej drogi. Człowiek szybko odkrywa, że zakończenie leczenia nie oznacza końca chorowania, cierpienia, problemów.

Dlatego też niezmiernie ważne jest zwrócenie uwagi na rehabilitację po leczeniu onkologicznym, mającą na celu poprawę jakości życia na wszystkich jego płaszczyznach. Istotna jest nie tylko rehabilitacja fizyczna, ale również psychiczna, społeczna i zawodowa. W polskim (i nie tylko polskim) systemie opieki zdrowotnej brakuje na to wystarczających środków i pomysłów, jak to robić.

- › ułatwienie podejmowania aktywności w różnych obszarach życia, również nowych aktywności związanych z „nową” rzeczywistością
- › przywrócenie równowagi psychicznej.

Rehabilitacja społeczna

Niepełnosprawność na poziomie społecznym polega na utrudnieniu lub uniemożliwieniu pełnienia ról społecznych, braku możliwości lub utracie pracy, a co za tym idzie – utraceniu dotychczasowego stanowiska zawodowego i prestiżu społecznego, zmniejszeniu dochodów (długotrwała choroba zazwyczaj skutkuje zmniejszeniem zasobów finansowych pacjenta i jego rodziny), a także braku możliwości realizacji planów (dotyczących drogi życiowej, zawodowych, dotychczasowego hobby itd.). Rehabilitacja społeczna powinna pomóc pacjentowi w powrocie do uczestniczenia w życiu społecznym, a także w samodzielnej egzystencji – chodzi tutaj o przywrócenie możliwie pełnej samodzielności społecznej (nie tylko w znaczeniu samodzielnego poruszania się, ale także przywrócenia umiejętności samodzielnego załatwiania różnych spraw: zakupów, spraw urzędowych itp.). Rehabilitacja społeczna ma również na celu umożliwienie ozdrowieńcowi korzystania ze wszystkich dóbr kulturowych i społecznych, z których chciałby skorzystać. Dysponujemy obecnie kilkoma możliwościami rehabilitacji społecznej, które możemy proponować pacjentom. Są to:

- › turnusy rehabilitacyjne
- › warsztaty
- › terapia zajęciowa
- › wsparcie organizacji pacjenckich
- › grupy samopomocy, gdzie pacjent może spotkać podobne do niego osoby, które wykażą zrozumienie dla jego przeżyć i problemów.

Rehabilitacja zawodowa

Jeżeli chodzi o rehabilitację zawodową, zupełnie w Polsce pomijaną (w naszym kraju w zasadzie możliwe jest wyłącznie przejście na rentę, która sama w sobie nie stanowi żadnej formy rehabilitacji, a bywa wręcz podsycaniem przekonania pacjenta o jego niepełnosprawności i braku przydatności społecznej), skupia się ona na powrocie pacjenta do środowiska



pracy w dotychczasowym miejscu i na dotychczasowym stanowisku. Jeśli nie jest to możliwe, ułatwia uzyskanie i utrzymanie nowego, odpowiadającego wykształceniu, możliwościom i potrzebom danej osoby zatrudnienia i w końcu, pomaga w awansie zawodowym. Osoby po przebytej chorobie nowotworowej powinny mieć możliwość korzystania z:

- › poradnictwa zawodowego
- › szkoleń zawodowych
- › przekwalifikowania zawodowego
- › przystosowania warunków (stanowisk) pracy do aktualnych możliwości (rozłożona na tygodnie lub miesiące ścieżka powrotu do pełnej aktywności zawodowej, czasowe zmniejszenie liczby godzin pracy i/lub zakresu obowiązków, stopniowe wydłużanie czasu pracy itd.)
- › pośrednictwa pracy.

Przyznanie świadczeń z zabezpieczenia społecznego jest działaniem jedynie chwilowo ratującym sytuację finansową pacjenta, czasami pogłębiającym jego bezradność, a nawet budzącym frustrację człowieka, który najczęściej chce znowu normalnie funkcjonować, również w życiu zawodowym, a nie „pobierać” świadczenie.

Wsparcie – konieczne i upragnione

Wszystkim osobom, które zakończyły leczenie onkologiczne, bardzo potrzebne jest szeroko rozumiane wsparcie. Pacjenci zazwyczaj otrzymują wsparcie ze strony bliskich – rodziny i przyjaciół, co jest oczywiście niezmiernie istotne. Równie ważne jest jednak wsparcie ze strony instytucji i profesjonalistów. Tymczasem ze wsparcia specjalistów ma możliwość skorzystania w Polsce nieznaczny odsetek pacjentów, w tym wielu – odpłatnie. Najwięcej Polaków korzysta ze wsparcia w postaci reha-



bilitacji fizycznej. Niestety, zaledwie kilka procent osób potrzebujących otrzymuje profesjonalne (i nieodpłatne) wsparcie psychologiczne ze strony psychologów i psychoonkologów. Jeszcze rzadziej udaje się po zakończeniu leczenia onkologicznego uzyskać adekwatne do potrzeb wsparcie społeczne/zawodowe. Podobnie tylko nieliczni otrzymują satysfakcjonującą pomoc duchową.

Wsparcie może mieć charakter emocjonalny lub praktyczny. Obie te formy wsparcia są bardzo potrzebne; można powiedzieć, że jedna nie może zaistnieć bez drugiej. Pacjent chce czuć się przede wszystkim wysłuchany i zrozumiany, chce, aby jego pragnienia, oczekiwania i potrzeby były zaakceptowane i w miarę możliwości realizowane. Potrzebuje okazania mu troski i zrozumienia jego problemów. Ważna jest zachęta, doping emocjonalny oraz zauważanie przez otoczenie i okazywanie uznania dla jego osiągnięć i postępu w dążeniu do „normalności”. Jednocześnie musi on otrzymać wsparcie praktyczne w postaci konkretnej pomocy: uzyskać informacje, co można zrobić, gdzie i w jaki sposób to załatwić, by mógł uniknąć niepełnosprawności na płaszczyźnie psychologicznej i społecznej oraz prowadzić satysfakcjonujące życie. Wsparcie praktyczne to też pomoc rzeczowa i materialna, która pomaga kompensować upośledzoną pozycję ekonomiczną, spowodowaną ograniczonymi możliwościami pracy zarobkowej.

Poczucie jakości życia może być modyfikowane wsparciem, jakie otrzymuje – bądź nie – jednostka.



Rak staje się chorobą przewlekłą. Oznacza to, że osób aktualnie leczonych przeciwnowotworowo i tych, które zakończyły terapię będzie coraz więcej. Musimy mieć świadomość, że będą to ludzie, którzy muszą odnaleźć nową „normalność”, a zadanie lekarzy, psychologów, innych pracowników systemu ochrony zdrowia i pracowników socjalnych polega na tym, by im to umożliwić. Wydaje się, że konieczne jest podjęcie działań systemowych zmierzających do zapewnienia osobom po leczeniu onkologicznym adekwatnego wsparcia i rehabilitacji na wielu poziomach. Sami pacjenci również mogą szukać odpowiednich dla nich rozwiązań i działań w celu uzyskania większego poczucia sprawczości i kontroli nad własnym życiem, co z kolei prowadzi do podwyższenia samooceny i poczucia własnej wartości, a ostatecznie do poprawy jakości życia. ■

Rola aktywności fizycznej u osób leczonych onkologicznie



**dr hab. n. k.f.
Sławomir Marszałek**

Zakład Fizjoterapii Onkologicznej
Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań
Zakład Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny
im. K. Marcinkowskiego, Poznań

Regularne podejmowanie aktywności fizycznej jest istotnym działaniem prozdrowotnym, które wiąże się z lepszym samopoczuciem fizycznym i psychicznym oraz z poprawą jakości życia. Jest ona szeroko rozumiana/definiowana jako „dowolna forma ruchu ciała spowodowana skurczami mięśni, przy którym wydatek energii przekracza poziomy energii spoczynkowej”.

W minionych dekadach powszechnie uważano, że aktywność fizyczna podczas leczenia onkologicznego jest przeciwwskazana, powodując dodatkowe obciążenie organizmu. Sądzono, że może ona pogorszyć skuteczność leczenia onkologicznego i tym samym zalecano pacjentom w trakcie leczenia chemioterapeutycznego cytostatykami odpoczynek i unikanie ćwiczeń fizycznych. To przeświadczenie i niechęć do realizowania aktywności fizycznej wynikały m.in. ze złego stanu psychicznego pacjentów leczonych onkologicznie oraz z fałszywego przeświadczenia, że wysiłek fizyczny działa immunosupresyjnie czy kardi toksycznie na chorego zmagającego się z chorobą nowotworową.

Współcześnie jednak obserwuje się rosnącą liczbę doniesień wskazujących na pozytywny wpływ aktywności fizycznej na chorych, którzy podczas różnego rodzaju leczenia onkologicznego podejmowali wysiłek fizyczny.

Coraz więcej badań naukowych dowodzi, że aktywność fizyczna jest niezwykle istotna jako czynnik zmniejszający ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej. Ponadto okazuje się, że nowotwór nie jest przeciwwskazaniem do jej podejmowania. Co więcej, przyczynia się ona do zmniejszania negatywnych skutków leczenia on-

kologicznego, a tym samym do poprawy jakości życia. Rolę aktywności fizycznej związanej z leczeniem onkologicznym należy rozpatrywać na trzech etapach:

- bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego,
- w trakcie prowadzenia leczenia onkologicznego,
- po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Zalecenia stosowania aktywności fizycznej u osób zdrowych

Według WHO aktywność fizyczna jest podstawowym narzędziem profilaktyki zdrowotnej. Zaleca się, by zdrowe osoby dorosłe w wieku między 18 a 65 rokiem życia realizowały umiarkowaną aktywność fizyczną przez przynajmniej 30 minut 5 dni w tygodniu lub bardzo intensywną aktywność fizyczną przez przynajmniej 20 minut 3 dni w tygodniu. WHO zaleca także uwzględnienie 2 lub 3 razy w tygodniu ćwiczeń zwiększających siłę mięśni i wytrzymałość. U osób powyżej 65 roku życia osiągnięte powinny być podobne cele, które wyznaczono młodszym i zdrowym osobom dorosłym. Jednak istotne znaczenie dla tej grupy ma trening siłowy oraz ćwiczenia poprawiające koordynację ruchową zapobiegającą upadkom.



Monkey Business – stock.adobe.com

Korzyści zdrowotne wynikające z realizowania regularnej aktywności fizycznej

W wyniku regularnej aktywności fizycznej ludzkie ciało przechodzi pozytywne morfologiczne i funkcjonalne zmiany, które dają szereg korzyści zdrowotnych, obejmujących:

- ograniczone ryzyko schorzeń sercowo-naczyniowych,
- powstrzymanie i/lub opóźnienie rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz lepszą kontrolę ciśnienia tętniczego u osób, które cierpią na wysokie ciśnienie krwi,
- dobre funkcje sercowo-płucne,
- zachowanie funkcji metabolicznych oraz niższy wskaźnik występowania cukrzycy typu 2,



Robert Kneschke – stock.adobe.com

- zwiększone zużycie tkanki tłuszczowej, pomagające w kontroli wagi ciała i zmniejszające ryzyko otyłości,
- mniejsze ryzyko wystąpienia pewnych typów raka, np. raka piersi, prostaty i okrężnicy,
- lepszą mineralizację kości w młodym wieku, przyczyniającą się do zapobiegania osteoporozie oraz złamaniom w starszym wieku,
- lepsze funkcje trawienne i regulację rytmu jelitowego,
- zachowanie i poprawę siły i wytrzymałości mięśni skutkującą lepszymi możliwościami funkcjonalnymi do wykonywania codziennych czynności,
- zachowanie funkcji motorycznych, w tym siły i koordynacji ruchowej,
- zachowanie funkcji poznawczych oraz zmniejszone ryzyko depresji i demencji,
- niższe poziomy stresu oraz związaną z tym lepszą jakość snu,
- lepszy obraz własnej osoby oraz poczucie własnej wartości, a także większy entuzjazm i optymizm,
- obniżony poziom nieobecności w pracy (urlopy zdrowotne),
- u osób w podeszłym wieku, mniejsze ryzyko upadków oraz powstrzymanie lub opóźnienie chronicznych schorzeń związanych z procesem starzenia.

Niestety według dostępnych danych od 40 do 60% populacji UE prowadzi siedzący tryb życia, który pośrednio wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością na nowotwory.



Uboczne problemy zdrowotne związane z leczeniem onkologicznym

Podczas leczenia onkologicznego szereg czynników ma negatywny wpływ na wydolność i sprawność fizyczną. Podczas radioterapii zaburzają je raczej krótkotrwałe skutki uboczne, w szczególności zmęczenie i reakcje skórne lub rzadziej występujące długoterminowe – obrzęki limfatyczne czy kardiotoxyczność. Chemioterapia ogranicza aktywność fizyczną, powodując przemijające nudności, wymioty, zapalenia śluzówki jamy ustnej, łysienie, zahamowanie czynności szpiku kostnego. Istotny negatywny wpływ mają także obserwowane: choroba zakrzepowo-zatorowa, bóle mięśniowe czy neuropatie obwodowe. Innym negatywnym efektem chemioterapii jest najczęściej występujące zaburzenie związane z leczeniem onkologicznym: uczucie przewlekłego zmęczenia. Związane jest ono bezpośrednio z obniżeniem aktywności fizycznej i tym samym ze spadkiem wydolności, co z kolei wtórnie je zwiększa. Często obserwowane przy-

bieranie na wadze, połączone z uczuciem zmęczenia, zaburzeniem czynności serca i zaburzeniami funkcji poznawczych pogłębia dezaktywację fizyczną pacjentów.

Rola aktywności fizycznej bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego

Istotny jest poziom aktywności fizycznej i wydolności u chorych z nowo rozpoznaną chorobą nowotworową jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Podjęcie terapii jest związane nie tylko z wymienionymi wyżej zaburzeniami, ale także z nasiloną beczynnością ruchową, z ograniczającym fizycznie leczeniem operacyjnym oraz ogólnym pogorszeniem stanu zdrowia. Badania wykazują, że osoby podejmujące leczenie operacyjne z ograniczoną wydolnością i sprawnością oddechową mają znacznie większe ryzyko powikłań pooperacyjnych, a tym samym niepowodzenia leczenia onkologicznego. Wyniki badań kobiet z rakiem piersi sugerują, że znacznie zmniejszają one aktywność fizyczną i liczbę ćwiczeń już od wstępnej diagnozy, a zwłaszcza podczas leczenia chemioterapią uzupełniającą. Wysoki poziom aktywności fizycznej przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego wiąże się z mniejszą nadwagą i ilością tkanki tłuszczowej, co istotnie obniża ryzyko nawrotu raka piersi oraz zwiększa szanse przeżycia. Warto mieć na uwadze, że obniżenie sprawności fizycznej podczas leczenia onkologicznego odbywa się indywidualnie. Przystępując do tego leczenia z wysoką formą fizyczną, kobiety mają większą szansę na zakończenie terapii bez istotnego zaburzenia dobrostanu fizycznego.



jamstockfoto – stock.adobe.com

Rola aktywności fizycznej w trakcie prowadzenia leczenia onkologicznego

Podczas leczenia onkologicznego coraz częściej zaleca się stosowanie wspierającej aktywności fizycznej. Przeciwdziała to połączonym efektom toksycznego leczenia onkologicznego, spadkowi wydolności i poziomu aktywności oraz wzrostowi masy ciała od 2,5 do 6,2 kg. Aktywność fizyczna w tym okresie pozwala zwiększać wydajność funkcjonalną, poprawia sprawność układu krążeniowo-oddechowego, siłę mięśniową, zakresy ruchów, a tym samym zmniejsza uczucie przewlekłego zmęczenia oraz poziom



magam – stock.adobe.com



INFORMACJE O AUTORZE

Dr hab. Sławomir Marszałek

Osteopata i fizjoterapeuta, trener lekkiej atletyki. Absolwent AWF Poznań, Sutherland College of Osteopathic Medicine (Belgia) oraz pierwszy dyplomowany osteopata wykształcony w Polsce. Fizjoterapeuta w Katedrze i Klinice Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

Specjalizuje się w leczeniu wszelkiego rodzaju dolegliwości mięśniowo-szkieletowych ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń pooperacyjnych związanych z leczeniem onkologicznym w rejonie głowy i szyi, dysfunkcji narządu głosu oraz przeciążeń i urazów sportowych.

subiektywnego wysiłku podczas codziennych czynności. Aktualnie trwają badania oceniające mechanizmy leczenia nowotworów w połączeniu z różnymi programami ćwiczeń fizycznych i istnieją przypuszczenia, że mogą mieć one istotny wpływ na osiągnięte wyniki klinicznie takie jak przeżycie oraz na zapobieganie lub łagodzenie niekorzystnych skutków toksyczności leczenia.

Nowe doniesienia wskazują, że realizacja ćwiczeń fizycznych podczas leczenia onkologicznego jest bezpieczna i pozwala zmniejszyć poziom zmęczenia, poprawia sprawność fizyczną, siłę mięśniową oraz zakresy ruchów w obrębie obręczy barkowej. Obserwuje się także zmniejszenie wrażliwości na ból oraz poprawę funkcji poznawczych i nieznaczną poprawę jakości życia.

Trening fizyczny w tym czasie stymuluje zdolności adaptacyjne mięśni szkieletowych poprzez zwiększenie liczby mitochondriów i zdolności pochłaniania tlenu. Ponadto połączenie ćwiczeń aerobowych z neoadjuwantową chemioterapią może mieć znaczący wpływ na zmniejszenie wzrostu guza i skuteczność chemioterapii w guzach litych. Pojawiają się także doniesienia, że wyższy poziom aktywności fizycznej podczas chemioterapii może wiązać się z poprawą rokowania u chorych z tymi rodzajami guzów. Ćwiczenia fizyczne w trakcie leczenia onkologicznego korzystnie wpływają na samopoczucie i poprawiają skuteczność terapii obrzęku limfatycznego, pozwalają zapobiegać utracie masy kostnej oraz niepożądanemu wzrostowi masy ciała.

Leczenie onkologiczne jest związane z przewlekłym stresem emocjonalnym. Ćwiczenia i aktywność fizyczna mają na celu zmniejszenie jego poziomu. Wyniki badań w grupach nieonkologicznych wyraż-

nie pokazują, że ćwiczenia fizyczne mają działanie przeciwdepresyjne i przeciwlękowe oraz chronią przed szkodliwymi skutkami stresu. Leczenie onkologiczne nie tylko zwiększa poziom stresu, ale także obniża poczucie własnej wartości i samoocenę szczególnie przy występowaniu mdłości, zmęczenia, utraty zainteresowań i poczucia braku czasu i braku przyjemności z ćwiczeń fizycznych. Zgodnie ze społeczną teorią poznawczą, samoocenę oraz skuteczność w działaniu kształtuje się właśnie podczas pokonywania określonych barier/granic w wykonywaniu ćwiczeń/zadań ruchowych. Ma to wpływ na wzrost pewności siebie oraz na umiejętność realizowania zadań i celów nie tylko związanych z pomyślnym zakończeniem leczenia onkologicznego.

Z tego względu pacjentki/pacjenci podczas leczenia onkologicznego powinni przełamywać własne bariery i poszukiwać indywidualnych, dających przyjemność i satysfakcję sposobów realizowania aktywności fizycznej takich jak fitness, pilates, nordic walking, marsze, marszobiegi, trening interwałowy, tai chi, aerobik, trening stepowy, taniec i in. Oczywiście powinny one być odpowiednio dostosowane do zaawansowania klinicznego, potrzeb i ograniczeń. Aby poprawić atrakcyjność, przyjemność oraz podnieść motywację w realizowaniu czynności ruchowych, warto je spędzać i prowadzić z udziałem partnerów, przyjaciół, znajomych. Warto szukać okazji, aby spędzać aktywnie czas: wybierać rower czy spacer zamiast korzystać z samochodu czy z komunikacji miejskiej, organizować aktywne wakacje, korzystać ze schodów zamiast z windy, spędzać z przyjaciółmi i ze znajomymi czas aktywnie.

Rola aktywności fizycznej po zakończeniu leczenia onkologicznego

Po zakończonym leczeniu onkologicznym aktywność fizyczna oraz rekreacyjny lub sportowy trening pozwolą na szybki powrót do docelowej sprawności fizycznej, skutecznie pozbycie się uczucia zmęczenia, normalizację składu i masy ciała oraz szybki powrót do pełnienia sprawiających satysfakcję ról społecznych czy zawodowych. Podsumowując, w świetle współczesnych doniesień leczenie onkologiczne nie powinno wiązać się z zaprzestaniem czy ograniczeniem realizowania aktywności fizycznej, a dotychczas stosowane zalecenia po oraz w trakcie leczenia choroby nowotworowej, polegające na rekomendowaniu „oszczędzającego trybu życia” czy na „unikaniu większych wysiłków fizycznych”, przestaje być prawdziwe i aktualne. ■



Rachle Fotodesign — stock.adobe.com

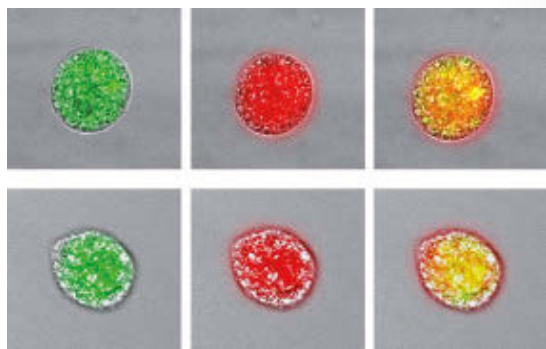
maintrac[®]

circulating tumor cells

Płynna biopsja – diagnostyka przyszłości

Krążące nabłonkowe komórki nowotworowe (CETC) są komórkami oddzielonymi od guza pierwotnego i/lub ognisk przerzutowych, które są obecne we krwi obwodowej, a ich profil antygenowy i genetyczny odpowiada charakterystyce danego nowotworu. CETC, komórki z guzów litych krążące we krwi, określają ryzyko przerzutów przenoszonych przez krew, a tym samym przebieg choroby pacjenta.

„Płynna biopsja” umożliwia monitorowanie liczby i reakcji komórek nowotworowych dla lepszego dostosowania chemioterapii. We wczesnym stadium choroby wspomaga diagnostykę nowotworu, umożliwia ocenę ryzyka powstawania przerzutów oraz monitoruje reakcję na zastosowane leczenie. W stadium zaawansowanym pozwala także na ocenę rokowania i wczesne wykrycie postępu choroby. Oznaczenie liczby krążących komórek nowotworowych metodą Maintrac możliwe jest w każdym rodzaju nowotworu nabłonkowego. Nie jest możliwe w przypadku chłoniaków i białaczek.



Wykrywanie krążących komórek nowotworowych (ang. *Circulating Tumor Cells*, CTCs) we krwi obwodowej jest przedmiotem licznych badań na całym świecie. Jedną z takich metod, która została opracowana w laboratorium dr. Pachmanna w Niemczech jest metoda Maintrac, a wykrywanie CTCs opiera się na ocenie antygenu adhezyjnego ko-

mórek nabłonkowych (ang. *epithelial cell adhesion molecule* - EpCAM). Antygen ten nie występuje fizjologicznie na nienowotworowych komórkach obecnych we krwi.

Metoda oparta jest na badaniu pobranej próbki krwi EDTA. Metoda Maintrac określa ilościowo krążące nabłonkowe komórki nowotworowe (CETC), jest wysoce powtarzalna, z powodzeniem zbadana i akredytowana. Została kilkakrotnie akredytowana w Europie zgodnie z normą DIN EN ISO 15 189. Wyniki badań są publikowane w czasopiśmie branżowych na całym świecie.

Badanie Maintrac – liczenie krążących komórek nowotworowych, ocena chemiowrażliwości

Zastosowanie płynnej biopsji umożliwia wykrycie i policzenie krążących we krwi komórek nowotworowych, jak i bezinwazyjne sprawdzenie chemiowrażliwości w dowolnym czasie trwania choroby. Z powodzeniem oznaczana jest wrażliwość CTCs na standardowe chemioterapeutyki, jak i na preparaty onkologii komplementarnej. Działanie podawanych leków może być bowiem bardzo różne dla różnych pacjentów.



Lista dostępnych leków i substancji:

- | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| • Docetaksel | • Paklitaksel | • Cyklofosfamid |
| • Epirubicyna | • Dokсорubicyna | • 5-fluorouracyl |
| • Gemcitabina | • Winorelbina | • Cisplatyna |
| • Karboplatyna | • Oksaliplatyna | • Helixor A, M lub P |
| • Iscador K, Q, U lub P | • Witamina C | • Graviola |
| • DCA (dichloroocetan) | • Sulforafan | • Hiperycyna |
| • Curcuma | • Artesunat | |

Możliwe są testy łączne leków. Niezbędna objętość 15 ml krwi EDTA może być użyta do sprawdzenia skuteczności nawet 7 substancji czynnych.

Badanie Stemtrac – indywidualna ocena ryzyka

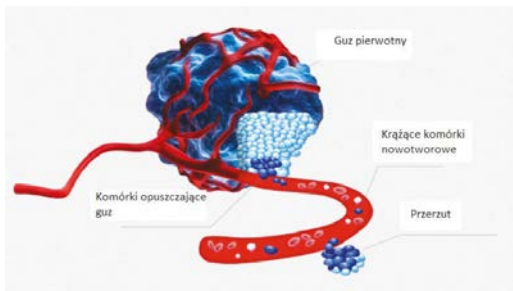
Badanie Stemtrac identyfikuje komórki zdolne do niekontrolowanej proliferacji i tworzenia przerzutów – macierzyste komórki nowotworowe. Przeprowadzenie tego badania jest korzystne w przypadku:

- wzrostu liczby CTCs, kiedy pacjent znajduje się w całkowitej remisji
- nagłego spadku liczby CTCs u pacjenta z ogniskami przerzutowymi, u którego nie jest aktualnie stosowane żadne leczenie.

Badanie Stemtrac umożliwia:

- wykrycie w krwiobiegu krążących komórek nowotworowych zdolnych do tworzenia przerzutów odległych
- przeprowadzenie indywidualnej oceny agresywności choroby
- identyfikację nisko zróżnicowanych krążących macierzystych komórek nowotworowych (ang. *Circulating cancer stem cells, cCSCs*).

Badanie Stemtrac może stanowić – obok badania Maintrac – cenne dodatkowe narzędzie diagnostyczne, służące do monitorowania leczenia choroby nowotworowej, w szczególności u pacjentów z obecnością przerzutów odległych.



Niepomyślne rokowanie w przypadku nowotworów związane jest z występowaniem przerzutów odległych. Aby doszło do powstania przerzutów, komórka nowotworowa musi:

1. opuścić guz;
2. przeżyć poza guzem;
3. przyłączyć się do innego miejsca w organizmie;
4. namnożyć się, a następnie wrosnąć w obcą tkankę.

Badanie Maintrac monitoruje komórki nowotworowe podczas pierwszych dwóch etapów. Natomiast badanie Stemtrac identyfikuje tylko komórki zdolne do niekontrolowanej proliferacji i tworzenia przerzutów. Macierzyste komórki nowotworowe są znacznie bardziej odporne na cytostatyki aniżeli zwykłe komórki nowotworowe.

Na temat możliwości, jakie daje płynna biosja, mówi Marcin Kalęba, mgr analityki medycznej, MBA, specjalista z zakresu zdrowia publicznego, od 2016 wyłączny dystrybutor testów Maintrac w Polsce.



Na jakim etapie choroby nowotworowej CTCs pojawiają się we krwi?

Niestety, już w początkowym stadium CTCs obecne są we krwi, ponieważ nawet niewielki guz zbudowany jest z co najmniej kilku milionów komórek nowotworowych i codziennie pewna ich część przenika do krwiobiegu.

Czy wszystkie CTCs mogą się osiedlać w innych organach i tworzyć przerzuty?

Na pewno nie, ponieważ zdolność rozrostu CTCs w guz jest ograniczona. Nie wiemy, dlaczego część CTCs jest zdolna zasiedlać i rozwijać się w guz w pewnych narządach, a w innych podobny proces nie zachodzi.

Znane są już metody pozwalające na oznaczenie ilości CTCs we krwi. Jedną z nich jest Maintrac.

Wykrywanie CTCs we krwi obwodowej jest przedmiotem licznych badań na całym świecie. Jedną z takich metod, która została opracowana w naszym laboratorium, jest metoda Maintrac, a wykrywanie CTCs opiera się na ocenie antygenu adhezyjnego

komórek nabłonkowych. Antygen ten nie występuje fizjologicznie na innych komórkach obecnych we krwi.

W przypadku jakich rodzajów nowotworów możemy wykonać to badanie?

We wszystkich guzach nabłonkowych, np. raku piersi, prostaty, płuc, jelita grubego. Pewne ograniczenia pojawiają się w przypadku guzów centralnego systemu nerwowego, ponieważ CTCs nie przechodzą przez nieuszkodzoną barierę krew-mózg. Jednak często bariera ta, poprzez proces nowotworowy, chemioterapie czy naświetlania, jest uszkodzona i wtedy również jesteśmy w stanie określić ilość CTCs. Metoda nie znajduje zastosowania w nowotworach układu krwiotwórczego i chłoniakach.

Jakie korzyści dla pacjenta i lekarza niesie badanie ilości CTCs?

Korzyści jest wiele, najważniejsza to monitorowanie odpowiedzi na leczenie. Przy zastosowaniu skutecznej terapii liczba CTCs spada, natomiast wzrost ich ilości powinien być sygnałem do modyfikacji protokołu leczenia. Po zakończeniu leczenia badanie Maintrac pozwala wcześniej wykryć nawrót choroby nowotworowej.

Czy przy pomocy badania Maintrac można oznaczyć wrażliwość nowotworu na leki?

W celu wykonania standardowego badania chemowrażliwości potrzebna jest tkanka nowotworowa. Wielokrotnie jest to niemożliwe lub wiąże się z wysokim ryzykiem dla pacjenta. Należy wspomnieć też o ciągłych zmianach, jakie zachodzą w komórkach nowotworowych podczas leczenia i o tym, że komórki nowotworowe wykazują wysoką heterogenność (różnorodność) pomiędzy sobą. Zastosowanie CTCs jako tzw. płynnej biopsji umożliwia bezinwazyjne sprawdzenie chemowrażliwości w dowolnym czasie trwania choroby. Oznaczamy wrażliwość CTC na standardowe chemioterapeutyki i preparaty medycyny komplementarnej.

Jakie inne badania możecie Państwo wykonać przy użyciu CTCs?

Dzięki metodzie Maintrac możemy dodatkowo charakteryzować CTCs, oceniając np. receptory estrogenowe,

progesteronowe, HER2, androgenowe, co ma istotne znaczenie w terapii podtrzymującej w raku piersi. Możemy także przy pomocy metod biologii molekularnej określić obecność mutacji istotnych przy doborze tzw. terapii celowanej.

Ile krwi należy pobrać do badania?

15 ml krwi należy pobrać do próbek K₂_EDTA i wysłać do naszego laboratorium. Maintrac pozwala na dokładne określenie liczby CTCs w próbce krwi do 72 godzin od czasu jej pobrania.

Co gwarantuje skuteczność metody Maintac?

Jej skuteczność potwierdza wiele badań naukowych publikowanych w prasie medycznej i prezentowanych na międzynarodowych konferencjach naukowych. Maintrac charakteryzuje się wysoką czułością i swoistością, ponieważ nie stosujemy żadnych metod utrwalania, zagęszczania i izolacji CTCs. Laboratorium dr. Pachman posiada od 2005 roku akredytację według norm DIN EN ISO 15189.

Perspektywy na przyszłość?

Mam nadzieję, że wkrótce ocena ilości CTCs i ich charakterystyka zagości na stałe w schematach leczenia, co może znacznie poprawić wyniki leczenia onkologicznego i dostosować leczenie do potrzeb danego pacjenta. ■

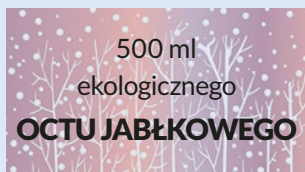
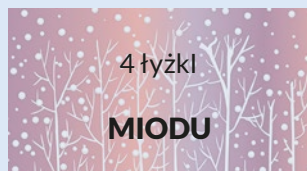
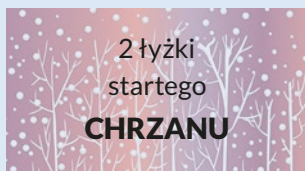
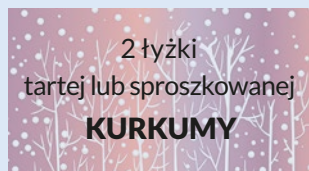
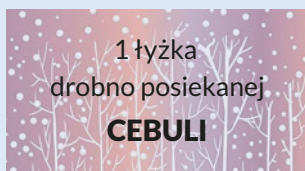
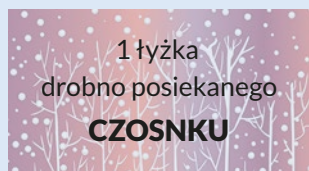
Rozmawiała Alicja Kałużny

Naturalny antybiotyk: zrób go sam!

Ponad 50% antybiotyków już nie działa. Coraz bardziej odporne na leki bakterie można znaleźć nie tylko w szpitalach, ale także np. w kanalizacji. Wielu ciężko chorych pacjentów z rakiem nie umiera z powodu guza, ale z powodu infekcji, która rozwinęła się w wyniku osłabienia układu odpornościowego po chemio- lub radioterapii.

Dlatego zaleca się stosowanie domowego ziołowego antybiotyku w różnych zakażeniach. Proponowana mieszanka, wykonana z naturalnych i wysokiej jakości surowców, jest bardzo skuteczna. Zarazki odporne na antybiotyki są pod kontrolą, a mikstura ma silne działanie przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze i przeciw Pasożytom. Jednocześnie wzmacnia układ odpornościowy.

SKŁADNIKI:



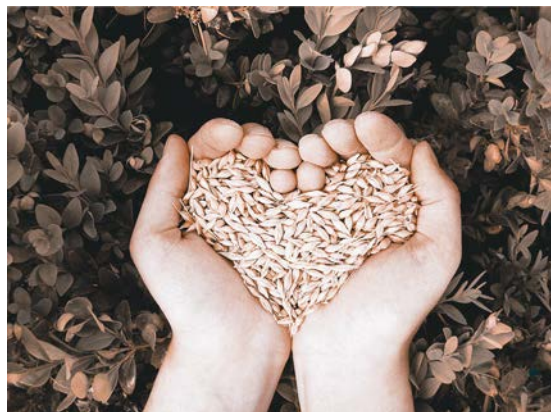
PRZYGOTOWANIE:

Wymieszaj wszystkie składniki przy pomocy blendera przez 20 sekund. Przechowuj miksturę w zamkniętym słoiku w lodówce przez maksymalnie 5 dni. Codziennie zamieszaj.

DAWKOWANIE:

Zażywaj codziennie rano i wieczorem przed jedzeniem. 1 łyżeczkę mikstury rozmieszaj w 1 szklance wody i powoli wypij.

Makrobiotyka – naturalna kuchnia, cz. 2



Bogusława Wójcik

Styl życia zależy od naszych codziennych wyborów, decyzji, a one zależą od naszej świadomości. Zrównoważone energetycznie pożywienie reguluje fizjologiczną funkcję narządów i usprawnia ich aktywność.

Zrównoważonym pożywieniem dajemy właściwy bodziec do zdrowienia. Moją rolą nie jest namawianie do stosowania zasad, których przestrzegam w swojej kuchni. Przedstawiam jedynie możliwości płynące z makrobiotycznego sposobu postrzegania tego, jak się odżywiamy i z całego serca życzę dobrych wyborów związanych z naszym stylem życia, na miarę naszych możliwości.

ZASADY KUCHNI MAKROBIOTYCZNEJ



Moczenie zbóż

Osłonki zbóż zawierają kwas fitynowy, który utrudnia wchłanianie minerałów w jelicie cienkim, wywołuje wzdęcia i czyni potrawę ciężkostrawną. W celu pozbycia się kwasu fitynowego należy namoczyć zboża na czas 8 godzin w kwaśnej wodzie (zakwaszonej

żurkiem, sokiem z kiszonej kapusty, kiszonech ogórków). Następnie odlewamy zakwaszoną wodę, ziarna dokładnie płuczemy, zalewamy wodą i gotu-

jemy w szybkowarze lub zwykłym garnku z dodatkiem wodorostów kombu i wiórków kokosowych lub nasion maku, ziaren słonecznika, dyni, orzechów. Nie trzeba moczyć kaszy gryczanej. Gotujemy ją z cebulą, grzybami shiitake, glonami arame lub wiórkami kokosowymi.

Moczenie roślin strączkowych

Ośłonki roślin strączkowych (fasola biała, czarna, czerwona, brązowa, mung, azuki, soczewica, groch żółty, zielony, ciecierzycza, soja) zawierają puryny wywołujące wzdęcia. Aby się ich pozbyć, moczymy owoce i nasiona roślin strączkowych w wodzie przez 8 godzin. Wodę następnie odlewamy, zalewamy świeżą, gotujemy z glonami kombu w szybkowarze 45 minut, po ugotowaniu solimy i doprawiamy ziołami: majerankiem, kminkiem, cząbrem, kurkumą, czosnkiem. Wyjątek stanowi fasola azuki, którą gotujemy w tej samej wodzie, w której była moczona z glonami kombu.



Przygotowanie pestek, ziaren i orzechów

Pestki dyni, słonecznika, sezamu, orzechy, migdały itd. należy moczyć w słonej wodzie, aby zniszczyć pleśń i grzyby, potem dokładnie wypłukać i moczyć przez noc. Następnie wypłukać i osuszyć w ściereczce lub wyprażyć w piekarniku w temperaturze 180 stopni. Dzięki tym zabiegom pestki, ziarna i orzechy staną się łatwiej strawne, zawarte w nich substancje łatwiej przyswajalne, a szkodliwe substancje, m.in. pleśń – zostaną usunięte. ■



Zimowe zupy – wzmocnią odporność, rozgrzeją, dadzą energii

Odporność budujemy na różne sposoby. Doskonałe ją wzmocnimy, spożywając jesienią i zimą energetyczne zupy. Zima to czas zup zagęszczonych, gotowanych dłużej i pod ciśnieniem. Idealna zupa makrobiotyczna zawsze składa się z trzech rodzajów warzyw: korzeniowych, naziemnych i liściastych. Dodatkami są wodorosty (glony, algi), suszone grzyby i różne naturalne przyprawy. Warzywa powinny być sezonowe, z lokalnych upraw. Oto przepisy na cztery przepyszne zimowe zupy.

Zimowa zupa z brukselką

Składniki:

**brukselka, marchew
seler, jarmuż
suszone grzyby
sos shoyu
pasta miso
sól, pieprz ziółowy
wodorosty**

Warzywa czystymy, kroimy i podsmażamy na dobrym oleju, przekładamy do garnka, zalewamy zimną wodą, dodajemy wodorosty i grzyby. Gotujemy w 1,5–2 l wody ok. 20 min. Gdy warzywa będą *al dente*, zupę przyprawiamy 1–2 łyżki sosu shoyu i łyżką rozrobionej z wodą pasty miso, dodajemy sól, pieprz ziółowy, ewentualnie odrobinę startej gałki muszkatałowej. Krótko gotujemy i serwujemy z grzankami z chleba razowego żytniego lub łyżką ryżu brązowego. Potrawa silnie rozgrzewająca – idealna na zimę.

Kwaśnica dyniowa

Składniki:

**marchew, seler
cebula
wodorosty arame
dynia (większa ilość)
sól, pieprz ziółowy, majeranek**

Dynię pokrojoną w kostkę wraz z pozostałymi składnikami gotujemy w małej ilości wody ok. 20 min. Następnie dodajemy wodę z ogórków kiszonych (oczywiście własnych) i przyprawiamy solą, pieprzem ziółowym i majerankiem. Jest to zupa lecznicza harmonizująca pracę wątroby.

Zupa z czerwonej soczewicy z wodorostami

Składniki:

**marchew, seler, dynia
cebula, por, ząbek czosnku
wodorosty wakame, arame
suszone prawdziwki
czerwona soczewica
sól, pieprz ziółowy
majeranek, tymianek,
świeży imbir, pasta miso, sos sojowy**

Warzywa tniemy w kostkę i krótko podsmażamy na oleju, wlewamy wodę, dodajemy wodorosty, grzyby i soczewicę (ok. 100g na litr zupy). Gotujemy ok. 25 min., potem dodajemy sól, przyprawy i sos sojowy oraz pastę miso (ok. łyżeczka na litr zupy) i świeżo starty imbir. W sezonie letnim można dodać do zupy pokrojone pomidory.

Flaczki z boczniaków

Składniki:

**boczniaki
cebula, 2–3 ząbki czosnku
marchew, seler
pietruszką, por
kilka suszonych grzybów
wodorosty wakame
sól, pieprz, kurkuma
świeży imbir, pasta miso**

500g boczniaków i cebulę i czosnek kroimy w średnio grube wiórki, krótko podsmażamy na oleju. Osobno sporządzamy wywar: marchew, seler, pietruszkę i pora oraz 3–4 suszone grzyby (po uprzednim krótkim namoczeniu) i wodorosty wakame kroimy w grubą zapałkę. Gotujemy w 1.5–2 l wody przez 35 min. Boczniaki dodajemy w chwili zagotowania wywaru. Przyprawiamy pod koniec gotowania solą pieprzem, kurkumą, pastą miso i świeżo startym imbirem.

Smacznego!
Bogusława Wójcik ■



Jak dbać o **zdrowie**
swoich **bliskich**?



Kampania Społeczna **ŻYJĘ ŚWIADOMIE**

„Szanuj zdrowie należycie, bo jak umrzesz – stracisz życie”, pisał Aleksander Fredro. Aforyzm polskiego komediopisarza wydaje się zabawny, jednak kryje się w nim dużo prawdy. W świecie pełnym zagrożeń cywilizacyjnych, gdzie z każdej strony jesteśmy programowani na pośpiech i otoczeni komunikacyjnym bełkotem, trudno znaleźć czas oraz możliwości zdobycia rzetelnej i potrzebnej wiedzy w temacie prawidłowej profilaktyki zdrowotnej naszej oraz naszej rodziny.



Pamiętaj: jesteś odpowiedzialny za swoje zdrowie. Jak o nie dbać, mówią doświadczeni wykładowcy w cyklu konferencji „Żyję Świadomie”. Wszystkie informacje znajdziesz na stronie: **www.whlf.eu**

Dlatego w 2015 roku powstała Kampania „Żyję Świadomie” i Fundacja World Healthy Living Foundation. Świadomość kumulujących się zagrożeń cywilizacyjnych doprowadziła do stworzenia programu edukacyjnego, który odważnie mierzy się z niebezpieczeństwami współczesnego świata i promuje najważniejszą dla nas wartość, czyli ZDROWIE. Celem Kampanii jest szerzenie wiedzy, edukacja społeczna i propagowanie świadomego życia w zgodzie z naturą. W ramach działań Kampanii prowadzone są wykłady z zakresu medycyny, naturoterapii oraz sposobów naturalnego wspomagania leczenia, podczas których poruszane są następujące tematy z zakresu profilaktyki zdrowotnej:

- ✓ **Żyć świadomie – cywilizacyjne zagrożenia zdrowia**
- ✓ **Jak zadbać o motywację do dbania o zdrowie?**
- ✓ **Borelioza – cicha epidemia**
- ✓ **Długowieczność w zdrowiu: potencjał żywienia w profilaktyce nowotworów**
- ✓ **Profilaktyka chorób nowotworowych. Poznaj. Zrozum. Zapobiegaj**
- ✓ **Cukrzyca, plaga naszych czasów**
- ✓ **Potęga pożywienia – jesteśmy tym, co jemy!**
- ✓ **Psychosomatyka i rola stresu w powstawaniu chorób**
- ✓ **Przepis na zdrowie – strategia 5 elementów**
- ✓ **Prawidłowa odporność drogą do zdrowia**
- ✓ **Tarczycza – czy to tylko hormony?**
- ✓ **Wychodź swoje zdrowie – to, że się zestarzejesz, to fakt!**
Pytanie, kiedy i w jakim stylu?
- ✓ **Wpływ mikroflory jelitowej na rozwój, fizjologię i zdrowie, naturalne czynniki stabilizacji homeostazy**

W Kampanii aktywny udział biorą specjaliści z różnych dziedzin, m.in. lekarze medycyny konwencjonalnej i naturalnej, rehabilitanci, dietetycy oraz sportowcy. Gdzie odbywają się prelekcje? Spotkania organizowane są na terenie całej Polski. Od 2018 roku także w różnych krajach całej Europy m.in. w Holandii, Niemczech, Francji, Ukrainie i Wielkiej Brytanii. Wspólnie stawiamy na szerzenie zdrowych nawyków i dbałość o zdrowie psychiczne. Zdajemy sobie sprawę z tego, jak ważna jest równowaga, dlatego podchodzimy do człowieka w sposób holistyczny. Dołącz do nas, żyj świadomie!



Europejska Kampania Społeczna „Żyję Świadomie” to społeczny ruch realizowany przez World Healthy Living Fundation, założoną przez Bartosza Królikowskiego, Piotra Pacyga, Norberta Janeczka i Łukasza Godynia. Ideą, która przyświecała Fundatorom, było stworzenie organizacji aktywnie promującej działania na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa, popularyzacji aktywnego stylu życia i zmiany otaczającej rzeczywistości na sprzyjającą ludziom, którzy troszczą się o swoje marzenia i zdrowie. W projekcie „Żyję Świadomie” pragniemy dzielić się z Wami nie tylko czysto naukową wiedzą, ale również kształtować właściwe wzorce postępowania i wzmacniać pozytywny odbiór świata.

Fundacja chętnie patronuje inicjatywom, które są spójne z celem i misją, jakie wyznaje. Udziela między innymi patronatu dla działań lokalnych Klubów Zdrowego Życia. „**Kluby Zdrowego Życia**” działają na terenie całej Polski, między innymi w Poznaniu, Wrocławiu, Łodzi, Krakowie. Podczas spotkań w formie wykładów i praktycznych zajęć przybliżane jest holistyczne podejście do zdrowia. Spotkania Klubów Zdrowego Życia mają na celu uświadomienie, że zdrowie to proces, który zależy od naszego stylu życia i stanu umysłu. Edukujemy i wspieramy wszystkich uczestników w procesie przejścia odpowiedzialności za swoje zdrowie.





 Kluby
Zdrowego
Życia



 Kluby
Zdrowego
Życia

Coraz więcej ekspertów z dziedziny zdrowia wskazuje, że styl życia i stan umysłu mają na nie ogromny wpływ. Zdrowie jest sytuacją dynamiczną. To nie jest stan, który możemy osiągnąć na zawsze. Zdrowie to nieustanny proces budowania jakości życia.

Spotkania „Klubów Zdrowego Życia” bazują na Strategii 5 elementów (Świadome odżywianie, Sprawność fizyczna, Suplementacja naturalna, Skuteczne oczyszczanie, Stress management). Wszystkie te elementy razem tworzą zdrowie jako całość. Żaden element zdrowego stylu życia nie będzie wystarczający, jeśli będzie występować solo. Sam wysiłek fizyczny nie podniesie zdrowia wystarczająco, jeśli nadal będziesz miał nadmiar stresu w życiu – dopiero po wyeliminowaniu go (poprzez naukę radzenia sobie z nim) kombinacja ta może przynieść efekty. Ale jeżeli dalej będą występować braki w zdrowym odżywianiu i suplementacji – organizm może nie mieć wystarczająco budulca, aby zregenerować siły. Z kolei ruch i szybszy metabolizm to wspierające warunki do skutecznego oczyszczania.

W projekcie biorą udział eksperci różnych dziedzin: z zakresu medycyny, dietetyki, sportu czy technik relaksacyjnych. Uczestnicy Klubów Zdrowego Życia tworzą unikalną społeczność, która wzajemnie motywuje się i wspiera. Zdrowie to proces a nie stan, a kluczem do niego jest styl życia, dlatego zapraszamy do Klubów Zdrowego Życia, gdzie można praktykować w grupie nawyki składające się na zdrowie.

Więcej na: <https://www.facebook.com/KlubyZdrowegoZycia/>

**Bedford Bydgoszcz Częstochowa Grodzisk Mazowiecki Łódź Kraków
Katowice Kielce Kłobuck Kolbark Koszalin Myszków Oława Oświęcim
Poznań Radom Rybnik Tarnowskie Góry Łask Dzierżoniów Strzelin Świdnik
Tarnowo Podgórne Tychy Wolbrom Worcester Wrocław Zakopane**



Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

www.eanu.de

www.aktualnosci-medyczne.pl

Kwartalnik „Aktualności Medyczne” oraz newsletter E.A.N.U. dostępne są w wersji online na www.eanu.de. Jesteście Państwo zainteresowani otrzymywaniem naszego bezpłatnego czasopisma? Zapraszamy do zamawiania go drogą e-mailową.



Zachęcamy także do zapoznania się z partnerskim czasopismem „Aktuelle Gesundheits – Nachrichten”, również wydawanym przez Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin w Berlinie.



Kwartalnik „Aktualności Medyczne” 15 (nr 4/2019)

WYDAWCA: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin, dr. med. A.-H. Wasylewski, Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin;

e-mail: aktualnosci@eanu.de

ZESPÓŁ REDAKCYJNY: dr med. Andreas Hans Wasylewski, Alicja Kałużny, Joanna Reczyńska, Danilo Geritz

REDAKCJA I SKŁAD: Alicja Kałużny

ZDJĘCIA NA OKŁADCE: Susanne Jutzeler, suju-foto – pixabay.com

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ PUBLIKOWANYCH TEKSTÓW. POGLĄDY W NICH ZAWARTE SĄ POGLĄDAMI ICH AUTORÓW.

ISSN 2450-9590

